

conjonctive, en dedans de la cornée, dans le méridien horizontal. Elle est du volume d'une tête d'épingle à un petit pois, aplatie, à bords diffus.

La pinguecula se développe lentement ou demeure tout à fait stationnaire. Elle n'occasionne aucune gêne notable, et les malades ne s'en préoccupent que par hasard ou pas du tout. Elle semble cependant prédisposer au ptérygion.

On croyait autrefois qu'il s'agissait d'un petit amas graisseux; on reconnut plus tard qu'il n'y avait pas de graisse, mais seulement un état dégénératif épithélial. Tantôt la lésion ne touche que l'épithélium, et tantôt elle va jusqu'à l'épiscière.

Fuchs, de Vienne, a constaté récemment, une dégénérescence hyaline de la conjonctive, de l'épiscière, et même des couches superficielles de la sclérotique. Les fibres conjonctives et scléroticales dégénérées s'enroulent, formant de minuscules îlots hyalins. L'épithélium n'est presque pas altéré. Les petits vaisseaux sont oblitérés. La pinguecula résulterait donc d'une sorte de dystrophie sénile analogue au gérontoxon, provoquée par les irritations extérieures au niveau de la fente palpébrale. L'expectation est la règle, en tout cas l'ablation est extrêmement facile.

Les tumeurs malignes de la conjonctive comprennent surtout l'épithéliome et le sarcome.

Les recherches de Panas démontrent la fréquence relative de l'épithéliome. Le pigment existe dans le tiers des cas, mais on doit rarement parler de mélanose, car dans la région limbique où il se développe ordinairement, il s'y trouve à l'état normal. La tumeur peut à la rigueur se développer en un point quelconque de la conjonctive; toutefois elle apparaît presque toujours sur le limbe, en dehors.

Elle est l'apanage des vieillards. Son aspect est framboisé, arrondi, aplati. Elle marche lentement et s'étend surtout en surface jusqu'à recouvrir le globe. A la longue cependant, il peut y avoir pénétration intra-oculaire; la gêne fonctionnelle est minime; la vision est limitée du côté de la tumeur.

Il s'agit bien ici du vrai cancer; la structure, la marche,

l'invasion ganglionnaire dans les cas particulièrement graves, la récurrence ne permettant pas d'en douter. Cependant c'est une affection qui reste généralement locale et ne repullule que sur place. Le raclage et la cautérisation du pédicule compléteront l'ablation au bistouri. Le globe de l'œil ne sera énucléé que si les membranes internes sont envahies.

Les sarcomes de la conjonctive sont exceptionnels et ordinairement pigmentés. Ils se développent de préférence sur la conjonctive palpébrale et le limbe scléro-cornéen, là où normalement on rencontre du pigment.

L'ablation totale et précoce, comme dans l'épithéliome, est absolument de rigueur.

XXI. — Lésions de la caroncule et du pli semi-lunaire.

§ 318. La caroncule et le pli semi-lunaire sont parfois le siège d'inflammations et de tumeurs diverses.

Les inflammations (*encanthis bénin*) résultent des conjonctivites chroniques (conjonctivite angulaire), d'affections lacrymales, de corps étrangers. La suppuration est rare. Nous l'avons observée chez un garçon d'une quinzaine d'années; une simple incision a produit une guérison rapide. Les tumeurs, signalées rarement, sont l'adénome, le sarcome et surtout l'épithéliome. Les tumeurs malignes (*encanthis malin*) doivent être extirpées largement et de bonne heure.

CHAPITRE VII

MALADIES DE LA SCLÉROTIQUE

I. — Blessures.

§ 319. La sclérotique présente des plaies par instruments piquants, tranchants, contondants et des ruptures par éclate-

ment, à la suite de contusions violentes. Les lésions peuvent donc se diviser en directes et indirectes.

Les *plaies directes* sont parfois larges et profondes. Si la choroïde, la rétine se trouvent blessées, il se produit une hémorragie abondante, extra et intra-oculaire, avec troubles visuels consécutifs. La cornée, le cristallin, l'iris, peuvent être également atteints. Les gros projectiles produisent de larges délabrements et de véritables ruptures; les petits projectiles, comme les grains de plomb, provoquent peu de réaction.

Les plaies pénétrantes ou linéaires simples peuvent guérir; la cicatrisation se fait surtout par la choroïde et l'épiscière (Franke). Les plaies profondes et septiques entraînent parfois de violentes inflammations et même la panophtalmie. Il faut aussi tenir compte des lésions intra-oculaires et des corps étrangers.

Les *plaies indirectes* ou *ruptures de la sclérotique* résultent d'une contusion par chute, coup, projectile. Elles siègent en haut, dans les deux tiers environ des cas, surtout vers la partie médiane. Les contusions atteignent l'œil, en effet, par les parties inférieures, plus exposées. La rupture se fait un peu en arrière de la cornée, au niveau du canal de Schlemm et non de la région ciliaire; la plaie reste souvent sous-cutanée, s'accompagne de hernie de l'iris, de luxation du cristallin, d'hémorragie intra-oculaire, etc. Il s'agit là d'une véritable fracture oculaire par contre-coup.

La cicatrisation s'effectue plus ou moins simplement par un tissu mince, peu résistant, susceptible, à la moindre pression anormale, de devenir le siège d'un staphylôme. Sauf dans les cas exceptionnels, la vision est très compromise tant à cause de la rupture scléroticale que des lésions concomitantes.

L'antisepsie, une ou plusieurs sutures, l'ablation des corps étrangers, le traitement des complications, constituent la thérapeutique des plaies scléroticales. Les sutures seront conjonctivales et le procédé de Nuel mérite d'être employé, mais elles peuvent aussi comprendre les couches moyennes ou externes de la sclérotique.

II. — Sclérite et Épiscière.

La sclérotique, membrane fibreuse, s'enflamme rarement. Ses irritations sont surtout secondaires, consécutives, en arrière, aux lésions de la choroïde ou de la membrane de Ténon, et, en avant à celles de la cornée ou du corps ciliaire.

On décrit cependant, au point de vue clinique, des inflammations propres à la sclérotique : une sclérite superficielle ou épiscière et une sclérite profonde ou sclérite proprement dite, dans lesquelles le segment antérieur paraît plus particulièrement affecté.

§ 320. *Épiscière*. — On observe, à peu de distance du limbe, une élévation du volume d'un petit pois à laquelle aboutissent des vaisseaux nombreux. Cette saillie est conique, d'un rouge vineux ou grisâtre et adhérente à la sclérotique. Elle est dure, sensible et laisse après sa disparition une cicatrice ardoisée persistante. La réaction reste assez localisée, les parties voisines sont à peine injectées.

Les épiscières provoquent au début une gêne notable et parfois des douleurs violentes, hors de proportion avec la lésion apparente.

La *marche* de l'affection est très lente et sa guérison habituelle; la récurrence est très fréquente. Des éruptions boutonneuses se produisent de temps à autre pendant de longues années. Les adultes, les femmes vers la ménopause, sont surtout affectés. Le rhumatisme et la goutte ont été incriminés. L'épiscière est une affection fâcheuse par ses souffrances, ses récurrences et ses complications profondes.

On la reconnaît à son aspect papuleux très vasculaire, à sa marche chronique et aux plaques ardoisées de la sclérotique.

Le *traitement* est peu efficace. On doit calmer les douleurs avec les opiacés, l'antipyrine et instituer un traitement ioduré ou alcalin pour éloigner les récurrences. Localement le

massage, les scarifications, la cautérisation ignée surtout, pourront hâter la résolution et amener la guérison. Il est bon cependant d'en user discrètement et seulement dans les cas rebelles.

§ 321. **Sclérite.** — Il est parfois difficile de la séparer de l'épisclérite dont elle n'est souvent que le développement. Les symptômes anatomiques ou cliniques sont analogues, mais exagérés. La tuméfaction est plus large et les lésions sous-jacentes semblent plus profondes.

La sclérotique s'amincit, s'ectasie en un ou plusieurs points, prend une teinte noirâtre et forme des staphylômes ciliaires. On constate aussi des altérations de la cornée, kératite scléreuse qui produit des leucomes permanents. Enfin l'iris, le corps ciliaire, la choroïde, sont plus ou moins altérés. La vision est très compromise par les lésions intra-oculaires. Les poussées de sclérite entraînent fréquemment, à la longue, la perte de l'œil.

Le rhumatisme, la goutte jouent ici le même rôle que dans l'épisclérite. La syphilis, la scrofule sont également en cause.

Le *diagnostic* local est ordinairement facilité par la présence d'une saillie boutonneuse ou par la teinte ardoisée de la sclérotique. Les gommes tuberculeuses ou syphilitiques, un corps étranger enkysté, présentent des caractères différents. La kérato-conjonctivite lymphatique provoque une plus vive réaction, s'observe chez les jeunes sujets, et sa vésicule ou vésico-pustule, à vascularisation plus rosée, adhère moins à la sclérotique. L'ophtalmie printanière offre des granulations conjonctivales et des exacerbations saisonnières. On doit toujours rechercher les lésions intra-oculaires.

Le *traitement* local est le même que dans l'épisclérite : calmants, topiques résolutifs, massage, fer rouge. Il ne donne pas de meilleurs résultats. La médication générale n'est pas moins incertaine. On a conseillé l'usage interne de la colchicine (Darier), mais ce médicament doit être très surveillé.

III. — Staphylômes.

§ 322. Ce sont des ectasies de la sclérotique. Ils se trouvent liés à l'inflammation scléro-choroïdienne. On les divise en staphylômes antérieurs, équatoriaux et postérieurs; on peut y joindre, comme staphylôme total, la buphtalmie.

Staphylômes antérieurs. — Appelés encore scléro-choroïdite antérieure, ils surviennent chez les jeunes sujets, surtout après des inflammations aiguës, subaiguës ou chroniques. La forme chronique est très insidieuse et révélée souvent par l'apparition seule du staphylôme. On les observe surtout dans le voisinage de la cornée, dans les espaces intermusculaires. Suivant leur siège, ils sont dits intercalaires, ciliaires, équatoriaux. Ils forment parfois, par leur confluence, comme une couronne godronnée péricornéenne.

Les saillies staphylomateuses sont arrondies, bleuâtres, ardoisées et de grandeur variable. La sclérotique s'amincit au niveau du staphylôme, la choroïde est réduite à de simples vestiges et la rétine altérée.

Dans les staphylômes péricornéens, l'iris est déplacé, le canal de Schlemm et les espaces de Fontana sont plus ou moins détruits.

Le développement des staphylômes est lent et en rapport avec l'irritation inflammatoire, le jeune âge des sujets et l'excès de tension oculaire; les staphylômes intercalaires deviennent surtout marqués après les leucomes adhérents des enfants.

Dans tous les cas l'affection est grave et, si elle est progressive, elle entraîne la perte de la vision.

Le *traitement* est prophylactique, palliatif ou curatif.

On doit, toujours, chez les sujets jeunes affectés de lésions choroïdiennes ou kératiques, surveiller la tension oculaire, et, chez les adultes, songer aux altérations choroïdiennes de la goutte, du rhumatisme ou de la ménopause,

qui entraînent des poussées glaucomateuses et des lésions sclérales. Les myotiques, la sclérotomie, l'iridectomie surtout semblent indiqués.

Les myotiques conviennent aux formes chroniques; les sclérotomies et les myotiques, aux formes subaiguës; l'iridectomie devra être pratiquée toutes les fois qu'il y a leucome adhérent ou staphylôme cornéen.

Lorsque des staphylômes volumineux seront produits et que la vision aura disparu, on pourra songer encore à la sclérotomie, mais dans bien des cas on sera autorisé à proposer l'ablation, l'énucléation ou l'évidement.

Staphylômes équatoriaux. — Ils constituent des sortes de bosselures bleuâtres ou ardoisées plus ou moins volumineuses. On les rencontre surtout dans les espaces intermusculaires. Pour les constater, il faut faire dévier l'œil fortement en dehors, en arrière, en haut et en bas.

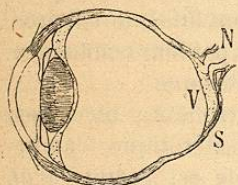


Fig. 17. — Staphylôme postérieur.

N, nerf optique; V, Hyaloïde décollée; S, sclérotique.

Staphylômes postérieurs. — C'est ce qu'on connaît sous l'appellation de sclérochoroïdite postérieure. Les lésions surviennent consécutivement aux irritations des parties postérieures du tractus uvéal ou par suite

d'une prédisposition congénitale. On les rencontre surtout dans la myopie progressive.

Une résistance insuffisante des attaches choroïdiennes vers le nerf optique entraînerait, au moment de la croissance, la formation du staphylôme; la pression des droits externes pendant la forte convergence des droits internes, ou la pression des obliques (Giraud-Teulon), enfin l'action de l'accommodation ou mieux (de Wecker) les efforts de détente de l'accommodation mettant en jeu les fibres longitudinales des muscles ciliaires, produiraient le staphylôme et son développement.

Le staphylôme postérieur résultant d'un simple vice originel restera généralement stationnaire, tandis que celui qui

est dû aux contractions des muscles ciliaires, des droits ou des obliques, sera le plus souvent progressif. Le staphylôme stationnaire est externe et très nettement délimité. Le staphylôme progressif est irrégulier dans ses bords et rapproché de la macula; il est souvent accompagné d'une myopie croissante et de plaques choroïdiennes maculaires ou excentriques. Masselon a indiqué des ectasies nasales dans la myopie forte. Le corps vitré présente des flocons; le cristallin s'opacifie. L'affection est plus ou moins grave suivant le développement et le siège du staphylôme, selon les lésions concomitantes de la rétine, de la sclérotique, etc.

Le traitement de l'insuffisance musculaire, de la myopie, constituent les meilleurs moyens contre les staphylômes; les mercuriaux, la pilocarpine, les ventouses, les vésicatoires volants, le repos oculaire sont indiqués dans les cas de complications du côté des milieux ou des membranes profondes.

Staphylôme total. — On peut considérer la buphtalmie ou hydrophthalmie comme un staphylôme total du globe oculaire, mais il convient de l'étudier à part.

IV. — Buphtalmie.

§ 323. La buphtalmie, ou hydrophthalmie, correspond à l'ectasie ou dilatation générale de l'œil. Elle est congénitale ou acquise.

Dans la forme *acquise*, la cornée est globuleuse et parfois un peu opaline; la sclérotique s'amincit, offre dans certains cas des bosselures en quelques points, et paraît bleuâtre à cause du pigment uvéen sous-jacent.

La chambre antérieure est agrandie, l'iris et le cristallin sont tremblotants, le corps vitré liquéfié, la papille excavée, la tension augmentée, quoique moins considérablement que dans le glaucome, à cause de la distension des tuniques de l'œil.

Dans la forme *congénitale* la buphtalmie est presque toujours bilatérale et la vision, généralement faible ou nulle. Il s'agit en effet le plus souvent de glaucome infantile. Si ce

dernier est progressif, l'œil se perd à la suite des altérations trophiques des membranes profondes; s'il disparaît, la cornée leucomateuse s'éclaircit et la vision peut devenir assez convenable. La sclérotomie, l'iridectomie seront souvent utiles, mais le plus souvent toute intervention chirurgicale est redoutable à cause des complications immédiates et de l'atrophie éventuelle du bulbe. Le meilleur traitement de cette affection, celui qui donne, en somme, d'assez bons résultats, consiste dans l'application longtemps prolongée d'un collyre à l'ésérine et dans l'administration du glycéro-phosphate de chaux à l'intérieur.

V. — Tumeurs.

§ 324. Les tumeurs de la sclérotique proprement dite sont rares. On a signalé cependant quelques cas d'*hypertrophie* concentrique de ses parois avec infiltration cellulaire diffuse. Chez un malade de Gayet, la cécité était complète, les douleurs devinrent intolérables et obligèrent à une double énucléation.

VI. — Anomalies.

§ 325. La *mélanose sclérale*, assez commune chez les nègres, est rare chez les blancs, mais on en connaît quelques exemples. On doit distinguer, en l'espèce, la mélanose sclérale de la mélanose conjonctivale et des plaques ardoisées de la sclérite.

CHAPITRE VIII

MALADIES DE LA CORNÉE

I. — Blessures.

§ 326. Elles comprennent les contusions, les plaies, les corps étrangers, les brûlures.

Contusions. — La cornée est frappée directement ou à travers

les paupières, dans une chute, ou par des projectiles divers. Il se produit, en outre de l'ébranlement de l'œil et des lésions profondes, des éraillures épithéliales, des plaies variables. Il en résulte des troubles visuels, immédiats ou consécutifs, dont la gravité dépend des lésions kératiques des altérations, de l'iris ou du cristallin et des hémorragies intra-oculaires. La douleur est toujours plus ou moins vive.

Le traitement comprend le repos oculaire, les sangsues, l'antisepsie de la plaie dans les simples éraillures, la suture dans les plaies larges, et, le cas échéant, la résection des hernies de l'iris.

Plaies. — Elles sont non pénétrantes ou bien pénétrantes.

Les plaies *non pénétrantes* constituent souvent de simples érosions à la suite de coups d'ongle, d'aiguilles, de plumes à écrire, de couteaux, etc. Il survient de la rougeur, de la vascularisation et de la douleur, puis la cicatrisation se fait et il persiste ou non un leucome. Elles offrent parfois de la gravité à cause des complications infectieuses provoquées par les blépharites, conjonctivites ou états lacrymaux concomitants.

Les plaies *pénétrantes* entraînent des lésions de l'iris, du cristallin, des membranes profondes. Si la section est large, l'iris fait hernie. Des caillots sanguins, des débris cristalliniens, des corps étrangers peuvent s'interposer entre les lèvres de la plaie. Les symptômes sont variables avec les lésions profondes et suivant qu'il y a, ou non, infection.

Dans les plaies *aseptiques*, la douleur, la photophobie, la rougeur sont minimes; il ne persiste qu'un leucome simple ou adhérent. La cicatrisation se fait d'avant en arrière. L'épithélium forme d'abord une pellicule, puis la lymphe et la substance propre combrent au-dessous la solution de continuité, enfin l'épithélium se reconstitue entièrement. Les membranes de Bowman et de Descemet restent rompues.

Dans les plaies *septiques*, l'iritis, l'hypopyon apparaissent; la panophtalmie peut même entraîner la destruction totale de l'œil. L'ophtalmie sympathique, surtout s'il y a des corps étrangers, est toujours possible. L'inflammation en tout