

Puis, on doit mettre l'œil au repos par un bandeau compressif, continuer les instillations du myotique, et si la réaction inflammatoire est très forte, appliquer quelques sangsues à la tempe, faire des frictions sur le front avec la pommade mercurielle belladonnée, et prescrire au besoin un purgatif. Les différentes complications, iritis, cataracte traumatique, etc., exigent un traitement spécial que nous aurons à exposer à propos de ces affections.

ARTICLE VII.

ANOMALIES CONGÉNITALES DE LA CORNÉE.

1^o Une cornée trop petite dans tous ses diamètres ne se rencontre que lorsque l'œil tout entier est resté rudimentaire (microphthalmie).

2^o Dans le développement excessif de la cornée, sous forme de cornée globuleuse congénitale, la membrane paraît plus convexe parce que la chambre antérieure est plus profonde. Mais, en réalité, le rayon de courbure de la cornée se rapproche de celui de la sclérotique.

L'iris est plus large, la pupille est dilatée et parfois déplacée en dedans, en haut ou en bas. La cornée est si grande qu'il ne paraît presque pas de blanc de l'œil dans la fente palpébrale. La transparence de la membrane est le plus souvent imparfaite, et la vue fortement endommagée par des complications notables de la choroïde, par des opacités du corps vitré, et par l'excavation de la papille du nerf optique. La cause de cette affection n'est pas exactement connue; on l'attribue à une irido-kératite intra-utérine, avec augmentation de la pression intra-oculaire et diminution de la résistance de la cornée.

3^o L'opacité de la sclérotique au lieu de s'arrêter à l'anneau conjonctival empiète sur la cornée, de sorte que le centre de cette membrane seul reste transparent. (Sclérose de la cornée, sclérophtalmie.) Le reste de l'œil peut être normal. Il faut attribuer cet état à un arrêt de développement, la cornée étant jusqu'à un certain moment de la vie intra-utérine aussi opaque que la sclérotique.

On observe aussi un défaut congénital de transparence sous forme de taches laiteuses situées vers le centre de la cornée, qui disparaissent plus tard plus ou moins complètement. Elles sont dues probablement à des affections de la cornée pendant la vie intra-utérine, semblables à celles que nous observons plus tard, et qui sont la cause des opacités de cette membrane.

4^o Les tumeurs congénitales de la cornée sous forme de dermoïdes, que nous avons déjà décrites parmi les tumeurs de la conjonctive (voy. p. 107).

MALADIES DE LA SCLÉROTIQUE.

ARTICLE PREMIER.

SCLÉRITE. ÉPISCLÉRITIS.

Autrefois on croyait que l'injection sous-conjonctivale était localisée dans la sclérotique, et l'on distinguait, sous le nom d'ophtalmie rhumatismale ou goutteuse, l'hyperhémie péri-kératique formée par une roue de vaisseaux très fins qui rayonnent autour du bord de la cornée. D'autre part, on niait la possibilité d'une inflammation de la sclérotique. Nous savons maintenant que l'injection péri-kératique siège au-devant du tissu sous-conjonctival, et que la sclérotique peut devenir parfaitement le siège d'une inflammation, sans qu'il soit possible de distinguer de vaisseaux isolés dans la rougeur qui accompagne cette inflammation.

L'inflammation de la sclérotique désignée sous le nom de *sclérite* ou d'*épisclérite* se présente avec les symptômes suivants: Dans une partie bien circonscrite du blanc de l'œil, le plus souvent du côté externe de la cornée, il apparaît une rougeur violette qui, au premier abord, ressemble à une ecchymose. Cette tache, dont la coloration résulte d'une hyperhémie de la sclérotique couverte du tissu semi-transparent de la conjonctive, s'accompagne plus tard d'une injection sous-

conjonctivale. Dans les cas légers, le malade ne ressent aucun symptôme d'irritation, et la rougeur peut disparaître au bout de quelques semaines, habituellement, pour faire une nouvelle apparition dans les parties voisines et en parcourant ainsi tout le tour de la cornée.

Dans d'autres cas, la partie injectée ne reste pas au niveau de la conjonctive, elle proémine de plus en plus, et s'élève comme un bouton large et rouge ou sous forme d'une élévation jaunâtre sur le fond rouge de la tache. La maladie montre alors une tendance prononcée à se compliquer d'opacités de la cornée, soit que l'inflammation se propage directement sur cette membrane, ou qu'elle produise par la compression des nerfs ciliaires un trouble d'innervation de la cornée. En effet, cette membrane perd sa sensibilité dans les endroits atteints. On voit alors la cornée devenir opaque à la partie du bord qui se trouve près de la sclérotique malade, et cette opacification s'avance assez loin vers le centre. Dans ces cas plus graves, les malades se plaignent de céphalalgie, de pression dans l'œil; mais la vue n'est atteinte que lorsque la maladie est compliquée par des affections de la cornée, de l'iris ou de la choroïde.

Marche et terminaison. — La maladie dure toujours plusieurs mois, et peut se prolonger plus encore, si l'affection occupe successivement différents points de la sclérotique. Généralement la proéminence s'aplatit au bout de quelques mois, l'injection pâlit, et la partie atteinte prend une couleur ardoisée due au pigment déposé dans le tissu de la sclérotique.

Les opacités de la cornée disparaissent progressivement et ne deviennent que rarement stationnaires.

Pronostic. — Il est absolument favorable tant que la sclérite n'est pas compliquée d'autres affections; il faut préparer le malade à la longue durée de la maladie que le traitement ne réussit pas souvent à abréger.

Étiologie. — La cause de cette affection est presque toujours l'action directe de l'air froid sur l'œil; on la rencontre alors en même temps que des douleurs rhumatismales dans d'autres parties du corps. D'ailleurs, elle paraît aussi sous la dépendance

des diathèses scrofuleuses, rhumatismales, et même syphilitiques (*Mooren*).

D'après des statistiques, un tiers des cas se rencontre pendant la période de la puberté ou immédiatement après. La maladie est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes; elle les atteint surtout vers le retour d'âge, et paraît alors en rapport avec des anomalies de menstruation et des troubles de la circulation générale.

Traitement. — Pour le traitement local, il faut déclarer que tous les irritants comme les astringents, le nitrate d'argent, le précipité rouge, se montrent nuisibles. Dernièrement, on a recommandé des incisions multiples à travers la partie atteinte, jusque dans la sclérotique (*Adamueck*).

Les compresses aromatisées chaudes, le bandage compressif, et les injections sous-cutanées de morphine à la tempe combattent efficacement les douleurs qui accompagnent la maladie. Il faut donc se borner à conseiller le repos de l'œil, à mettre le malade en garde contre l'action de l'air froid et humide et contre les variations de température. En cas de complication du côté de l'iris, il faudrait avoir recours aux instillations d'atropine.

Dans la majorité des cas l'affection oculaire étant sous la dépendance d'une diathèse rhumatismale, on réussit à abréger sa durée généralement si longue, en prescrivant des transpirations de quelques heures (deux ou trois fois par semaine) obtenues à l'aide d'injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine (5 à 7 gouttes d'une solution de 1 gramme pour 10 grammes d'eau) et l'usage interne de l'iodure de potassium ou du salicylate de soude.

Les affections de la sclérotique connues sous le nom de *scléro-choroïdite antérieure* et *scléro-choroïdite postérieure*, ou de staphylômes antérieur ou postérieur de la sclérotique, sont entièrement sous la dépendance des maladies du corps ciliaire et de la choroïde, et seront exposées avec celles-ci.

ARTICLE II.

LÉSIONS DE LA SCLÉROTIQUE

1° Les *corps étrangers* qui pénètrent dans la sclérotique, et qui restent enclavés dans la plaie, peuvent être enlevés immédiatement, à l'aide de pincées, de la plaie scléroticale élargie dans ce but, en cas de besoin.

2° Les *blessures de la sclérotique* ne doivent leur importance qu'à la déchirure simultanée de la choroïde avec écoulement de l'humeur vitrée, ou à d'autres complications sérieuses, telles que des hémorragies intra-oculaires, le décollement de la rétine, etc. Les plaies simples de la sclérotique guérissent parfaitement et rapidement; il suffit d'appliquer un bandeau compressif.

Lorsque la plaie se trouve près de la cornée, il y a presque toujours un prolapsus de l'iris, qu'il faut exciser, en ayant soin d'appliquer ensuite un bandeau compressif. Si le corps vitré a fait hernie dans la plaie, on peut le toucher légèrement avec le crayon de nitrate d'argent mitigé, pour activer la guérison (*Mooren*).

3° Les *ruptures de la sclérotique* sont plus dangereuses, non pas au point de vue de la sclérotique, qui guérit parfaitement, mais parce qu'elles se produisent sous l'influence de fortes contusions qui amènent d'autres lésions plus graves de l'œil. Les ruptures se font toujours dans le voisinage de la cornée, et donnent lieu à des prolapsus de l'iris, à l'expulsion du cristallin et d'une partie du corps vitré, quelquefois sans même que la conjonctive sus-jacente ait été déchirée. En même temps, la lésion peut produire des hémorragies internes, le décollement de la rétine, etc. Dans ces cas, la vision de l'œil est fortement compromise, et la maladie peut se terminer par une panophtalmie et l'atrophie du globe. Le pronostic toujours grave dépend donc entièrement de l'étendue des lésions qui accompagnent la rupture de la sclérotique. S'il paraît utile d'intervenir, il faut inciser la conjonctive, lorsqu'elle est restée intacte, au-dessus de l'endroit où la rupture a eu lieu, exciser le prolapsus de l'iris, appliquer un bandage compressif, et combattre l'inflammation consécutive par des émissions sanguines.

CHAPITRE IV

IRIS, CORPS CILIAIRE, CHOROÏDE.

Anatomie. — La seconde enveloppe des milieux de l'œil est formée par la choroïde appliquée sur la sclérotique, et se continuant dans le corps ciliaire et dans l'iris. En effet, l'embryogénie et l'histologie démontrent qu'on doit considérer ces trois parties de l'œil comme constituant une membrane unique, à laquelle on a donné aussi le nom d'*avée* ou de *tractus uvéal*.

1° La *choroïde* est située entre la sclérotique et la rétine: nettement séparée de la dernière par une lame élastique, la choroïde n'est unie à la sclérotique que d'une manière peu intime, sauf au voisinage du nerf optique où les deux membranes sont assez solidement fixées ensemble (voy. plus loin). — La choroïde se compose des quatre couches suivantes:

a. La plus externe qui unit la choroïde à la sclérotique (membrane sus-choroïdienne) est formée d'un tissu cellulaire à grandes mailles, entremêlées de fibres élastiques, de corpuscules lymphoïdes, de noyaux ovales qui appartiennent à l'endothèle et d'un grand nombre de cellules pigmentaires, tantôt arrondies, tantôt pourvues de prolongements multiples qui s'anastomosent entre eux. Tout cela est réuni par une substance intercellulaire très mince, homogène, et tout à fait dépourvue de structure. C'est cette couche externe de la choroïde, la *lamina fusca* des anciens auteurs, que traversent les vaisseaux et les nerfs qui se rendent à l'iris.

b. La seconde couche est celle des gros vaisseaux de la choroïde (*couche vasculaire*); les veines sont situées en dehors, les artères en dedans, et elles se trouvent logées dans un tissu analogue à celui qui constitue la couche sous-jacente. La tunique adventice des vaisseaux est très forte et contiendrait d'après *H. Muller* des fibres musculaires lisses. Les cellules pigmentaires y sont moins nombreuses, plus petites, leurs prolongements très courts, et mêlées