

métastase, car si la lésion est secondaire, il est généralement superflu d'opérer.

§ 245. — **Ulcérations.** Elles sont souvent primitives ou consécutives à des tumeurs diverses; les *éruptions*, les plaies, les brûlures cutanées ou muqueuses les produisent quelquefois; les *inflammations septiques* de la cornée ou de la conjonctive en sont la cause habituelle.

Dans la *syphilis* palpébrale ou conjonctivale, les plaques muqueuses sont rares et s'accompagnent d'adénites spécifiques; les gommés ulcérées sont exceptionnelles.

La *tuberculose* ulcérate peut attaquer les paupières, la conjonctive, la sclérotique et la cornée. L'ulcère est jaune rougeâtre, et il présente les caractères biologiques habituels (bacille de Koch et inoculation positive).

L'*épithélioma* ulcéré est plus fréquent sur la conjonctive et surtout vers le bord marginal et l'angle interne. Il est à bord dur, noueux, à marche lente chez le vieillard.

Les *sarcomes* et *gliomes* ne s'ulcèrent qu'à la période de perforation; ils sont saignants, fongueux, ganglionnaires, à marche rapide et conduisent à la cachexie.

Le diagnostic de ces ulcérations est généralement facile par les caractères locaux et généraux. Le pronostic reste variable. Le traitement est médical pour les ulcères bénins ou spécifiques, et chirurgical pour les lésions cancéreuses.

IX. — Anomalies et maladies congénitales de l'œil.

L'œil, comme tous les organes de l'économie, peut présenter, sous des influences diverses, syphilitiques ou traumatiques très discutées et souvent ignorées, des modifications congénitales qui constituent des anomalies anatomiques ou morbides.

Il existe des anomalies de forme, de siège, de rapport et de constitution entraînant d'ordinaire l'abolition, la limitation ou la déviation de la fonction oculaire. Il s'agit alors d'arrêt de développement ou de maladies intra-utérines.

Nous examinerons successivement les anomalies et les maladies congénitales de l'œil en nous inspirant particulièrement de la thèse considérable de Picqué et des faits publiés ultérieurement.

§ 246. **Anomalies du globe.** *Anophtalmie.* — C'est l'absence complète de l'œil et de ses annexes. L'anophtalmie paraît exceptionnelle. La plupart des faits publiés ne sont nullement démonstratifs. Il s'agit le plus souvent de *cryptophtalmie* (Zehender, Arlt, Picqué, Van Duyse, Gillet de Grandmont), compliquée ou non de kyste séreux. On y trouve d'ailleurs quelques rudiments ou des vestiges oculaires.

On a cru parfois que l'anophtalmie était causée par l'absence de la vésicule optique, mais on a presque toujours constaté ses débris; on suppose plutôt un arrêt de développement, une atrophie par production kystique ou une destruction inflammatoire intra-utérine.

Microphthalmie. — Elle n'est pas très rare et, depuis le volume d'une lentille jusqu'à l'état normal, on observe tous les intermédiaires. Tantôt ce sont simplement des yeux réduits, en miniature, et tantôt des globes dans lesquels les milieux, les espaces et les membranes sont profondément et inégalement altérés.

Les troubles fonctionnels sont plus ou moins en rapport avec le degré de microphthalmie.

La pathogénie est discutable. Il s'agirait d'un arrêt total ou partiel et colobomateux de l'œil ou bien d'une atrophie post-inflammatoire.

Cyclopie. — La cyclopie résulte du fusionnement des deux yeux vers la partie médiane; il y a aussi une seule orbite. L'œil cyclope peut offrir un certain degré d'atrophie par arrêt de développement ou par microphthalmie.

Les paupières sont plus ou moins bien formées et de grandeur variable. Elles peuvent être échanquées par une encoche plus ou moins profonde du bord libre, une sorte de bec-de-lièvre palpébral ou colobome. Enfin, la fente palpébrale peut être rétrécie en phimosis.

Fuchs a présenté à la Société de Vienne un enfant de deux jours dont l'œil droit était recouvert par la peau qui va du front à la joue. Il y avait syndactylie; le rebord orbitaire et le globe étaient sensibles; la lumière paraissait perçue. C'est le quatrième fait de cet ordre. Dans un cas du même auteur (1889), on incisa la peau et on trouva l'œil dégénéré et staphylomateux. Cet état tient à l'adhérence de l'amnios avec les parties embryonnaires de la tête, produite vers le deuxième mois de la vie intra-utérine.

Anomalies des diverses parties de l'œil. — La cornée est parfois de grandeur exagérée comme dans la buphtalmie, ou amoindrie comme dans la microphthalmie. Elle est aussi conique ou globuleuse comme dans le kératocone ou le kératoglobule. Dans le *kératocone*, la cornée est conique, plus ou moins saillante et le plus souvent transparente. Dans le *kératoglobule*, il s'agit de staphylome ou de buphtalmie.

Les anomalies de courbure de la cornée, dans la myopie, l'hypermétropie et l'astigmatisme, résultent souvent aussi d'un développement irrégulier de l'orbite ou du globe oculaire.

Le *crystallin* peut présenter un état analogue au kératocone, le *lenticone*. Dans deux cas, cette malformation a été nettement constatée. Il est parfois déplacé ou décentré. On l'a vu enfin échanuré sur son bord inférieur; c'est le colobome du cristallin.

L'*iris* peut être absent, ce qui constitue l'*aniridie* ou *iridéremie*, et il peut manquer d'un seul ou des deux côtés. Galezowski a observé l'aniridie chez trente et un membres d'une même famille. La pupille, ordinairement ronde, centrale et unique, est parfois multiple (*polycorie*), déplacée (*corectopie*) ou irrégulière, ovale, lancéolaire, linéaire, etc. Il peut enfin exister des filaments pupillaires ou une occlusion résultant de la *persistance de la membrane pupillaire*. Ces filaments sont très grêles, appliqués sur la face antérieure de l'iris, indépendants du bord pupillaire, et ne doivent pas être confondus avec des exsudats pathologiques *post partum*.

L'iris, le cristallin, la choroïde, la rétine et le nerf optique sont ensemble ou séparément affectés de *colobome*.

Le colobome *crystallinien* est une rareté.

Le colobome *iridien* peut n'être qu'apparent et constitué par une simple pigmentation anormale de l'un des rayons iriens (pseudo-colobome). D'ordinaire il est formé par une échancrure située en bas et en dedans du cercle pupillaire.

Le colobome *choroïdien*, ou mieux du plancher oculaire, est caractérisé par une division de la choroïde et de la sclérotique. Il siège en bas et un peu en dedans. Il est plus ou moins complet et présente habituellement une forme allongée, ovoïde. Ses bords sont bien limités et bordés de pigment. On note fréquemment, à son niveau, de l'ectopie scléroticale et cornéenne. Ce colobome résulte de la fermeture tardive de la fente oculaire primitive.

Le colobome *rétinien maculaire* ou *central* est rare, mal connu encore et souvent confondu avec des lésions morbides atrophiques, rétino-choroïdiennes. On est un peu embarrassé pour expliquer la formation du colobome maculaire par un défaut de fermeture de la fente oculaire puisqu'on sait que cette fente se trouve en bas et que la macula est en dehors de la papille. On pense, faute d'une meilleure explication, que dans ce cas il y a eu aussi rotation de la fente.

Le colobome *optique* est caractérisé par l'ampleur et l'exca-
vation du nerf optique et une répartition inégale des vaisseaux papillaires.

Le *nerf optique* peut être absent, incomplet (colobome), à vaisseaux intervertis; enfin ses fibres nerveuses peuvent conserver leur myéline jusque dans la rétine (*plaques fibreuses congénitales*).

Le *corps vitré* peut présenter une persistance de l'artère hyaloïdienne et du canal de Cloquet. On a aussi parlé de colobomes.

La *pigmentation* oculaire peut être excessive, insuffisante ou nulle: dans ce dernier cas, elle constitue l'*albinisme* irien, ciliaire, rétinien, généralement lié à l'albinisme général et

n'impliquant nullement une dégénérescence psychique ou physique (Gould); dans le premier, elle donne lieu à la *mélanose*, en taches disséminées, agglomérées ou diffuses sur tout le tractus uvéal. Tandis que l'albinisme oculaire serait plus habituel chez les nègres, la mélanose se rencontrerait surtout chez les latins. Ajoutons, enfin, que la plupart des anomalies oculaires coïncident fréquemment avec des anomalies des autres régions et un développement général défectueux. Ces altérations apparaissent à la naissance; elles se sont développées pendant la vie intra-utérine, à des époques variables, sous des influences diverses et d'ailleurs discutées. Elles comprennent, en dehors des états considérés comme des anomalies, le ptosis palpébral, le strabisme paralytique, le nystagmus, les kystes séreux de l'orbite, les buphtalmies ou opacités cornéennes, les dermoïdes de la conjonctive et de la cornée, les cataractes, les rétinites pigmentaires, la névrite optique héréditaire.

Le *ptosis palpébral* est le fait d'une hypertrophie tégumentaire, de la paralysie de la troisième paire crânienne ou du filet du releveur, paralysie originelle ou produite pendant les manœuvres de l'accouchement. Ce ptosis est plus ou moins marqué; il se modifie souvent avec l'âge et ne doit être opéré, par les procédés divers, que lorsqu'il est devenu définitivement gênant et stationnaire. Le *strabisme paralytique*, le *nystagmus* résultent d'une innervation défectueuse ou de lésions même des centres moteurs.

§ 247. **Affections congénitales.** — *Kystes séreux de l'orbite.* — Situés en bas et en dedans, ils coïncident souvent avec la microphthalmie ou l'anophtalmie et reconnaissent, d'après Manz, une origine variable : 1° hydrophthalmie produisant une dégénérescence cystoïde du bulbe; 2° kyste dermoïde fusionné avec la cavité oculaire; 3° kystes sous-palpébraux.

Les kystes séreux siègent en bas et en dehors de l'orbite, un peu plus en arrière que l'encéphalocèle; ils sont recouverts par la conjonctive; enfin, une ponction amène la découverte habituelle d'un œil atrophié. Ces kystes sont assez fréquents

et se développent vers la puberté. On peut agir par ponction et incision. Après la ponction, le liquide peut se reproduire; l'incision est plus radicale et mérite la préférence.

Opacités cornéennes. Buphtalmie. — Les opacités cornéennes congénitales sont assez rares: un cas sur 7000 malades à la clinique de Montpellier. Elles coexistent souvent avec la buphtalmie. Périphériques, parfois centrales, légères, bleuâtres, elles occupent les deux yeux. D'ordinaire, la cornée est très étendue, la chambre antérieure exagérée. On note de la photophobie, de la myopie ou une amblyopie considérable.

L'affection est bilatérale ordinairement mais peut être aussi unilatérale. Les opacités diminuent progressivement et, en quelques mois ou quelques années, suivant leur importance, elles peuvent disparaître. La vision dans certains cas s'est notablement améliorée. Il survient parfois du kératocône, du kératoglobe, et il persiste plus ou moins de buphtalmie. On a parlé d'arrêt de développement, d'inflammation, de glaucome. Le diagnostic est facile; quant au pronostic il est réservé. En effet, ces opacités peuvent bien guérir avec une vision bonne mais elles peuvent aussi persister et aboutir à la cécité.

L'expectation pure et simple ou médicale, la sclérotomie surtout, au besoin l'iridectomie, et, si les lésions s'accroissent, l'énucléation: tels sont les moyens thérapeutiques à notre disposition.

Dermoïdes de la cornée et de la conjonctive. — Généralement stationnaires jusque vers la puberté, ils se développent surtout à ce moment. Ils sont généralement uniques, mais peuvent être multiples, symétriques, etc. La forme d'un cône tronqué est habituelle. La surface est blanche, grise, jaune ou brune, recouverte de poils plus ou moins longs. Parfois ces tumeurs sont scléro-cornéennes, à large base. Libres, elles peuvent adhérer à la paupière. Des malformations variées coexistent souvent.

Au point de vue histologique, ce sont de vrais dermoïdes, comme des îlots de paupière adhérent au globe.

Le développement des dermoïdes est plus ou moins lent. Il peut y avoir, à la longue, transformation épithéliomateuse.

On les distingue aisément des lipomes situés en haut entre les muscles droit externe et supérieur. Les polypes, les ptérygions, le pinguecula, etc., sont très différents.

On admet que le dermoïde enlevé ne récidive pas. L'extirpation toutefois doit être hâtive et complète.

Cataractes. — Les cataractes congénitales sont connues depuis un siècle à peine et relativement rares. On en rencontre environ 1 sur 150. Elles peuvent être nucléaires et dures, mais presque toujours elles restent molles ou liquides. On les attribue à l'inflammation ou à un arrêt de développement.

On observe, en effet, des cataractes congénitales avec comitance de colobomes, microphthalmies, persistance de l'artère hyaloïdienne. Il doit exister, en tout cas, des troubles nutritifs de la choroïde ou de la rétine. On a cité un grand nombre de faits dans lesquels l'hérédité était manifeste. La famille royale d'Angleterre nous offre plusieurs cas de cataractes congénitales depuis son union avec une princesse de Saxe-Cobourg-Gotha. Le duc de Cumberland, George III, George IV, le duc de Gloucester, le duc de Sussex, la princesse Sophie et le roi de Hanovre auraient présenté cette affection.

Les formes observées sont les formes laiteuses, zonulaires, ponctuées, pyramidales, fusiformes, polaires. Ces dénominations sont par elles-mêmes significatives.

La *cataracte laiteuse* est blanc bleuâtre, de consistance égale ou différente pour les parties centrale et périphérique. Celle-ci peut se liquéfier seule et donner lieu à la cataracte à milieu solide dans un milieu liquide, *cataracte de Morgagni*. Parfois même tout se résorbe, la capsule se recouvre de calcaire et on voit comme une enveloppe vide, crayeuse, sèche et dure : *cataracte régressive, arido-siliqueuse*. La discission ou l'aspiration sont, suivant le cas, généralement indiquées.

La *cataracte zonulaire* est caractérisée par l'existence d'une zone régulière opaque comprise entre le noyau et la partie extérieure transparents. Le noyau qu'on croyait toujours

nul ou mou est parfois dur comme dans la phacosclérose ou la cataracte sénile. L'opacification obture plus ou moins la pupille. Elle se développe pendant les premières années puis reste habituellement stationnaire. La constitution et l'étendue de cette cataracte impliquent un traitement variable. L'iridectomie, la discission ou l'extraction conviennent aux divers cas particuliers, selon l'étendue de la zone opaque.

La *cataracte ponctuée* ou *pointillée* est à dessin et à grain variables. Elle diminue d'abord peu la vision, mais dans la suite elle progresse et donne lieu à des troubles marqués qui exigent la discission ou l'extraction.

La *cataracte pyramidale* occupe la partie antérieure ou postérieure du cristallin, de la capsule, ou des deux à la fois; elle est souvent végétante. L'opacité cristallinienne peut tenir à un vice de développement (?), mais il est probable que la cataracte, sus ou sous-capsulaire, est produite par adhérence inflammatoire du cristallin à la face postérieure de la cornée.

Dans les formes polaires, sus ou sous-capsulaires, la cataracte a la forme d'un double bouton de chemise. Les troubles visuels sont souvent considérables. La marche est lente ou absolument nulle.

La *cataracte fusiforme* est une simple curiosité morbide dans laquelle un fuseau opaque va d'un pôle cristallinien à l'autre. Elle se combine alors avec la cataracte polaire antérieure ou postérieure.

Rétinite pigmentaire. — Appelée encore tigrée, héméralopique, elle est parfois acquise et constitue alors une choro-rétinite pigmentaire; elle paraît le plus souvent congénitale. Il peut y avoir aussi, semble-t-il, rétinite pigmentaire sans pigmentation anormale.

L'hérédité, quoique contestée, semble bien établie; il co-existe d'ailleurs avec la rétinite d'autres anomalies. Trousseau nie la consanguinité ou plus justement la rattache à l'hérédité. L'affection débute pendant la vie intra-utérine et se développe dans la suite; elle peut toutefois atteindre son entier développement avant la naissance et produire la cécité congénitale.

Les deux yeux sont à peu près toujours atteints, quoique inégalement. On constate dans la rétinite pigmentaire une bonne vision centrale avec vision périphérique faible. Le champ visuel se rétrécit régulièrement ou présente un scotome moyen annulaire. L'héméralopie est constante au point de faire révoquer en doute, quand elle fait défaut, le diagnostic de rétinite pigmentaire.

On trouve, à l'ophtalmoscope, des îlots plus ou moins abondants de pigment d'abord à la périphérie, vers le côté nasal, autour des vaisseaux puis, avec le temps, dans tout le champ rétinien, et progressivement de la périphérie au centre.

Il n'y a, d'ordinaire, aucun rapport entre le champ visuel et la quantité de pigment anormal.

Le nerf optique s'atrophie graduellement et devient blanc rosé. Les vaisseaux sont filiformes. Il y aurait enfin, d'après Panas, de l'hypertonie. La marche de cette affection est lente, chronique, mais presque fatale. On discute encore la pathogénie. Quant au traitement il paraît jusqu'ici simplement palliatif et général; il est toujours resté impuissant sur le processus local.

Névrite héréditaire. — C'est une affection de la première et de la seconde enfance. La prédisposition héréditaire a été souvent notée. La coexistence de malformations et la constatation d'une tare générale sont également admises. Il survient, des deux côtés, un trouble de la vision dû d'ordinaire à un scotome central. La papille devient progressivement blanche et nacrée. L'amblyopie s'accompagne le plus souvent de nystagmus.

S'agit-il d'une lésion centrale ou d'une névrite rétro-bulbaire? On n'est pas encore fixé. Ce que l'on sait de positif, c'est que la cécité est de règle et que le traitement reste d'ordinaire impuissant.

X. Blessures de l'œil et des annexes.

Les blessures de l'appareil oculaire sont nombreuses et variées. On les rencontre à tout âge mais de préférence chez l'enfant et l'adulte, surtout chez l'homme. Les jeux violents, les luttes, les travaux professionnels en représentent effectivement les causes habituelles.

Les blessures de l'œil comprennent les contusions, les plaies par instruments contondants, piquants ou tranchants, les corps étrangers et les brûlures. Nous examinerons à part les blessures de guerre.

§ 248. *Contusions oculaires.* — Les *lésions palpébrales ou conjonctivales* sont l'œdème et les ecchymoses consécutifs à la contusion; il peut exister aussi quelques hémorragies. En elles-mêmes ces lésions ont peu d'importance et disparaissent spontanément en huit ou dix jours. Des compresses boriquées, un peu de massage hâtent la guérison.

La *cornée* contusionnée présente des éraillures épithéliales susceptibles de se compliquer de troubles nutritifs ou infectieux. Les désordres sont parfois immédiats; certains troubles kératiques peuvent survenir cependant tardivement. Le repos et l'antisepsie, au besoin l'atropine, constituent les moyens à employer dans les kératites par contusions.

La *sclérotique* est souvent blessée directement ou par contre-coup, et déchirée plus ou moins largement.

Les lésions de l'*iris* sont consécutives à une contusion directe du globe ou à un ébranlement par contusion de voisinage. Yvert les divise en contusion directe et contusion à distance. Les premières sont les plus redoutables. L'inflammation de l'iris est plus ou moins rapide.

Les iritis sont séreuses, plastiques, purulentes, et résultent d'éraillures cornéennes ou d'une infection extérieure consécutive. L'iris est trouble, dépoli, paresseux; la pupille est irrégulière, se dilate mal et se trouve obstruée par des exsudats; enfin la chambre antérieure est trouble et puru-