

KÉRATOGLOBE.

Au lieu de prendre une forme essentiellement conique, la cornée peut se distendre régulièrement (kératoglobe) (fig. 45).

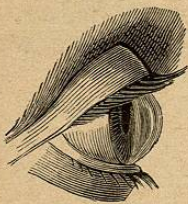


Fig. 45. — Kératoglobe.

Dans le plus grand nombre des cas, l'agrandissement globuleux de la cornée fait partie de la distension glaucomateuse générale de l'œil infantile, connue sous le nom de buphtalmie. (Voy. *Glaucome*.)

Dans des cas exceptionnels et même chez des adultes, la cornée prend cependant la forme globuleuse, sans complication de phénomènes glaucomateux. (Terson père.)

TUMEURS.

Dans l'immense majorité des cas, la cornée n'est envahie que secondairement par des néoplasmes venus du limbe (épithéliomas), ou du reste de la conjonctive (sarcomes).

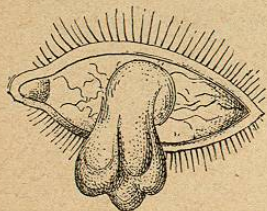


Fig. 46. — Myxome de la cornée (Mitvalsky).

On a cependant décrit des tumeurs cornéennes primitives, carcinomes (Stellwag, Galezowski), sarcomes (Rumschewitch, J. Panas). Les fibromes (Silex, Benson, Falchi) et les fibro-myxomes (Simon, Mitvalsky) paraissent se développer à peu près toujours sur des cornées atteintes

d'anciennes cicatrices et acquièrent un volume assez considérable (fig. 46).

On ne négligera jamais de pratiquer l'examen histologique et bactériologique de ces tumeurs primitives de la cornée, pour éviter de les confondre avec la *tuberculose* ou la *lèpre*.

V

MALADIES DE LA SCLÉROTIQUE

La sclérotique est atteinte de lésions *primatives* et de lésions *secondaires*. Ces dernières sont des lésions concomitantes, telles que les perforations par des tumeurs, des infections intra-oculaires et exceptionnellement extra-oculaires, comme les gommes épisclérales. Quant aux inflammations sclérales unies à certaines choroïdites antérieures, postérieures (*scléro-choroïdites*), elles doivent être placées ici, et non aux choroïdites, car l'inflammation sclérale y revêt des caractères cliniques et anatomo-pathologiques absolument particuliers, et le rôle de la choroïde est secondaire. Les lésions primitives de la sclérotique sont peu nombreuses, à cause de la structure fibreuse et de la vascularité restreinte de cette membrane.

Les traumatismes, très importants, seront décrits avec les traumatismes du globe. Les sclérites par propagation d'infection opératoire (strabisme, extraction de cataracte) ont la même pathogénie.

Nous examinerons successivement l'*épisclérite*, les *sclérites*, les *lésions syphilitiques, tuberculeuses et lépreuses de la sclérotique*.

Épisclérite. — Le bouton d'épisclérite a pour caractères essentiels d'être souvent unique, rarement multiple et bilatéral, de couleur rouge jaunâtre, assez rapproché de la cornée, en général placé sur les parties sclérales que les paupières découvrent constamment. La base large et adhérente, l'absence de sécrétion conjonctivale, quelquefois une légère opacité cornéenne correspondante, tels sont les principaux symptômes de la maladie. Il est bien rare que les douleurs soient très intenses. L'évolution est chronique : le bouton s'affaisse peu à peu et disparaît ordinairement sans trace, ou en laissant une petite tache grisâtre, sans staphylome. D'autres fois, des récidives se produisent de place en place et peuvent successivement faire le tour de la cornée. Il est extrêmement rare (épisclérite gommeuse) que la petite saillie épisclérale s'ulcère : au contraire, elle reste presque toujours indolore, n'entraînant que peu ou pas de rougeur du reste de la conjonctive. Dans des cas assez différents de l'épisclérite vraie, et qui rentrent dans la scléro-choroïdite antérieure, la sclérotique se prend sur une large étendue, avec apparition de plusieurs boutons, et l'iris et la choroïde participent d'une façon avérée à l'inflammation. Les complications glaucomateuses sont absolument exceptionnelles dans l'épisclérite, qui, presque toujours, laisse la vision dans un état satisfaisant. Il faut souvent des mois pour que l'épisclérite, abandonnée à elle-même, s'éteigne complètement.

On la trouvera plus souvent chez l'adulte et chez la femme, plutôt chez les arthritiques, très rarement dans le rhumatisme articulaire aigu. (Demicheri.)

On ne confondra pas l'épisclérite avec diverses lésions de la conjonctive.

La *pinguécule* pourrait en imposer, sur un œil enflammé. Mais la couleur blanchâtre de la saillie juxtacornéenne, le siège, surtout interne, aux extrémités du diamètre horizontal de la cornée, la symétrie fréquente, la feront reconnaître.

Dans la *conjonctivite pustuleuse*, les pustules sont ordinairement à cheval sur le limbe, la photophobie est intense, la sécrétion lacrymale exagérée. Enfin il s'agit presque toujours d'enfants ou de jeunes sujets.

Les *végétations conjonctivales à recrudescence printanière* (soi-disant catarrhe printanier), pourraient tromper dans leurs cas atypiques ; à petites tumeurs assez dures, bien localisées, n'entraînant que peu ou pas de réaction conjonctivale, placées au niveau du limbe et empiétant sur la cornée qu'elles surplombent, mais qu'elles recouvrent peu à peu sans la pénétrer. Leur couleur caractéristique est *gris rosé*. Plus ordinairement, c'est dans la partie supérieure du limbe qu'on les trouvera, et, en relevant la paupière, on remarquera quelquefois d'autres végétations sur sa face conjonctivale. La maladie dure des années. Le diagnostic, on le voit, se base sur de nombreuses différences avec l'épisclérite.

Les *papules syphilitiques* de la conjonctive simulent l'épisclérite : mais il y en a presque toujours un certain nombre ; elles sont mobiles avec la conjonctive et coïncident avec l'éruption cutanée.

Enfin les poussées conjonctivales de certaines dermatoses (*érythème polymorphe*) constituent de volumineuses papules souvent bilatérales, mais disparaissant spontanément après quelques jours ; l'éruption cutanée préliminaire prévient l'erreur.

Les lésions *lépreuses épisclérales* succèdent par continuité aux lésions palpébrales et conjonctivales.

Une fois les complications constatées, s'il y en a (sclérite profonde, kérato-iritis, choroïdite), on cherchera la cause de l'épisclérite, maladie à substratum avant tout général.

D'abord la diathèse arthritique ; la *syphilis* peut être plus fréquemment en jeu qu'on ne le croit ; la scrofule ; enfin, diverses infections lentes qui peuvent avoir un rapport éloigné avec la maladie intoxications digestives, etc., etc.

Le **traitement** est général et local.

TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Quand on trouve la syphilis dans les antécédents du malade, le traitement spécial sera prescrit dans les conditions habituelles.

Si le rhumatisme est en jeu, le salicylate de soude ou de lithine, à la dose de 1 à 3 grammes, sera continué longtemps.

La colchicine (Abadie, Darier), employée en granules de 1 milligramme (3 à 4 par jour), paraît donner quelques améliorations chez les goutteux, mais elle est très infidèle dans les autres cas. En général, les sudations prolongées (drap mouillé — pas de pilocarpine) rendront des services.

Il faudra régulariser toutes les fonctions, en particulier les fonctions digestives, et, dans les cas graves et torpides, une cure d'eaux minérales, alcalines ou arsenicales, sera utile ; les précautions hygiéniques (séjour à l'abri de toute humidité, frictions cutanées, etc.) sont nécessaires.

LE TRAITEMENT LOCAL (massage au bioxyde jaune, tous les deux jours, douches chaudes et pulvérisations, bains électriques), a été très diversement apprécié, et, pour certains, il serait inutile. M. de Wecker, dans les cas chroniques, ajoute de temps à autre de légères cautérisations galvaniques le long des parties cornéennes opaques, et on en a même fait en avant de la sclérose cornéenne, sous prétexte de l'empêcher d'avancer.

S'il y a de l'iritis, on se servira, au lieu d'atropine, dont l'emploi constant prédisposerait au glaucome, de cocaïne et d'un collyre de bromhydrate de scopolamine à 1 p. 500, qui peut donner une dilatation prolongée pendant des semaines, sans la moindre élévation de pression, avec une sédation remarquable des douleurs. Il suffit d'en instiller une fois tous les jours. Le bandeau sera porté, mais non d'une façon continue, à moins de vives douleurs.

On ouvrira rarement la coque conjonctivale du bouton épiscléral, l'exposant à des infections externes. L'épisclérite, contrairement à ce qu'on penserait *a priori*, s'aggrave plutôt par les abrasions et scarifications. Quelques pointes de feu seront cependant pratiquées, si les boutons s'accroissent ou font le tour de la cornée.

En dehors de l'*électrolyse* qu'on devrait essayer systématiquement dans les cas rebelles, on pourra aussi faire sous la cocaïne, des *injections sous-conjonctivales* de sublimé à un millième, deux à trois gouttes, en plein bouton épiscléral, avec une seringue stérilisée. Ce traitement, entre les mains de H. Snellen, Gallemaerts, Terson père, Gepner, a donné quelquefois de bons résultats et est à essayer généralement dans les épisclérites et les sclérites non accompagnées d'iritis. Il semble qu'il y ait là une action antiseptique ou sclérogène, qui amènerait avec une grande rapidité la disparition de la vascularisation et de l'inflammation. On répétera les injections tous les quatre à cinq jours, quand la réaction opératoire sera tombée, et chaque fois sur un point opposé du bouton. On s'abstiendra de donner en même temps de l'iodure, à cause des combinaisons qui pourraient provoquer une escarre conjonctivale.

A côté des épisclérites, on a signalé des *abcès sous-conjonctivaux*

et des *nodules inflammatoires* contenant des corps étrangers (coques de graines, etc.), qui pourraient jusqu'à un certain point ressembler à l'épislérite.

La *lèpre* donne des boutons volumineux qui envahissent l'épislère, et sont consécutifs à des lésions lépreuses voisines.

La *tuberculose* de la sclérotique peut suivre celle de la conjonctive, cependant il semble y avoir eu (Müller) une néoformation tuberculeuse primitive. On conçoit combien, dans ces cas-là, il serait facile de confondre avec une saillie sclérale accompagnant une tuberculose du corps ciliaire perforant, ce qu'un examen soigneux permettra d'élucider.

Les *gommés* épislérols sont de connaissance récente et l'on a cru longtemps (Vallez) que la sclérotique n'était pas atteinte par la syphilis. Néanmoins Coccius et Jacobson pensèrent à la possibilité d'une épislérite syphilitique. De Wecker et Mooren ont rapporté les premières observations certaines. Il faut signaler les cas d'Estländer, Brière, Higgins, Alexander, Saint-Martin, Panas et Fromaget (1). Mentionnons encore la thèse récente de Larroque (2). Actuellement la lésion est bien connue.

Ces gommés se développent surtout chez l'adulte et sont tantôt tertiaires tardives, tantôt tertiaires précoces (Faguet). Elles coexistent souvent avec des lésions syphilitiques graves du reste du corps, avec des iritis et des choroïdites. Elles ont pu être précédées de l'apparition de gommés palpébrales. (Caudron.)

Uniques ou multiples, on a pu exceptionnellement les voir se développer sur les deux yeux. (Faguet.)

La néoformation est de la grosseur d'une petite lentille à celle d'une petite noisette. La forme est assez régulièrement arrondie, et, à part des cas très rares, la lésion adhère intimement à l'épislère : peut-être se développe-t-elle aussi dans le tissu conjonctival lui-même. Certains auteurs admettent (Andrews) que la sclérotique ulcérée peut être perforée complètement, avec hernie de l'uvée. Mais, si la gomme est traitée énergiquement, on évitera la perforation et même l'ulcération, et il ne restera qu'un amincissement grisâtre de la sclérotique avec une petite cicatrice conjonctivale.

Le *diagnostic* se fera à deux périodes différentes. Quand il n'y a pas d'ulcération, on ne confondra pas la tumeur avec les diverses productions que nous avons déjà mentionnées au diagnostic de l'épislérite. On est étonné qu'on ait pu confondre une gomme épislérolle avec un épithélioma du limbe. On évitera, par un examen rigoureux de l'intérieur de l'œil, la confusion avec une gomme du corps ciliaire perforant la sclérotique et s'évacuant sous la conjonctive, et on ne se laissera pas induire en erreur par les iritis qui peuvent accompagner une gomme épislérolle.

(1) FROMAGET, *Ann. d'oculist.*, 1894.

(2) LARROQUE et BOYARD, thèses de Paris, 1896.

Quand il y a une ulcération, on évitera la même confusion avec la gomme ciliaire, par l'étude des antécédents. Il en serait de même en présence d'un chancre induré, d'un lupus, d'une tuberculose primitive, ou d'un épithélioma conjonctival ulcéré.

Le *traitement* mercuriel, qui a toujours donné ici d'excellents résultats, sera employé sous forme de frictions ou mieux d'injections intramusculaires quotidiennes d'huile biiodurée (Panas). On pourra donner l'iodure alternativement. Si la lésion résiste, on recourra aux injections intramusculaires de calomel, en cessant l'iodure. En somme, ce traitement est le même que celui des gommés du corps ciliaire et de la syphilis cérébrale et oculaire. On se gardera d'y ajouter les injections sous-conjonctivales.

Sclérites. — A côté des épislérites et des sclérites localisées (scléro-choroïdites), il existe des inflammations diffuses de la sclérotique se développant généralement sous l'influence du rhumatisme. Fano, Galezowski, Renaud (1), Privé, Fuchs, Rochon-Duvigneaud et Largeau (2), l'ont successivement décrite. L'affection a été aussi appelée périscélrite. Avant les auteurs que nous venons de citer, d'autres plus anciens, avaient déjà observé la maladie. (White-Cooper, Middlemore.)

C'est à peu près toujours chez des rhumatisants et sous l'influence du froid humide, prolongé ou momentané, que l'affection se développe. Galezowski en a signalé un cas au cours d'un *rhumatisme blennorragique*.

Elle est annoncée par de vives douleurs, spontanées et à la pression, durant nuit et jour avec une intensité extrême. La sclérotique est d'une couleur mauve dans presque toute son étendue, bien que la lésion soit plus marquée par places. C'est vraiment l'*ophtalmie sous-conjonctivale* (von Ammon). Il peut y avoir du chémosis, mais alors il y a complication de ténonite (Galezowski). Il n'y a aucune lésion des membranes profondes et la vision reste normale. L'affection dure souvent longtemps et récidive fréquemment. Néanmoins elle peut être fugace (Fuchs), et nous en avons vu un cas particulièrement douloureux chez un étudiant en médecine, où l'affection a atteint successivement les deux yeux, en durant à peu près quinze jours pour chacun, et a disparu, sans laisser de traces.

Ils'agit donc d'une affection *essentiellement* différente de la scléro-choroïdite avec staphylomes consécutifs. La maladie siège dans les couches superficielles de la sclérotique, et on conçoit qu'elle ait des rapports immédiats avec la ténonite, qui en diffère cependant par l'immobilité de l'œil qu'elle entraîne. Mais, dans la scléro-ténonite, il s'agit bien en somme d'une arthrite rhumatismale de l'œil, comme siège et étiologie.

(1) RENAUD, Essai sur la sclérotite rhumatismale, thèse de Paris, 1876.

(2) LARGEAU, De la sclérite rhumatismale diffuse, thèse de Paris, 1895.

On ne pourrait confondre la sclérite diffuse qu'avec une iritis au début, et, dans le doute, on instillera de l'atropine, utile même au cours de la sclérite.

En plus du traitement régulier par le salicylate de soude (2 à 4 gr.), l'antipyrine, le traitement par la chaleur (compresses chaudes, cataplasmes), la révulsion à la tempe seront employés; la morphine sera souvent nécessaire.

L'iodure à petites doses, l'arsenic, les eaux minérales alcalines et arsenicales seront recommandés pour éviter les récives.

Scléro-choroïdites. — La *scléro-choroïdite* peut siéger en avant, à l'équateur ou en arrière. L'aspect si spécial de l'inflammation parenchymateuse de la sclérotique et de ses ectasies consécutives donne à cette infection encore inconnue dans ses causes une physiologie absolument distincte.

Scléro-choroïdite antérieure. — On constate l'évolution d'une rougeur en plaque arrivant jusqu'au limbe : cette rougeur présente la vascularisation profonde des sclérites : on peut voir plusieurs foyers évoluer en même temps sur le même œil (fig. 47). Il est rare que des boutons d'épisclérite, viennent compliquer la maladie. La cornée devient peu à peu grisâtre dans le voisinage de la lésion sclérale, et l'on constate de la sclérose cornéenne, avec quelquefois de véritables érosions, mais qui ne tournent pas à l'ulcération profonde. Quelquefois un point central de sclérose se forme simultanément.

Une légère iritis accompagne souvent les lésions scléro-cornéennes.

Les rechutes sont fréquentes, et les malades ont de rares intervalles de calme, où la rougeur disparaît pendant quelques semaines. Une large tache grisâtre peu vascularisée reste la seule marque, avec la sclérose cornéenne, de l'affection chronique. Puis les douleurs sourdes reparassent, et une nouvelle plaque d'inflammation vient compliquer la première, sur laquelle elle empiète. Finalement les staphylomes surviennent, l'œil devient volumineux, déformé par la cicatrice sclérale péricornéenne, et impropre à la vision : le tonus s'élève, et on peut constater une excavation glaucomateuse.

Dans quelques cas, la sclérose cornéenne périphérique est régulièrement circulaire, et elle entraîne peu à peu la conjonctive. On voit des cas où seul un petit espace central transparent subsiste sur la cornée, tout le reste étant recouvert d'une sorte d'envahissement du limbe par la conjonctive, l'œil ressemblant des deux côtés à un œuf rouge avec un espace cornéen libre ne dépassant pas l'étendue de la pupille à l'état de moyenne dilatation.

L'affection suit donc, avec des intermittences, une marche lentement fatale.

L'affection débute le plus souvent après la puberté, et chez les femmes, on trouve presque toujours des troubles menstruels, l'aménorrhée et la dysménorrhée, mais il y a là au moins autant une coïncidence

de deux manifestations d'un mauvais état général qu'une relation de cause à effet. Nous avons aussi observé chez ces malades des gastrites et des troubles intestinaux, mais le traitement approprié fait par des spécialistes ne nous a pas toujours paru modifier l'état de l'œil. L'arthritisme, la ménopause, le rhumatisme chronique, la scrofule, l'héredo-syphilis, sont des causes incertaines.

On essayera successivement les pointes de feu scléroticales, le pansement occlusif iodoformé, les injections sous-conjonctivales, les mydriatiques, l'iodure de potassium, les injections d'huile biiodurée, la colchicine, les salicylates, l'arsenic, mais nous avons pu

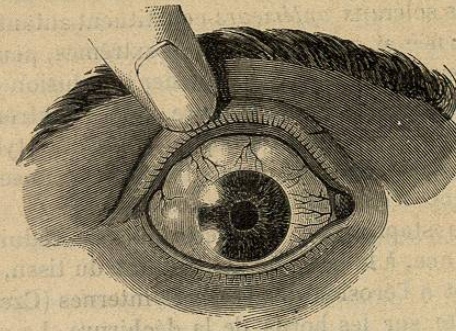


Fig. 47. — Scléro-choroïdite antérieure.

nous assurer de l'insuccès fréquent de ces divers médicaments. On tonifiera les malades et on n'hésitera pas à les envoyer aux eaux minérales. L'iridectomie, la péritomie, peuvent être indiquées, s'il y a des lésions cornéennes progressives et étendues. Plus tard, le traitement est celui des ectasies sclérales. On a recommandé récemment l'électrolyse. (Bourgeois.)

Scléro-choroïdite postérieure. — Elle constitue l'accompagnement obligé des myopies malignes, des lésions du corps vitré et des lésions rétinienne. Le fond de l'œil, celui de la myopie élevée, témoigne de la déformation de tout l'hémisphère postérieur de l'œil, avec distension, et atrophie progressive de la choroïde au côté temporal, puis tout autour de la papille, excavation de la sclérotique (staphylome postérieur), tiraillement et obliquité caractéristique des vaisseaux. Plus tard, de larges plaques de choroïdite disséminée accompagnent l'atrophie péripapillaire. Ces yeux sont en général hypotones, bien que le glaucome simple puisse survenir chez les myopes.

Le TRAITEMENT est le même que pour la scléro-choroïdite antérieure, moins les moyens locaux. On usera largement du *bromure* combiné à l'*iodure*, qui nous a donné d'assez grandes améliorations, et on mettra l'œil au repos pour la vision de près par une instillation quotidienne d'atropine et le port de verres teintés. L'électrisation a été

prônée pour l'éclaircissement du corps vitré, mais on l'abandonnera assez vite, si elle se montre absolument inefficace, et même intolérable aux myopes, souvent particulièrement nerveux et hypocondriaques. Il en est de même des injections sous-conjonctivales de sublimé.

Staphylomes scléroticaux. — Les ectasies de la sclérotique sont *partielles* ou *totales*.

L'ectasie *totale* se confond avec la distension générale de l'œil et de la cornée (kératoglobe), et avec la déformation glaucomateuse des yeux infantiles connu sous le nom de *buphtalmie* ou d'hydrophthalmie, variété de glaucome.

L'ectasie *partielle* résulte d'une affection locale de la sclérotique. Les staphylomes scléreaux *antérieurs* constituent autant de bosselures entourant la cornée et qui, dans les cas extrêmes, peuvent acquérir le volume d'un grain de raisin et empêcher l'occlusion des paupières. Ces bosselures ont une couleur sombre, due à l'extrême amincissement de la sclérotique, que l'on déprime avec un stylet; la tension est augmentée, mais l'œil n'est jamais très dur, à cause de l'élasticité et peut-être d'une certaine filtration des ectasies.

Au niveau du staphylome, la sclérotique est réduite à un tissu extrêmement mince, à la suite de l'absorption du tissu, consécutive à l'inflammation et à l'érosion des couches internes (Czermak), qui se rétractent ensuite sur les bords de la déchirure. Le pigment uvéal est presque le seul reste de la membrane irido-choroïdienne, complètement atrophiée à ce niveau.

On distingue des staphylomes *ciliaires* francs, des staphylomes *intercalaires* et *équatoriaux*. Le staphylome ciliaire correspond à la sclérotique du corps ciliaire. Le staphylome *intercalaire* se développe *en avant* du corps ciliaire et est tapissé par la racine de l'iris atrophiée et complètement adhérente à la scléro-cornée. D'après Fuchs, on distingue extérieurement le staphylome intercalaire en ce que les vaisseaux ciliaires antérieurs émergent de son bord postérieur, alors que, dans le staphylome ciliaire, ils apparaissent au niveau du bord antérieur de l'ectasie.

Ces divers staphylomes, susceptibles de rupture traumatique, s'accompagnent souvent d'irido-dialyse, de luxations du cristallin; d'une façon générale, le fond de l'œil et l'appareil rétino-optique présentent les lésions anatomo-pathologiques du glaucome.

Les staphylomes *postérieurs*, qui peuvent reconnaître comme cause prédisposante la protubérance fœtale (von Ammon), ont été signalés d'abord par Scarpa, et leurs lésions histologiques particulièrement bien décrites par Weiss.

Traitement. — On luttera contre le processus glaucomateux, tant que la vision subsiste, par des iridectomies et non par des sclérotomies antérieures, puis par des sclérotomies *équatoriales* répétées, si la vision est perdue et si un état glaucomateux douloureux persiste.

M. Galezowski a pratiqué, après avoir passé des aiguilles courbes enfilées de soie dans la base de la déformation pédiculée, l'ablation des staphylomes; mais on ne saurait éviter une perte assez forte du corps vitré. Dans quelques cas, on peut enlever la cornée, voir (Panas) les staphylomes scléreaux volumineux s'affaisser pour ne plus reparaitre, et le moignon offrir l'occasion d'une prothèse bien mobile. On s'inspirera avant tout, dans chaque cas particulier, de la tension, du degré de perception lumineuse, du volume de l'œil, de l'âge et des conditions d'existence du malade.

Hyperplasies. — Dans un certain nombre de cas, sous le nom de sclérite hyperplasique, on a décrit des inflammations parenchymateuses de la sclérotique encore mal définies. Dans un certain nombre de cas, les lésions n'étaient pas généralisées, et siégeaient tantôt sur la partie antérieure très épaissie, tantôt dans la région postérieure. L'altération est quelquefois si marquée, que l'œil augmente de volume, la cornée s'opacifie et que les mamelons existant sur la sclérotique peuvent faire supposer une tumeur intra-oculaire et provoquer l'énucléation (Gayet, Schöbl). Cette question nécessite de nouvelles observations: celles déjà signalées sont relatées dans le *Traité* de M. Panas.

Dans un cas plus récent observé par H. Coppez (1), des productions lymphadéniques existaient dans l'épaisseur même de la sclérotique.

Rappelons, à côté de ces cas si curieux dont l'histoire est à peine commencée, l'hyperrophie de la sclérotique siégeant au niveau de corps étrangers et dans les vieux moignons atrophiés, et la possibilité d'une ossification partielle de la sclérotique.

Pigmentation anormale. — Il existe une pigmentation anormale de la sclérotique chez certains sujets habitant les régions méridionales ou équatoriales (peuples latins, nègres). Dans des cas exceptionnels, la coloration est si diffuse que la sclérotique prend une teinte violacée, tirant sur le noir (cyanose du bulbe, Liebreich). La lésion est ordinairement unilatérale; elle peut coexister avec une pigmentation très intense de l'iris et du fond de l'œil. MM. Terson père et Clavelier (2) en ont observé un cas et réuni dix-neuf observations. Les plus remarquables sont celles (Hulke, Schöler, Hirschberg, Collins, Martens) où il existait en même temps un sarcome choroïdien ou une tumeur du nerf optique. Les sujets porteurs de mélanose sclérale seraient donc (Hirschberg) prédisposés aux tumeurs pigmentées. On sait la fréquence de la dégénérescence néoplasique des naevi. Il faut cependant reconnaître que, dans les cas signalés de tumeurs du corps ciliaire en coexistence avec des taches sclérales congénitales, il n'y avait point de communication entre les lits de cellules profondes et superficielles. Le diagnostic se fera avec les

(1) H. COPPEZ, *Arch. d'opht.*, 1895.

(2) CLAVELIER, *Arch. méd. de Toulouse*, 1895.