

Cette dépression est en rapport avec la tension. On recherche une dépression variable, en surface ou en profondeur, avec un poids constant, ou une dépression constante, avec un poids variable. La tonométrie instrumentale est, certes, bien défectueuse, et ses résultats paraissent encore assez imparfaits, mais elle n'a pas dit son dernier mot.

CHAPITRE XI

ECLAIRAGE OBLIQUE OU LATÉRAL

§ 134. C'est l'éclairage de l'œil par un faisceau lumineux le pénétrant obliquement, latéralement. Il comporte une lumière et une ou deux loupes de 12 à 15 dioptries. La loupe donne un cône lumineux intense dont le sommet éclaire à volonté

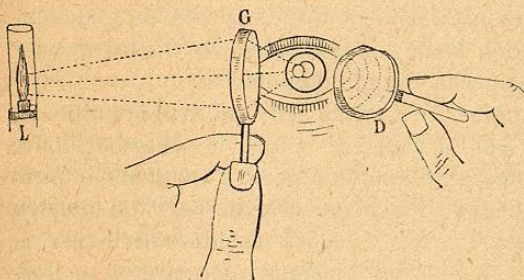


FIG. 141. — Éclairage oblique ou latéral.

L, lampe; C, loupe convergente; D, loupe grossissante.

les parties antérieures de l'œil. L'obscurité favorise l'observation. Pour l'examen, le sujet est assis dans une chambre noire, la lampe un peu en avant et en dehors, à hauteur de son œil, et l'observateur devant le patient. La loupe étant interposée verticalement entre la lampe et l'œil, on dirige vers cet œil le cône lumineux obtenu. Ce cône éclaire au maximum par son sommet et de moins en moins vers sa base. En rapprochant la loupe, en l'éloignant, en l'inclinant en divers sens, on éclairera toutes les parties antérieures du globe. Les

déplacements de la lumière, de la tête ou de l'œil du patient permettront une exploration plus ou moins complète.

La limite d'éclairage latéral intraoculaire est en rapport avec les dimensions de la pupille et l'obliquité des rayons projetés. Les rayons incidents très obliques éclairent les parties superficielles et les rayons incidents rapprochés de l'axe antéro-postérieur, les parties plus profondes. Si même on pouvait, par l'éclairage latéral, projeter de la lumière dans la direction de l'axe oculaire et en recevoir les rayons émis, on pénétrerait jusqu'au fond de l'œil. Il faut ajouter que la réfraction de la cornée permet la pénétration de rayons

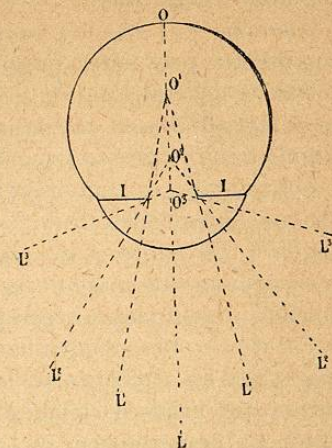


FIG. 112. — Limites de l'éclairage intraoculaire suivant l'obliquité des rayons L, L', L'', L''' incidents et réfléchis.

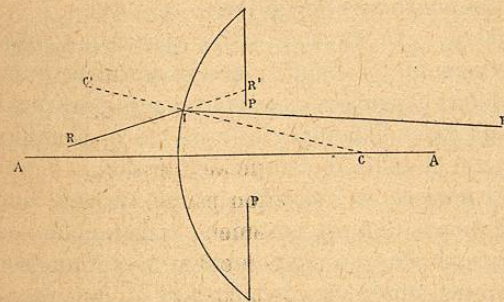


FIG. 143. — Action de la réfraction cornéenne sur la pénétration des rayons obliques. PP, pupille; RI, rayon oblique; RR', trajet direct non pénétrant; RR, trajet réfracté pénétrant.

lumineux incidents plus périphériques que ne le comporteraient, sans elle, les dimensions de la pupille.

L'éclairage oblique nous fournit de précieuses notions relatives à la situation, la

transparence, la coloration, ou aux lésions des annexes et du segment anté-

rieur de l'œil : sclérotique, cornée, chambre antérieure, iris, cristallin, corps vitré.

Annexes. — L'état des paupières, du bord ciliaire et de la conjonctive peut être constaté directement ou à la loupe; certaines ulcérations, de petites saillies, ou des détails de vascularisation sont mieux appréciés à l'éclairage oblique simple ou avec grossissement.

Sclérotique. — On observe sa coloration, bleuâtre chez l'enfant, blanchâtre chez l'adulte, blanc jaunâtre chez le vieillard. On apprécie ses plaques inflammatoires ardoisées, ses particularités autour de la cornée, la vascularisation morbide constituant le cercle périkératique, etc.

Cornée. — Vue obliquement, elle paraît légèrement opaline. Chez les vieillards ou les adultes artério-scléreux, on trouve une bande périphérique plus large en haut et en bas due à la dégénérescence du tissu propre et désignée sous le nom d'arc sénile. On y voit aussi diverses lésions : phlyctènes, ulcérations, leucomes ou taies, réseaux vasculaires, infiltrations purulentes, corps étrangers. On apprécie, en éclairant très tangentiellement la cornée, le siège exact de ces lésions, leur étendue, leur profondeur, etc. On note aussi les ectasies ou staphylomes, les courbures irrégulières, etc.

Chambre antérieure. — On constate sa transparence ou son trouble, les épanchements exsudatifs, séreux, purulents, hémorragiques, les débris capsulaires, corps étrangers, parasites. Il importe aussi de noter l'étendue, la forme de la chambre antérieure en général et celles de l'angle de filtration.

Iris. — A l'état normal, sa coloration paraît variable suivant les sujets; sa disposition est nettement transversale; sa pupille est circulaire et plus ou moins mobile avec l'âge. On note sa voussure, ses adhérences à la cornée ou synéchies antérieures, et à la capsule cristallinienne ou synéchies postérieures, son rétrécissement ou atrésie, son occlusion ou sténose, son relâchement ou mydriase, son resserrement ou myose, enfin sa mobilité ou sa paresse. On doit remarquer aussi sa teinte rouillée dans l'inflammation, son aspect feuille

morte ou fripé dans l'atrophie, ses exsudats, ses tumeurs, ses corps étrangers, ses anomalies diverses : corectopie, polycorie, colobome.

Cristallin. — Vu à l'éclairage oblique, il est bleuâtre chez les enfants, grisâtre chez les adultes, verdâtre chez les vieillards. On constate parfois les trois branches stellaires formées par la juxtaposition des segments lenticulaires. On observera sa position, sa transparence, les opacités cristalliniennes siégeant sur la face antérieure, la face postérieure ou le noyau du cristallin. Les principaux détails relatifs aux cataractes capsulaires, lenticulaires, complètes, incomplètes, zonulaires, polaires, etc., relèvent d'abord de ce mode d'examen.

Corps vitré. — On y observe des troubles antérieurs, des corps flottants divers, de grosses tumeurs intra-oculaires, de vastes épanchements sanguins ou purulents. Il est utile, dans bien des cas, d'élargir le champ pupillaire par l'action préalable des mydriatiques. On peut enfin faire usage d'un prisme pour découvrir certaines lésions ciliaires ou rétro-iriennes (Galezowski).

§ 135. *Images de Purkinje-Sanson.* — Ce sont des images catoptriques produites par la lumière d'une bougie, d'une lampe ou d'une allumette sur la cornée et les deux faces du cristallin. La source lumineuse doit être placée latéralement et l'observateur du côté opposé, dans le sens de la réflexion des rayons. L'obscurité est nécessaire et la dilatation pupillaire par la cocaïne, généralement utile. La cornée et la cristalloïde antérieure, qui constituent des miroirs convexes, donnent une image droite, virtuelle, rapetissée; la cristalloïde postérieure, qui forme un miroir concave, fournit une image renversée, réelle. La première image est grande et brillante; la seconde, petite et moins nette; la dernière, petite aussi et à peine visible. La situation de ces images varie avec la courbure des surfaces, leurs distances respectives; leur netteté, suivant l'intensité de la lumière et le poli des surfaces. Cramer a mesuré la grandeur et le dépla-

cement de ces images et établi, par elles, les changements de courbure du cristallin dans l'accommodation; Sanson les a mises à profit pour reconnaître, dans la cataracte, le siège des opacités.

On les recherche encore pour contrôler l'existence de l'aphakie, d'une cataracte noire ou brune, la luxation du cristallin, etc., déjà établie par l'éclairage oblique, l'éclairage direct ou certaines insuffisances de réfraction.

CHAPITRE XII

EXAMEN OPHTALMOSCOPIQUE

§ 136. **Généralités.** — C'est l'examen par l'éclairage de l'œil avec le miroir ophtalmoscopique.

On emploie l'ophtalmoscope seul dans l'examen des milieux, l'ophtalmoscope simple et la loupe dans l'examen du fond de l'œil à l'image renversée, l'ophtalmoscope à réfraction dans l'examen du fond de l'œil à l'image droite. L'ophtalmoscope simple et à réfraction sont aussi couramment appliqués à la détermination directe de la réfraction.

L'examen ophtalmoscopique doit être pratiqué dans l'obscurité, car les images oculaires extérieures ne sont pas assez vives pour être facilement perçues dans un milieu éclairé.

La *lampe*, munie d'un écran latéral, est placée à côté du patient, à sa gauche ou à sa droite, suivant qu'on regarde avec l'œil droit ou l'œil gauche, un peu en arrière et en haut par rapport au niveau des yeux.

L'*observé* est assis, immobile, dans l'ombre de l'écran. La tête maintenue, droite, fixe, sans roideur, il regarde fixement et au loin, pour relâcher la pupille et l'accommodation, dans la direction indiquée. Le regard sera dirigé vers sa gauche, à dix centimètres environ de l'oreille droite de

l'observateur, pour découvrir le fond de l'œil droit; il sera dirigé à sa droite, vers l'oreille gauche de l'observateur, pour le fond de l'œil gauche. Le regard se portera directement en face pour l'examen de la macula; en haut, en bas, en dedans ou en dehors pour l'examen des parties correspondantes du fond de l'œil. Les mouvements de la tête remplacent ou complètent, dans certains cas, les mouvements du globe.

L'*observateur* se tient debout ou assis en face du patient. Il saisit l'ophtalmoscope de la main droite et la loupe de la

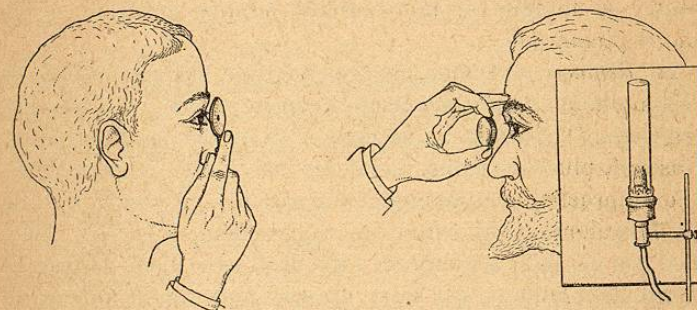


FIG. 114. — Position ophtalmoscopique.

main gauche, quand il regarde avec l'œil droit; il prendra l'ophtalmoscope avec la main gauche et la loupe avec la main droite, s'il veut regarder avec l'œil gauche.

L'*ophtalmoscope* est tenu légèrement avec le pouce et l'index, les autres doigts faiblement repliés, le manche vertical, le disque appliqué mollement devant l'œil, contre la racine du nez ou l'arcade sourcilière. On l'orientera ensuite de manière à projeter la lumière dans la pupille du patient et à en observer les détails. S'il s'agit de l'ophtalmoscope à réfraction, l'instrument sera saisi à pleine main, lâchement, l'index un peu allongé et l'ongle appliqué sur les saillies de la roue dentée.

La *loupe*, s'il y a lieu, est tenue avec le pouce et l'index ou