

La paralysie du sympathique cervical, par relâchement des fibres lisses du muscle orbitaire de Sappey, amène le même résultat.

L'enophtalmie *traumatique* est produite par des coups, des chocs violents de la région orbitaire ayant entraîné des altérations plus ou moins graves de l'œil et de la vision. L'enophtalmie est directe ou latérale, de 1 à 5 ou 6 millimètres et plus. On a invoqué pour l'expliquer l'inflammation intra-orbitaire avec rétraction fibreuse consécutive, des adhérences oculo-orbitaires, la luxation du muscle grand oblique, etc.; mais on ne sait encore rien de positif.

## CHAPITRE VI

### SYMPTOMES FONCTIONNELS

§ 202. **Rougeur oculaire. Hyperémie. Congestion.** — Toutes les parties de l'œil peuvent se congestionner, s'hyperémier, présenter de la rougeur.

Les *paupières*, dans les fièvres exanthématiques et l'érysipèle, sont non seulement œdématisées mais encore plus ou moins rouges. Dans les blépharites et les conjonctivites, le trachome, les tumeurs diverses, la rougeur est variable et parfois minime; certains sujets lymphatiques, par les temps frais surtout, présentent seulement les paupières congestionnées; la région des glandes de Meibomius est particulièrement colorée dans la blépharite ciliaire. La peau qui recouvre le sac lacrymal rougit plus ou moins dans les dacryocystites aiguës. La congestion du *fond de l'œil* est caractérisée par la réplétion des vaisseaux et une teinte rosée variable de la papille.

Les phénomènes les plus importants siègent dans le segment antérieur.

L'*iris* paraît comme rouillé, surtout autour de la pupille.

La *cornée* est entourée de vaisseaux qui s'avancent vers

le centre. Elle peut être tout entière recouverte par un lacis vasculaire plus ou moins épais constituant le *pannus*; celui-ci est mince ou *tenuis*, épais, sarcomateux ou *crassus*.

Le pannus est constitué par un lacis vasculaire dont les anses anastomosées se dirigent vers le centre de la cornée et s'amincissent graduellement. Dans l'ophtalmie phlycténaire, il est souvent limité à certaines zones cornéennes et pointé de vésico-pustules. Il est surtout marqué en bas, en dedans, en dehors. Dans l'ophtalmie granuleuse, il occupe spécialement la partie supérieure, le fornix étant le siège préféré du trachome; il paraît lui-même granuleux.

La cornée panneuse n'est pas seulement recouverte de vaisseaux; elle est pénétrée par eux. Dans le trachome, ces vaisseaux vont sous la couche épithéliale, altèrent la membrane de Bowmann, ravagent l'épithélium. Ils peuvent disparaître, mais laissent ordinairement à leur suite des altérations cicatricielles indélébiles.

La *conjonctive palpébrale* est, dans toutes les inflammations de la muqueuse, plus ou moins rouge suivant leur intensité. Toutefois la conjonctive pseudo-membraneuse ou diphtérique paraît plutôt pâle, car les vaisseaux sont comprimés, comme étouffés par l'infiltration. La vascularisation est extrême dans certaines conjonctivites strumeuses.

La *conjonctive bulbaire* présente un état de rougeur à caractères différents suivant les cas. Dans les conjonctivites, la vascularisation est constituée par un gros réseau de veines et artères conjonctivales venant des culs-de-sac, et s'amincissant vers la cornée; la rougeur diminue, s'estompe des culs-de-sac à la cornée.

Dans les kératites et uvéites, la vascularisation représente un fin réseau de veines et d'artères ciliaires venant de l'insertion antérieure des muscles droits et s'amincissant du côté des culs-de-sac; la rougeur diminue, s'estompe de la cornée vers les culs-de-sac. Elle forme un anneau rosé au tour de la cornée (*cercle périkératique*).

Le développement du réseau conjonctival est un signe

de conjonctivite; il est surtout coloré du côté où existe le maximum d'inflammation. Le développement du réseau péri-kératique indique de la kératite, de l'iritis, de la cyclite ou de la choroïdite, car les vaisseaux ciliaires extra-oculaires se continuent avec les ciliaires intra-oculaires. La prédominance de la rougeur sur un point quelconque implique une inflammation correspondante plus marquée, externe ou interne.

Dans le *glaucome*, la tension du globe gênant la circulation intra-oculaire, les vaisseaux ciliaires sont gonflés, tortueux, tirebouchonnés et viennent en tête de clou plonger à travers la sclérotique à quelques millimètres de la cornée. Comme les veines portes accessoires dans la cirrhose hépatique, elles sont le siège d'une circulation supplémentaire. Les *sclérites* et *épisclérites* provoquent de fines rougeurs sous-conjonctivales sur fond ardoisé.

Les *inflammations chroniques* de la conjonctive, l'état congestif général, l'âge même enlèvent à l'œil son aspect bleuâtre ou blanchâtre et le marbrent de traînées vasculaires plus ou moins ténues, parfois tortueuses, souvent en bandelettes au niveau des commissures palpébrales.

L'hyperémie oculaire, suivant ses causes et son caractère, se modifie plus ou moins rapidement et complètement. Elle est amendée par la suppression inflammatoire causale et les dérivations générales, purgations, ventouses scarifiées, sangsues, par les réfrigérants ou les caloriques, enfin par des scarifications conjonctivales. Nous avons souvent recours à ces scarifications et nous nous en trouvons bien. On doit ménager toutefois les vaisseaux qui, au niveau d'une ulcération, paraissent apporter les matériaux nutritifs de réparation cicatricielle.

§ 203. **Œdème.** — C'est le gonflement des tissus consécutif à une infiltration séreuse de leur trame conjonctive; on l'observe dans toutes les parties de l'œil, mais particulièrement autour du globe, aux paupières, sur la conjonctive et dans la région orbitaire.

La sclérotique et la cornée ne sont guère affectées; la cor-

née toutefois, à la période présuppurative ou à la suite d'inflammation grave, présente un gonflement caractérisé; sa transparence diminue, l'épithélium est imbibé et s'élimine partiellement.

L'*œdème des membranes profondes*, papille, choroïde et rétine, est caractérisé par un trouble diffus qui les recouvre et masque plus ou moins leurs éléments apparents. Tout peut revenir à l'état normal. Les névrites, rétinites et choroïdites diverses sont la cause de cet œdème.

L'*œdème des milieux* n'est pas démontré. On ne peut appeler ainsi l'exagération de la sécrétion de l'humeur aqueuse et l'inflammation du vitré ou hyalite, car, même à la période présuppurative, l'infiltration n'est pas assez caractérisée.

Le *tissu cellulaire de l'orbite* s'imbibe aisément de sérosité dans les inflammations directes ou propagées. Le gonflement est plus ou moins considérable et entraîne de l'exophtalmie. La protrusion du globe est directe ou latérale selon que le trouble est postérieur ou latéral. L'œdème est parfois si consistant que l'œil est immobile, comme figé dans l'orbite; les plis orbito-palpébraux sont effacés. La résolution lente ou rapide et la suppuration constituent les terminaisons habituelles.

L'œdème du tissu cellulaire orbitaire s'observe à la suite des infections traumatiques rétro-oculaires graves, avec ou sans corps étrangers; dans la ténonite ou capsulite rhumatismale et grippale, véritable lymphangite infectieuse; dans la périostite de l'orbite; dans le phlegmon oculaire, à la suite du cathétérisme; dans la strabotomie, etc.

Les mercuriaux, des compresses froides ou chaudes, des sangsues à la tempe, des ponctions au besoin, suivant l'intensité de la lésion, sont généralement indiqués.

La *conjonctive* s'infiltré plus ou moins dans l'œdème simple; la membrane est boursoufflée, un peu jaunâtre, comme gélatineuse. Les vieillards, les cardiaques, les albuminuriques avec hydropisie générale y sont particulièrement exposés. Chez les jeunes sujets, la tonicité des tissus résiste à l'infiltration simple.

L'œdème inflammatoire de la conjonctive se manifeste ordinairement sur le segment antérieur, autour de la cornée, ou il constitue le *chémosis* : celui-ci est plus ou moins marqué et vascularisé. Il est parfois excessif (phlegmon, blennorrhagie oculaire, ténonites) et recouvre presque toute la cornée. Sa consistance est variable, molle, ferme, dure, comme lardacée (conjonctivite blennorrhagique et diphthéritique). On ne l'observe guère chez le nouveau-né (o. purulente) et rarement chez les jeunes sujets. La disparition du chémosis est en rapport avec celle de la lésion causale. Les inflammations suppuratives de l'œil ou de l'orbite, les corps étrangers, les ténonites diverses sont la cause habituelle de l'œdème conjonctival.

Des compresses chaudes ou froides et des scarifications peuvent être utiles.

Les *paupières* sont souvent œdémateuses. Le gonflement est limité aux bords ciliaires ou envahit toute leur étendue. Il peut être excessif et s'opposer à l'ouverture palpébrale. Il est mou ou dur. Le doigt y fait ordinairement empreinte.

L'œdème des paupières est consécutif à certaines affections générales, cardiopathies, néphrites, anémies, ou à des lésions locales inflammatoires ou traumatiques des paupières, des voies lacrymales, du globe et de l'orbite. Les suppurations oculaires ou péri-oculaires les produisent souvent. Certains œdèmes anormaux apparaissent parfois sans cause appréciable. La marche de l'œdème est liée à l'affection causale.

L'œdème est parfois compliqué d'*ecchymoses* que l'on reconnaît à leurs plaques rouges, noires ou jaunâtres. L'*emphyème* se distingue à la fine crépitation neigeuse que l'on perçoit à la pression et est produite par les traumatismes des cavités aériennes (sinus frontaux, cavités nasales, fausses routes lacrymales, etc.).

La compression légère et soutenue, des mouchetures au besoin sont utiles. Une résection partielle conviendrait aux hypertrophies consécutives et gênantes.

§204. Douleur. — La douleur est un phénomène qui retient

toute l'attention des malades; pour la plupart d'entre eux, c'est le seul symptôme important. Nous voyons fréquemment des patients perdre placidement leur vue sans consulter le médecin : ils ne souffraient pas, disent-ils. La douleur, d'ailleurs, est un élément précieux d'appréciation, car elle est essentiellement variable dans son acuité, sa durée, ses rémissions, son siège et sa durée. Elle fournit des renseignements importants et entraîne des indications spéciales. Il est même des cas où elle constitue un phénomène prédominant et impérieux, comme dans le glaucome aigu, subaigu, irritatif, l'ophtalmie électrique, etc.

L'œil possède une sensibilité lumineuse et une sensibilité douloureuse. Le nerf optique irrité, sectionné, la rétine piquée (Magendie), frappée (phosphène), ne réagissent qu'à la lumière. Le nerf ophtalmique par contre est d'une exquise sensibilité générale. La sensibilité lumineuse est donc réservée au fond de l'œil et la sensibilité ordinaire, à tout le globe, surtout au segment antérieur. On sait que la richesse nerveuse de la conjonctive, de la cornée, de l'iris et du corps ciliaire est considérable. Enfin les excitations douloureuses des nerfs ciliaires se répercutent dans tout le trijumeau et en particulier dans les branches de l'ophtalmique; la réciproque existe dans une certaine mesure, car l'on voit les névralgies dentaires, nasales ou faciales entraîner des irradiations douloureuses dans le globe et les annexes, même des perturbations visuelles.

La douleur est d'origine nerveuse et circulatoire, physique, chimique ou mécanique.

1° *Origine nerveuse.* Les tumeurs cérébrales, la méningite et surtout l'hystérie provoquent parfois de violentes douleurs. La céphalalgie, la migraine, la kopiope sont de cet ordre. La congestion oculaire aggrave encore le mal.

2° *Origine physique.* La lumière, simple ou électrique, la réverbération des neiges produisent parfois de violentes douleurs. Les brûlures sont toujours très douloureuses.

3° *Origine chimique.* Elle est très vive dans les cautérisa-

tions diverses, les brûlures par les acides concentrés, les vapeurs, etc.

4° *Origine mécanique.* Les corps étrangers sont toujours une cause de douleurs aiguës qui cèdent à leur ablation rapide. Dans les inflammations oculaires, la douleur est plus ou moins intense suivant la forme, le degré, les individus.

Les *affections superficielles* sont plus douloureuses que d'autres, à cause de la richesse nerveuse des membranes. Les conjonctivites catarrhales et surtout phlycténulaires sont souvent pénibles. Les complications kératiques ou iriennes provoquent volontiers des douleurs péri-orbitaires par irradiations ciliaires. Les lésions de la cornée semblent même d'autant plus douloureuses qu'elles sont plus superficielles, comme dans l'herpès, le zona, les phlycténules; par contre, les abcès, les granulations ou les cautérisations ignées sont peu sensibles.

Dans l'iritis, la sensibilité est plutôt marquée autour de l'orbite, surtout s'il y a cyclite; il en est de même dans les formes aiguës et subaiguës du glaucome.

Les *maladies profondes* de l'œil sont peu douloureuses. Les rétinites, choréïdites exsudatives, les névrites ne manifestent qu'une sensibilité minime. Toutefois les choréïdites exsudatives aiguës, les ophtalmies purulentes, les affections sympathiques, les corps étrangers profonds sont très douloureux.

Les *affections nerveuses*, névralgie ciliaire, hyperesthésie rétinienne, asthénopie accommodative ou musculaire sont parfois pénibles. Pour G. Martin, l'astigmatisme est la cause des migraines chez les sujets prédisposés.

La douleur a, par elle-même, une réelle portée, car elle entraîne des indications spéciales. Des troubles nerveux (kopiopie), des névralgies iritiques, le glaucome, l'ophtalmite suppurée, par la douleur qu'ils provoquent, peuvent pousser à un traitement radical. Elle peut aussi éclairer le diagnostic. Les douleurs péri-orbitaires impliquent souvent de l'iritis ou de la kératite, du glaucome; par contre l'anesthésie cornéenne est significative dans la kératite neuro-paralytique.

Le traitement tiendra compte des causes initiales et des manifestations oculaires. Général, il consistera dans l'administration des narcotiques, des bromures, etc.; local, dans l'obscurité, le repos de l'œil, l'occlusion, la chaleur ou le froid, l'atropine, la cocaïne.

§ 205. **Photophobie.** — La photophobie — φῶς, lumière, φόβος, crainte — est constituée par la gêne ou la douleur que détermine l'action de la lumière sur l'œil. Elle est plus ou moins marquée et tient à des causes nerveuses. On l'observe dans quelques affections rétiniennes, la dilatation excessive de la pupille, les kératites et les conjonctivites. On la rencontre dans l'hystérie avec hyperesthésie rétinienne (nyctalopie) et la vision peut être alors meilleure la nuit que le jour.

Les *rétinites* diverses entraînent rarement la photophobie. Chez certains sujets nerveux, irritables, la grande lumière est très désagréable ou fort pénible; l'obscurité et le demi-jour sont alors recherchés.

La *dilatation large de la pupille*, produite par les mydriatiques ou la paralysie du sphincter, entraîne plutôt de l'éblouissement que de la photophobie véritable; celle-ci cependant est parfois réelle mais elle disparaît rapidement.

Les *conjonctivites* et les *kératites* superficielles, surtout strumeuses, provoquent une photophobie notable, souvent excessive, accompagnée de larmolement et surtout de blépharospasme. Le moindre éclairage est douloureux; les petits malades marchent tête baissée, les paupières serrées, recherchant l'obscurité complète. La lumière électrique, le reflet prolongé d'une neige éclatante déterminent aussi une certaine photophobie par hyperesthésie rétinienne.

L'*hystérie* compte également de la photophobie dans ses symptômes. Le début est brusque, la marche irrégulière, la fin parfois subite. La pression en certains points, la distraction, le repos la modifient plus ou moins. Il n'y a pas de lésion oculaire notable, mais il existe d'autres manifestations nerveuses caractéristiques.

La photophobie offre ceci de particulier qu'elle n'est pas

toujours, presque jamais, en rapport avec l'intensité des lésions. Une ulcération petite et superficielle provoquera parfois plus de réaction nerveuse qu'une destruction de cette membrane. Certains enfants avec des lésions identiques sont photophobes et d'autres pas. Cela tient au tempérament névropathique du sujet et aussi à ce fait anatomique que les lésions superficielles irritent plus les terminaisons des nerfs que les lésions profondes.

La photophobie est un symptôme gênant et fâcheux qui, par le blépharospasme qu'il entraîne, mérite grande attention. On doit en établir la cause par un examen général et local attentif. Le traitement est celui de la maladie initiale, conjonctivite, kératite, mydriase, hystérie. Chez les jeunes sujets, l'anesthésie est parfois nécessaire pour l'application des moindres topiques. Les verres fumés sont utiles. Le demi-jour est favorable, mais, sous peine de prolonger inutilement la photophobie, il faut habituer rapidement les patients à la lumière.

§206. **Blépharospasme.** — Le blépharospasme — βλέφαρον, paupière, σπασμός, spasme — est caractérisé par la contraction morbide de l'orbiculaire des paupières. C'est le symptôme d'une irritation, d'une inflammation oculaire ou d'une maladie générale. Variable de forme, d'intensité, de durée, il est clonique ou tonique : clonique quand les contractions palpébrales sont répétées, saccadées, comme dans un clignement rapide; tonique quand elles sont prolongées, continues ou intermittentes et entraînent une véritable occlusion.

Le spasme occupe un œil ou les deux yeux et tout ou partie de l'orbiculaire. Dans certains cas bénins, la partie interne du muscle seule est animée de petites contractions, et le clignement est minime. Le blépharospasme présente alors les allures d'un tic facial et en fait souvent intégralement partie.

L'irritation conjonctivale, kératique, irienne, etc., produite par un coup, une plaie, un corps étranger, entraîne généralement un blépharospasme unilatéral, immédiat, plus ou moins intense. Les plaies oculaires superficielles sont les plus favorables à sa production. Les poussières, les corps

étrangers divers de la cornée ou de la conjonctive sont accompagnés tout d'abord d'un blépharospasme excessif, mais qui ne persiste pas. A la longue, il y a tolérance relative. Nous avons même vu des débris d'acier, de fer, de graines demeurer des mois entiers sans provoquer de contractions notables de l'orbiculaire. C'est que les nerfs lésés sont alors assouplis ou détruits, et le réflexe palpébral n'est plus provoqué. Il en est autrement dans les ulcérations épithéliales superficielles de l'œil: l'irritation des terminaisons nerveuses est considérable et le blépharospasme consécutif reste fréquent ou intense.

Les *inflammations oculaires*, conjonctivites, kératites, iritis, surtout les ophtalmies chez les lymphatiques et les nerveux, provoquent habituellement du blépharospasme. L'ophtalmie strumeuse en est la cause fréquente chez les enfants de cinq à dix ans. L'excitation réflexe de l'orbiculaire se produit surtout au niveau des ulcérations de la cornée, des terminaisons nerveuses, et peut être alors extrême, continue et très douloureuse. Dans ces cas, l'affection ophtalmique est aggravée par un état nerveux ou anémique spécial. Chez quelques vieillards maigres, ridés, un clignement incessant est provoqué par la moindre lésion locale; on doit s'en méfier dans l'extraction de la cataracte.

Les *affections générales* qui provoquent du blépharospasme sont l'anémie, le rhumatisme, le nervosisme, l'hystérie. Les enfants, les femmes anémiques présentent parfois des spasmes cloniques de l'orbiculaire. Le rhumatisme joue peut-être un rôle dans certains tics palpébraux. Dans le nervosisme, les affections les plus banales de l'œil ou des paupières entraînent du blépharospasme. Nous voyons, en effet de la conjonctivite vasculaire simple, des blépharites banales produire alors de la photophobie, un clignement fréquent ou même une occlusion prolongée des paupières.

La kopie entraîne volontiers du blépharospasme et alors toute application à la lecture le produit fréquemment.

Dans l'hystérie, le blépharospasme est variable, souvent

brusque, d'allure inégale, à terminaison parfois subite. On le modifie, on le guérit, dans quelques cas, en pressant certains points correspondant aux émergences nerveuses (sus ou sous-orbitaires, etc.), ou ailleurs. L'électricité peut donner ce résultat. Chez une jeune fille hystérique, le blépharospasme a disparu par de fines scarifications conjonctivales. La guérison est d'ailleurs habituelle quoique généralement lente.

Le blépharospasme est plus ou moins grave et persistant suivant ses causes et son intensité. Il importe de bien établir sa nature et les conditions qui le provoquent, l'aggravent ou le suppriment. Un examen très attentif, avec anesthésie au besoin, est nécessaire pour instituer un traitement efficace.

Les corps étrangers seront recherchés avec soin et enlevés. Les lésions oculaires ou péri-oculaires ayant des indications spéciales, certaines affections nasales, dentaires ou autres, seront traitées. Enfin, l'anémie, l'hystérie et le nervosisme réclameront un traitement général prolongé.

Il est des cas toutefois où la cause initiale échappe et où la médication rationnelle est insuffisante. Les injections de morphine, la cocaïne, les courants continus et un traitement chirurgical sont alors successivement indiqués. La section ou l'arrachement des nerfs sus ou sous-orbitaires, du nasal (Badal), l'élongation du facial, la suspension même (de Wecker) ont été employées avec des succès plus ou moins complets et durables. L'intervention chirurgicale est toutefois un moyen extrême. Gayet conseille la dilatation forcée avec un écarteur palpébral puissant et laissé en place quelques minutes. On essayera d'abord le moyen simple des douches froides, glacées, et fortes sur les paupières fermées. Selon une pratique ancienne, on pourra enfin immerger brusquement la figure de l'enfant dans une cuvette d'eau froide et l'y maintenir jusqu'à suffocation imminente.

§ 207. **Epiphora ou larmolement.** — Le larmolement est caractérisé par l'écoulement des larmes hors des voies naturelles, le long des joues ordinairement. Dans les degrés élevés, l'écoulement est abondant; il est surtout marqué aux périodes

de froid, de vent, d'irritations diverses. Dans les degrés minimes cet écoulement reste insignifiant; c'est parfois un simple excès d'humidité oculaire, l'œil mouillé. Il est même absolument nul dans certains états lacrymaux latents (Truc).

Le larmolement est d'origine réflexe et présente une véritable importance. Il est abondant dans le pleurer de cause morale (émotion, peine, joie) ou mécanique (corps étrangers, cils); il est généralement modéré dans les états inflammatoires.

Les lésions kératiques, conjonctivales, bléphariques, les rétrécissements et irritations des voies lacrymales, les excitations nasales, dentaires, rétiniques, etc., produisent du larmolement. C'est, avec la photophobie qui l'accompagne, un signe révélateur important du début de l'ophtalmie sympathique. On l'observe aussi dans les névralgies du trijumeau, certains tabes et quelques paralysies faciales périphériques. Par contre, la *siccité lacrymale* se rencontrerait dans les paralysies complètes du facial (Goldzieher) ou du trijumeau.

On doit exactement apprécier le degré et les caractères du larmolement et en établir la cause. Les déviations ou les sténoses des voies lacrymales, les inflammations oculaires, les troubles nerveux faciaux ou sensitifs seront soigneusement recherchés; enfin, dans les cas où les causes ordinaires feront défaut, on devra inspecter attentivement les cavités buccale, pharyngienne et surtout nasale. L'injection lacrymale exploratrice avec la seringue d'Anel et au besoin le cathétérisme termineront l'examen. Un diagnostic complet permettra d'apprécier exactement le larmolement et d'appliquer de bonne heure un traitement efficace.

§ 208. **État pupillaire.** — La mydriase — *μυδριασις*, dilatation (?) — est la dilatation de la pupille et la miose — *μειωσις*, contraction — ou myose — de *μειν*, cligner — sa contraction.

L'examen de la pupille est très important et doit être fait avec le pupillomètre ou à l'œil nu.

On notera ses dimensions: grandes, moyennes, petites, soit approximativement soit en millimètres; sa mobilité sous l'i -

fluence de la lumière, de l'accommodation; sa forme circulaire, elliptique, irrégulière; sa transparence, etc. Il est en outre nécessaire de rapporter ces états à la notion d'acuité, de réfraction, de champ visuel, de chromatopsie. Il importe enfin d'examiner chaque œil individuellement, car des mouvements pupillaires peuvent se produire sous l'influence des réflexes du congénère : la pupille d'un œil amaurotique sera immobile sous l'influence de la lumière, l'autre œil étant fermé; elle deviendra mobile si le congénère est découvert.

ÉTAT NORMAL. — Drouin a voulu établir que la pupille est contractée quand il y a congestion céphalique et dilatée quand il y a anémie; cette notion, sans être absolue, a quelque valeur, et on peut répéter avec cet auteur que la pupille est le manomètre de la circulation.

A l'état physiologique, les dimensions pupillaires sont variables selon les individus, l'âge, l'état de réfraction, la distance de fixation et un grand nombre de conditions contingentes. La pupille est plutôt dilatée chez l'enfant et l'adulte; elle tend à se rétrécir chez le vieillard. L'emmétropie et surtout la myopie entraînent la mydriase; l'hypermétropie, la myose. La pupille subit des modifications pendant la respiration; elle se dilate (corectasie) pendant les profondes respirations et se rétrécit pendant l'expiration. Le travail intense ou prolongé, la peur, la douleur, l'excitation sexuelle, les idées érotiques, les lectures passionnelles dilatent plus ou moins la pupille; elle est contractée pendant le sommeil naturel ou anesthésique. Pendant l'agonie, la dilatation pupillaire est la règle; elle est moins constante après la mort.

La pupille peut être congénitalement absente (anirie, aniridie), multiple (polycorie), déplacée (corectopie), irrégulière (dyscorie), incomplète (colobome).

ÉTAT PATHOLOGIQUE. — Il peut y avoir des malformations consécutives à de états pathologiques inflammatoires ou traumatiques comme dans les leucomes adhérents, les synéchiés postérieures, les déchirures, les iridodialyses, après les opérations sur l'iris et le cristallin.

L'aspect pupillaire est, en effet, modifié par de nombreuses lésions oculaires siégeant sur l'iris, le cristallin (cataracte), le vitré, les membranes profondes; sa couleur est alors blanche, verte, noire, bleuâtre, etc. La pupille, en outre, se meut d'une manière irrégulière, lente, paresseuse, sous l'influence de la lumière ou de l'accommodation. L'inégalité pupillaire est exceptionnelle.

On a enfin signalé quelques très rares cas d'*hippus*, caractérisés par le resserrement et la dilatation alternatifs et spasmodiques de la pupille. Toujours symptomatique, l'*hippus* est habituellement sous la dépendance de l'hystérie. On l'a trouvé, au moment de l'établissement de l'amaurose, chez des aveugles de naissance, chez des albinos (Meyer). Il existe presque toujours chez les sujets atteints de nystagmus.

La pupille pathologique, en dehors des lésions locales que nous venons d'indiquer, présente deux états morbides principaux, la myose et la mydriase.

La *myose* est constituée par un rétrécissement de la pupille allant parfois jusqu'à l'état punctiforme. Il s'agit alors de spasme ou de rigidité, et les mydriatiques ont une action relativement faible.

La *mydriase* est variable et, dans certains cas, excessive. L'iris peut être réduit à une simple bordure noirâtre; on croirait à de l'aniridie. Les myotiques ont peu d'action. Dans les cas où la mydriase est incomplète, les mydriatiques peuvent encore l'exagérer.

Myose et mydriase constituent des éléments séméiologiques importants qu'il faut étudier dans les diverses maladies nerveuses, vasculaires, viscérales, toxiques.

*Système nerveux central.* — Dans les affections cérébrales, on peut observer la dilatation, le rétrécissement ou l'inégalité pupillaires. Dans la commotion et l'hémorragie cérébrale, la pupille est dilatée; il en est de même dans le ramollissement et dans les méningo-encéphalites. La myose est plus rare que la mydriase; on l'observe dans les congestions cérébrales, les hémorragies protubérantielles et dans les états