

tério-sclérose, et font présager d'autres accidents hémorragiques dans l'œil ou le cerveau. Dans le vitré, la chambre antérieure, on doit craindre des altérations graves du fond de l'œil. Des hémorragies rétinienne autour de la macula font songer à la possibilité du diabète, de l'albuminurie, et portent à examiner les urines. Que de fois l'ophtalmoscope révèle des lésions rénales ! On devra, dans ces conditions, toujours examiner le cœur, les vaisseaux, le sang, et souvent on constatera des altérations générales, des cardiopathies plus ou moins graves et jusque-là méconnues.

Pronostic. — Il découle des considérations précédentes et varie suivant le siège, l'étendue de la lésion et l'importance de la cause. Extra-oculaires, les hémorragies ont une portée locale minime et sont surtout fâcheuses au point de vue esthétique. Traumatiques, elles guérissent sans difficulté et le plus souvent sans laisser de traces. Pathologiques, elles comportent souvent les réserves tirées de l'état général ou cardio-vasculaire. Intra-oculaires enfin, ces hémorragies sont rarement bénignes.

Dans la chambre antérieure, le vitré, sur la rétine, etc., les hémorragies peuvent se résorber entièrement ; mais, d'ordinaire, elles provoquent de l'iritis, des corps flottants, des atrophies plus ou moins étendues et capables de compromettre la vision. Profondes et abondantes, elles sont rarement compatibles avec une guérison complète. Les états généraux qui provoquent les hémorragies pathologiques viennent particulièrement assombrir le pronostic total.

Traitement. — Il faut tenir compte de l'état local et général. Localement, les hémorragies extra-oculaires exigent seulement quelques compresses boriquées ou sublimées chaudes, parfois un léger massage, un peu de compression ou de contention douce. Quant aux hémorragies intra-oculaires, elles sont améliorées par l'ésérine, la pilocarpine, et parfois, chez les jeunes sujets, l'ésérine et l'atropine alternativement.

Le massage oculaire est rarement indiqué et sera toujours

discret. La compression est parfois avantageuse ; il en est de même des ventouses sèches à la tempe et des injections sous-cutanées d'ergotinine ou d'ergotine.

On ne doit guère, sauf exception, intervenir chirurgicalement contre l'hémorragie produite. Si du glaucome apparaissait ou si l'œil se vidait, comme après certaines hémorragies après l'opération de la cataracte, une paracentèse, l'énucléation ou l'évidement pourraient être cependant indiqués.

Au point de vue général, il faut tenir compte des troubles sanguins, cardio-vasculaires, infectieux, de l'âge, des conditions individuelles (anémie, congestion) habituelles ou momentanées. Les sudatifs, les laxatifs, les diurétiques, etc., seront aussi des adjuvants utiles ; l'iodure de potassium, chez les athéromateux, est particulièrement indiqué.

CHAPITRE IV

ATROPHIE DU GLOBE — STAPHYLOMES

§ 199. L'atrophie ou la phtisie oculaire sont constituées par l'amoindrissement du globe. On a voulu les différencier : l'atrophie correspondrait à la rétraction lente de l'organe et la phtisie, à sa rétraction rapide. La distinction est subtile et ne mérite pas d'être maintenue. Il vaut mieux ne conserver que le terme d'atrophie. La diminution de volume est parfois régulière, l'œil conserve sa forme générale et représente un œil en miniature ; comme dans certains cas de microphthalmie congénitale, on y reconnaît la cornée, l'iris, le cristallin, etc. On observe cette atrophie à la suite de certaines inflammations du tractus uvéal, iritis, cyclites, choroidites.

La diminution de volume peut être partielle, produite par la destruction des membranes internes et même de certaines portions de la coque. Il en est ainsi dans la suppuration loca-

lisée au segment antérieur et dans la panophtalmie. Gayet et Masson en ont tracé un tableau complet.

L'atrophie du globe survient parfois à la suite de certaines maladies internes et sans cause bien appréciable: atrophie, phtisie essentielle (de Græfe). L'œil se ramollit (ophtalmomalacie), se rapetisse, se ratatine. On observerait cet état après certains troubles généraux ou locaux mal définis; toutefois, en dehors des fistules cornéennes ou sclérales, de blessures, de staphylomes, etc., la phtisie essentielle est exceptionnelle; de Wecker, sur plus de cent mille malades, ne l'aurait jamais observée.

En outre de cette forme spéciale, on rencontre l'atrophie du globe dans diverses circonstances: panophtalmie traumatique, opératoire, immédiate ou consécutive au leucome adhérent, métastatique, etc.; suppuration de la cornée avec ou sans issue du cristallin et d'une partie du vitré; plaies du globe avec lésions simultanées du cristallin et issue plus ou moins abondante du vitré.

Panophtalmie, suppuration cornéenne, plaie profonde de la cornée et de la sclérotique entraînent l'atrophie du globe dans des conditions différentes qu'il faut examiner.

1° Dans la *panophtalmie*, les membranes internes et les milieux oculaires sont profondément désorganisés, infiltrés par des exsudats et des éléments pyogènes. La capsule de Ténon, dans la plupart des cas, est également envahie et les espaces sus et sous-scléroticaux communiquent à travers des perforations. Dans la panophtalmie consécutive à la méningite cérébro-spinale, les perforations sont exceptionnelles; il en est de même dans les irido-choroïdites consécutives aux leucomes adhérents. En tout cas, petit à petit, la cornée se détruit ou se ratatine, la sclérotique se plisse et le globe prend une forme plus ou moins chiffonnée: c'est un véritable moignon.

2° Dans la *suppuration cornéenne*, la cornée et la chambre antérieure sont détruites, mais l'iris, le cristallin et le vitré peuvent persister; parfois le cristallin et une portion du vitré ont été expulsés.

Quand la cornée et la chambre antérieure sont seules détruites, l'œil peut conserver un volume considérable et une tension presque normale. Il en est ainsi dans la fonte purulente de la cornée consécutive aux opérations kératiques, aux ophtalmies purulentes, aux grands ulcères à hypopyon.

Si le cristallin et une partie du vitré ont été expulsés après la destruction cornéenne, l'atrophie du globe est très grande. Les muscles droits réduisent l'œil, le plissent, pendant que la cicatrice du segment antérieur s'affaisse. Entre les plis de la sclérotique, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur, il se produit des exsudats qui les soudent entre eux. La sclérotique même s'épaissit considérablement et ses faisceaux constitutifs deviennent très ondulés; les vaisseaux et les nerfs sont plus ou moins conservés.

La partie antérieure du moignon correspondant à la cornée détruite, aux lambeaux d'iris, aux restes du vitré se rétracte en attirant au centre tous les éléments voisins. Le moignon oculaire offre alors l'aspect d'une masse cubique à angles arrondis, étroitement serrée par les quatre muscles droits.

Dans son intérieur, on trouve le tractus uvéal profondément altéré. L'iris est comme étouffé dans la gangue cicatricielle mais souvent reconnaissable à ses éléments pigmentaires. A peine existe-t-il quelque vestige de chambre antérieure. Le corps ciliaire devient fibreux, sauf dans la région musculaire, s'isole de la sclérotique et s'infiltré de produits hématiques. La choroïde se détache plus ou moins de la sclérotique, surtout au niveau des plicatures. Elle tend à l'atrophie de dedans en dehors. La lamina fusca est relativement peu altérée.

Il existe dans les vieux moignons des masses oculaires, végétations verruqueuses phosphatiques décrites par Poncet, et aussi des points d'ossification plus ou moins typiques. Là encore, les vaisseaux et les nerfs sont parfois conservés et à peine altérés. Du hilé cicatriciel antérieur formé par l'iris, la zonule et la capsule constitués en magma informe, part un

tractus qui aboutit à la papille et est formé par la rétine tassée en fuseau ou en cordon; celle-ci est profondément désorganisée. Le vitré disparaît et se trouve remplacé par un exsudat qui remplit la coque oculaire et se coagule aisément.

3° Dans les *plaies profondes de la cornée* avec perte du cristallin et d'une partie du vitré, il survient des hémorragies considérables puis, consécutivement à l'irido-cyclite traumatique, une atrophie plus ou moins grande. Les lèvres cornéennes sont inégales, dénivelées, mais les lames et les épithéliums sont parfois conservés dans leur ensemble. L'iris est plus ou moins engagé dans la plaie et altéré. Les membranes profondes sont réduites à des vestiges, plissées, irrégulières.

4° Dans les *plaies profondes et larges de la sclérotique* avec conservation du cristallin et perte du vitré, la forme atrophique est inégale, déprimée dans la plaie sclérale. La cornée, la sclérotique se rétractent vers la région cristallinienne; la rétine est ordinairement décollée; quant au cristallin, il est déplacé et plus ou moins cataracté.

5° S'il existe un *corps étranger*, il a pénétré au niveau de la partie antérieure ou postérieure du globe à travers ou en dehors du cristallin.

Dans le cas de pénétration antérieure à travers le cristallin, celui-ci est à peu près détruit et l'iris adhérent à la capsule ou à la cornée; la rétine et la choroïde sont réduites à un simple cordon antéro-postérieur et les hémorragies généralement abondantes.

Dans le cas de pénétration postérieure en dehors du cristallin, les parties antérieures sont primitivement intactes mais subissent ultérieurement des altérations trophiques avec retrait central.

Au point de vue clinique, les yeux atrophiques sont de volume très variable. On observe de bonne heure l'empreinte des muscles droits et l'aspect quadrilatère. La tension est amoindrie et les mouvements restent limités. La conjonctive bulbaire, d'abord injectée, revient ultérieurement à l'état

normal. La cornée peut être conservée ou bien complètement détruite, remplacée par un bourrelet fibreux cicatriciel. L'aspect est blanchâtre, laiteux ou blanc jaunâtre.

Le moignon est d'ordinaire, au début, un peu douloureux. Dans les atrophies suppuratives, les douleurs finissent par disparaître; dans des irido-cyclo-choroïdites exsudatives, il persiste souvent une sensation pénible à la pression ou durant les mouvements. L'œil reste d'abord larmoyant, irritable, puis tout rentre dans l'ordre. Des moignons longtemps indolores deviennent cependant sensibles lorsqu'ils sont le siège d'incrustations calcaires ou osseuses. L'œil est alors très dur et susceptible de provoquer du côté opposé de l'irritation sympathique : larmoiement, photophobie, amblyopie.

Les troubles oculaires directs ou sympathiques sont plus ordinaires quand il y a une irido-cyclite plastique ou corps étranger. De longues années après, l'irritation peut toujours redevenir menaçante. Ces accidents sont plus redoutables, en dehors de certaines lésions ciliaires, chez l'adulte et le vieillard que chez les jeunes sujets. On voit rarement, après suppuration totale du globe, de l'irritation sympathique : l'œil le plus suppuré est le mieux guéri.

On pourra conserver un œil atrophié s'il ne provoque pas de gêne ou d'irritation sympathique, mais il faudra toujours le surveiller. A la moindre alerte, l'énucléation ou l'énervation sera pratiquée. Le moignon est-il indolore, on appliquera sur lui un œil artificiel. Le volume et la mobilité du moignon constitueront alors de bonnes conditions pour la prothèse.

§ 200. **Staphylomes.** — Les staphylomes — *σταφυλή*, grain de raisin — sont des ectasies de la cornée ou de la sclérotique. La saillie de l'iris à travers une plaie représente une hernie plutôt qu'un staphylome; le développement général du globe constitue une affection spéciale qui n'a aucun rapport avec le staphylome et prend le nom de *buphtalmie* — *βούς*, bœuf.

Le *staphylome de la cornée* est transparent ou opaque. Trans-

parent ou pellucide, il est assez régulier et forme le kératocône ou le kératoglobe, déformation résultant d'un vice de nutrition congénital ou acquis; dans certains ramollissements pathologiques de la cornée, il est plus ou moins irrégulier. Opaque, le staphylome est consécutif à des leucomes inflammatoires adhérents avec exagération de la tension oculaire; il est souvent doublé de l'iris et en contact avec le cristallin altéré.

Le *staphylome de la sclérotique* siège en avant, dans le voisinage du limbe, vers l'équateur ou tout à fait en arrière.

Le staphylome *antérieur*, vers le limbe ou la région ciliaire, résulte de plaies ou d'inflammations scléro-choroïdiennes; on le rencontre à la suite des inflammations sclérolaires profondes et répétées de la goutte et du rhumatisme.

Le staphylome *équatorial*, assez rare, est consécutif à des contusions ou des inflammations déterminant chez les jeunes sujets des poussées glaucomateuses.

Le staphylome *postérieur* se présente presque toujours dans les myopies fortes, progressives, héréditaires, et résulte d'une scléro-choroïdite. Il est plus ou moins étendu en largeur comme en profondeur, borde en dehors et parfois en tous sens la papille, provoque des troubles visuels, des scotomes, et favorise la production de complications redoutables comme le décollement rétinien.

Les staphylomes antérieurs sont directement visibles et appréciables à l'œil nu, à l'éclairage oblique ou kératoscopique; ils nécessitent des traitements locaux variables avec leur siège, leur degré, leur origine. Les staphylomes postérieurs sont appréciables à l'ophtalmoscope et comportent seulement le traitement optique de la myopie concomitante et le traitement médical de la scléro-choroïdite originelle.

CHAPITRE V

EXOPHTALMIE-ENOPHTALMIE

§ 201. **Exophtalmie.** — L'exophtalmie ou exorbitisme est constituée par la saillie excessive du globe oculaire. A l'état normal, l'œil est plus ou moins saillant suivant la race, l'individu, l'ouverture palpébrale, sans qu'il y ait vraiment exophtalmie.

La canthoplastie, le reculement exagéré des muscles dans l'opération du strabisme, l'instillation de cocaïne découvrent aussi l'œil sans produire l'exophtalmie proprement dite. Dans certains cas douteux, il est bon, pour dire qu'il y a exophtalmie, de comparer la saillie particulière des deux yeux.

L'exophtalmie résulte d'un rétrécissement de l'orbite du gonflement de l'œil ou de la propulsion de l'organe par des productions intra-orbitaires.

1° L'orbite peut être rétrécie par une hypertrophie osseuse ou périostique. Elle peut aussi subir un arrêt de développement. L'œil et la cavité orbitaire grandissent parallèlement; que pour un motif pathologique ou traumatique le globe soit de bonne heure détruit ou énucléé, et l'orbite cessera de se développer; plus tard, cette cavité sera minime et aura de la peine à contenir le globe. Les fractures de l'orbite entraînent aussi l'insuffisance cavitaire et l'exophtalmie.

2° L'œil peut se développer, devenir buphtalmique, staphylomateux, et faire entre les paupières une saillie excessive. Un état semblable peut exister dans certaines irido-choroïdites purulentes, phlegmoneuses, dans la panophtalmie.

3° Le plus ordinairement, l'exophtalmie reconnaît pour cause une tuméfaction péri ou rétro-oculaire qui propulse directement ou latéralement le globe. La lymphangite péri-oculaire ou ténonite, les abcès orbitaires, les tumeurs liquides ou solides qui naissent dans l'orbite ou y aboutissent par les orifices naturels sont la cause la plus habituelle de l'exophtal-