

d'astigmatisme inverse (0 D 50 environ) dû au cristallin. L'astigmatisme total (cornéen et cristallinien) est, pour ce motif, presque toujours un peu inférieur à l'astigmatisme cornéen quand celui-ci est direct, supérieur quand il est inverse.

CHAPITRE IV

EXAMEN DE L'ŒIL A L'ÉCLAIRAGE OBLIQUE

Cet examen se pratique avec la lumière artificielle, dans la chambre noire, et comprend l'exploration successive et méthodique de la cornée, de l'humeur aqueuse et de la chambre antérieure, de l'iris et de la pupille, du cristallin et du corps vitré. La lumière nécessaire sera fournie par une bonne lampe à huile ou à pétrole ou à gaz ; il est nécessaire d'employer, pour ces lampes, des verres sans coudure afin d'éviter une ombre portée fort gênante.

On concentre sur la partie en examen, à l'aide d'une lentille biconvexe de 10 ou 20 dioptries, les rayons émanés de la source lumineuse choisie. Suivant que l'on recherche un éclairage intense ou un éclairage atténué, on fait tomber sur cette partie soit le foyer soit une portion du cône lumineux voisine de ce foyer. Le point ainsi éclairé est examiné à l'œil nu, mais de préférence avec une lentille biconvexe de 10 dioptries au moins, ou avec une loupe spéciale (Brucke, Zehender), de manière à agrandir l'image.

L'éclairage oblique permet d'explorer la cornée, la chambre antérieure, l'iris et les parties antérieures du cristallin ; on ne peut bien voir les parties postérieures de ce dernier que si la pupille est dilatée, mais les parties périphériques échappent à cet éclairage.

Conditions de l'examen. — Le sujet sera assis contre le bord d'une table, la source lumineuse étant disposée à environ 0^m50 en avant et en dehors du visage, la flamme à hauteur de l'œil ; pour rechercher les taies légères de la cornée, il est souvent indiqué de porter la lumière à 1 mètre. L'observateur s'assied en

face du sujet, tient d'une main la lentille avec laquelle il concentre les rayons lumineux sur la partie en examen, et de l'autre celle qui va lui servir de loupe. Dans l'éclairage successif des diverses parties à explorer, les rayons incidents doivent être d'autant plus rapprochés de la ligne visuelle du sujet que les parties à examiner sont plus profondes, ce qui s'obtient en faisant varier la direction du regard du sujet.

Images réfléchies de Purkinje. — Les surfaces de la cornée et du cristallin donnent lieu à des images réfléchies de la source lumineuse dont la connaissance est importante en pratique, et qui sont dites « images de Purkinje. » On les produit soit par simple réflexion de la source lumineuse placée en avant de l'œil, soit en concentrant la lumière avec la lentille convexe. Ces images réfléchies de la flamme s'examinent le mieux à la loupe. En réalité au nombre de six (Tscherning), il suffit, au point de vue pratique, de rechercher les trois principales : la première donnée par la surface convexe de la cornée, la seconde par la surface antérieure, également convexe, du cristallin, la troisième par la surface concave postérieure du cristallin. Les deux premières sont droites et virtuelles, la troisième est réelle et renversée. La première est la plus brillante et se déplace dans le même sens que la flamme. La deuxième, qui est la plus grande, est diffuse, s'aperçoit comme une grosse lueur pâle occupant toute la pupille et peut être prise, par un débutant, pour une opacification de la cristalloïde ou du cristallin ; on la recherche en faisant regarder le sujet entre l'œil de l'observateur et la lampe. La troisième, qui s'observe dans les mêmes conditions que la précédente, est petite, nette, renversée, se déplace en sens inverse des autres et de la source lumineuse et disparaît quand le cristallin est opacifié.

§ 1. — Examen de la cornée.

A l'état normal la cornée est bleuâtre, un peu opaline, par réflexion de la lumière. Chez les gens âgés, elle présente à sa périphérie un arc blanchâtre qui peut finir par l'entourer comme un cercle et constitue l'*arc sénile* ou *gerontoxon*.

L'examen de l'image lumineuse réfléchie par la cornée donne des indications analogues à celles déjà signalées pour la lumière

du jour : irrégulière, déformée, comme tordue, elle indique des inégalités de la membrane, ulcérations ou élevures, et de l'asymétrie de la courbure ; floue, sans éclat, mate comme celle donnée par un verre terni, elle est le signe de la perte du poli de la cornée ; un reflet jaunâtre et limité appartient à un abcès.

Les infiltrations et les opacités de la cornée, étant blanches ou grisâtres, ne sont bien vues, lorsqu'elles sont peu marquées, qu'en les faisant projeter sur un fond noir ou foncé, soit l'ouverture pupillaire, soit l'iris s'il est brun, d'où la nécessité de faire varier la position du cône lumineux et surtout la direction du globe oculaire que le sujet devra être invité à porter, suivant le cas, en haut, en bas, en dehors ou en dedans ; en regardant très obliquement le point éclairé et suspect, on arrivera ainsi à reconnaître des opacités ténues qui, sans ces précautions, passeraient inaperçues.

L'examen à la loupe montre que toutes les taies et infiltrations sont constituées par une agglomération de petites taches ou par un pointillé opaque.

L'étendue d'une ulcération s'appréciera plus facilement en instillant deux gouttes d'une solution de fluorescéine qui colore en vert les parties de la cornée dépouillées de leur épithélium (fluorescéine 0^{gr},20, carbonate de soude 0^{gr},20, eau distillée 10 gr.).

La cornée peut présenter à l'observation : 1° des inflammations ou kératites, 2° des lésions traumatiques, 3° des accidents consécutifs aux affections précédentes (taies, altérations de forme et de courbure), 4° des tumeurs.

I. INFLAMMATIONS DE LA CORNÉE OU KÉRATITES. Elles sont aiguës ou chroniques, superficielles ou profondes, et se manifestent par des symptômes d'irritation et par des altérations de la transparence de la cornée (infiltrations, abcès, ulcères). Les unes sont primitives, les autres sont secondaires aux conjonctivites ; la bactériologie éclairera leur pathogénie. Les causes locales les plus fréquentes sont les conjonctivites, les sclérites, les affections des voies lacrymales et des fosses nasales, les traumatismes ; comme causes générales interviennent les maladies infectieuses, le lymphatisme, la scrofule, la syphilis, etc.

Au point de vue de l'aptitude au service militaire, ce sont des affec-

tions sérieuses, car elles laissent souvent à leur suite des opacités qui abaissent notablement l'acuité visuelle.

Les symptômes d'irritation qui accompagnent presque toutes les kératites sont l'injection périkeratique, les douleurs locales et irradiées, le larmolement, la photophobie, le blépharospasme ; très souvent l'iris s'hyperhémie et parfois même prend part à l'inflammation.

Division. Nous diviserons les kératites d'après l'aspect que présente la cornée en, 1° kératites superficielles, ponctuées et vésiculeuses, 2° kératites suppurées et ulcéreuses ; 3° kératites interstitielles ou profondes ; 4° kératites parasitaires ; 5° kératites par altération de la nutrition de la cornée.

1° *Kératites superficielles ponctuées et vésiculeuses.* Elles se caractérisent par l'apparition sur le bord ou sur le centre de la cornée de petites taches (kératites ponctuées) ou de petites vésicules (kératites vésiculeuses) superficielles.

La *kératite ponctuée* superficielle s'observe surtout dans la grippe sous la forme d'un fin sablé de la cornée ; elle est parfois tenace.

La classe des *kératites vésiculeuses* comprend : la kératite vésiculeuse simple, la kératite phlycténulaire, la kératite herpétique, le zona cornéen, la kératite bulleuse, etc.

La *kératite vésiculeuse* simple, caractérisée par l'apparition de petites vésicules grisâtres, plus ou moins nombreuses, disséminées sur la cornée, s'observe le plus souvent, chez l'adulte, dans la grippe et dans les affections catarrhales des voies respiratoires.

Dans la *kératite phlycténulaire*, les vésicules sont groupées à proximité du limbe scléro-cornéen, habituellement du côté externe, et dans l'espace interpalpébral. Parfois les vésicules envahissent un large secteur de la cornée. Cette affection est souvent tenace, récidivante ; les vésicules peuvent s'ulcérer et laisser des opacités persistantes. Elle coexiste parfois avec de l'eczéma, de la rhinite, et souvent avec la conjonctivite phlycténulaire.

A cette kératite phlycténulaire se rattache la *kératite en bandelette ou fasciculaire* : elle débute par une phlyctène ou un nodule gris rosé, situé sur le limbe scléro-cornéen, dans l'espace interpalpébral ; ce nodule s'avance progressivement vers le centre de la cornée sous la forme d'une infiltration étroite, un peu surélevée, qui prend l'aspect d'une bandelette blanchâtre avec des vaisseaux néoformés. Cette affection a parfois pour résultat la production d'un pannus ou membrane vasculaire recouvrant, en général, partiellement la cornée (pannus scrofuleux) ; elle donne aussi lieu à l'ulcération et à l'iritis. Cette

kératite en bandelette est l'apanage de l'adolescence et du tempérament lymphatique.

La *kératite herpétique* ou herpès fébrile de la cornée s'observe parfois dans la pneumonie, la grippe, la fièvre typhoïde et coïncide assez souvent avec l'herpès labial. Elle se caractérise par de petites vésicules grisâtres, en séries, plutôt périphériques, à tendance ulcéreuse et de durée fort longue. Elle récidive facilement et a parfois comme conséquences, après ulcération, ce qu'on a appelé la *kératite racémeuse ou dendritique* (stries en forme arborescente dans la cornée) et la *kératite filamenteuse* (filaments constitués par les cellules épithéliales de la cornée).

Le *zona de la cornée* fait partie du *zona ophtalmique* qui frappe moins souvent la cornée que les paupières et la conjonctive ; lorsque la cornée est atteinte, elle perd sa sensibilité, s'altère profondément et on voit fréquemment apparaître de l'iritis plastique. La vision est gravement compromise.

La *kératite bulleuse* est caractérisée par le développement de bulles sur une cornée anciennement malade, largement infiltrée avec vascularisation notable.

2° *Kératites suppurées et ulcéreuses*. Ce sont celles qui s'accompagnent de la formation d'un abcès ou d'une ulcération. Leurs variétés sont nombreuses. Elles sont toujours secondaires et s'observent soit à la suite des affections précédentes, soit après des traumatismes cornéens, soit au cours des fièvres éruptives et des maladies infectieuses ; les inflammations du sac lacrymal et les altérations de la nutrition de la cornée jouent le rôle de causes prédisposantes, facilitant l'action des agents d'infection.

a) *Abcès de la cornée*. La *kératite suppurée* est dite *circonscrite* ou *diffuse* suivant que l'abcès est circonscrit ou diffus.

L'abcès circonscrit se présente comme un petit infiltrat blanc-jaunâtre, de la dimension moyenne d'une tête d'épingle et peu profonde et entraîne une opacité persistante. Il y a souvent complication d'iritis.

L'abcès diffus est habituellement dû à un traumatisme infectant ou à une maladie infectieuse. Il débute le plus souvent au centre de la cornée, sous la forme d'une opacité discoïde, blanc jaunâtre, entourée d'une zone d'infiltration diffuse, et il progresse en général vers la partie inférieure, du côté où son bord limitant est le plus jaunâtre. Il s'accompagne toujours d'iritis et souvent d'hypopyon. Le pus se fait jour généralement en avant, d'où formation d'un ulcère anfractueux ; la résorption est exceptionnelle.

b) *Ulcère de la cornée*. — L'ulcère de la cornée est constitué par une perte de substance superficielle ou profonde, marginale ou centrale, d'étendue variable. Il est soit primitif, soit secondaire : primitif, il est presque toujours dû à un traumatisme qui ouvre la porte à l'infection, surtout s'il y a comme facteur prédisposant une affection des voies lacrymales ; secondaire, il succède à un abcès ou à des vésicules infectées.

A sa première période, dite de progression, l'ulcère est irrégulier, à bords déchiquetés et infiltrés, à fond tapissé d'éléments cornéens dissociés. A sa seconde période, dite de détersion, il se nettoie, les bords se régularisent et les vaisseaux apparaissent. Enfin, dans une troisième période, dite de réparation, l'ulcère s'aplanit, les bords s'arrondissent, le fond devient lisse et miroite.

Tout ulcère laisse à sa suite une opacité persistante qui, suivant son étendue et son siège, entrave plus ou moins l'exercice de la vision.

Parfois, au lieu d'évoluer aussi simplement, l'ulcère perfore la cornée et entraîne alors des adhérences ou de l'enclavement de l'iris, un staphylome antérieur, et même la phthisie du globe.

L'ulcère de la cornée offre des variétés assez nombreuses, parmi lesquelles nous mentionnerons les suivantes qui sont les plus communes.

L'*ulcère serpiginieux* ou *kératite à hypopyon* (ulcère des moissonneurs), le plus souvent d'origine traumatique, est dû à une infection de la plaie cornéenne par le pneumocoque. Il est presque toujours central, s'accompagne d'une infiltration étendue, détermine un hypopyon caractéristique, perfore assez souvent la cornée et occasionne alors un leucome adhérent par synéchie irienne et même parfois la panophtalmite. C'est une affection grave dans la genèse de laquelle le catarrhe du sac lacrymal joue un rôle important.

L'*ulcère rongeur de Mooren* est observé surtout chez les vieillards atteints d'infection des voies lacrymales ; il est peu infiltré, presque toujours superficiel, débute par la périphérie pour atteindre progressivement le centre et occasionne rarement la perforation de la cornée.

Des ulcères habituellement plus simples, d'un caractère moins sérieux, compliquent la conjonctivite catarrhale, ou succèdent aux vésicules et phlyctènes ; ils peuvent cependant parfois devenir graves par infection surajoutée (pneumocoque, streptocoque, etc.).

Les *ulcères varioleux* atteignent les deux cornées à la fois, se compliquent souvent d'hypopyon et d'iritis et sont fort dangereux pour l'œil.

Les *ulcérations de l'ophtalmie blennorragique* sont habituellement suivies de perforation, d'enclavement de l'iris et de perte ou diminution considérable de la vision.

On observe rarement l'*ulcère tuberculeux de la cornée*, caractérisé par des bords infiltrés de minuscules granulations jaunâtres.

3° *Kératite parenchymateuse ou interstitielle*. — Spécialement observée dans la syphilis héréditaire ou acquise, exceptionnellement dans la goutte et le rhumatisme, elle se manifeste par une infiltration grisâtre, profonde, de la cornée, qui débute par la périphérie pour gagner bientôt le centre et s'accompagne d'un réseau vasculaire serré et profond, parfois si développé que la cornée apparaît couleur de laque. Cette infiltration, à l'examen avec la loupe, est constituée par un nombre considérable de points opaques. La conjonctive bulbaire est parfois comme ecchymotique. Une vascularisation abondante de la cornée est d'un bon pronostic, car elle indique en général une résorption rapide et complète de l'infiltration.

Cette kératite atteint un œil après l'autre et dure de quelques semaines à plusieurs mois, et même plus d'un an. Elle peut se compliquer d'iritis, d'irido-choroïdite avec occlusion de la pupille. Assez souvent elle laisse comme trace un léger réseau interstitiel sous la forme de fines ramifications noires, visibles à l'éclairage oblique aidé de la loupe ou mieux à l'éclairage direct.

Cette affection entraînera l'ajournement ou la réforme temporaire.

Une *kératite interstitielle ou profonde, circonscrite*, beaucoup moins vascularisée que la précédente, s'observe sous la forme d'un trouble nuageux central de la cornée, dans la malaria, la grippe, le rhumatisme.

4° *Kératites parasitaires*. — On a rencontré parfois l'acarus de la gale sur la cornée, l'*aspergillus fumigatus* sur des ulcérations traumatiques (kératomycose).

Les poils de chenille sont susceptibles de déterminer une kérato-conjonctivite violente, grave. La cornée présente, principalement sur sa moitié inférieure, des troubles en réseau ou en pointillé et des érosions dans lesquelles on aperçoit les poils jaunes ou bruns entourés de vésicules. Ces poils peuvent traverser la cornée, atteindre l'iris et y provoquer la formation de véritables nodules inflammatoires.

5° *Kératites par trouble de nutrition de la cornée*, etc. Les plus connues sont la *k. neuro-paralytique* et la *k. par lagophthalmos*; l'infection secondaire de la cornée joue un rôle important. La première s'observe sur des cornées insensibles et à nutrition altérée par

la paralysie du trijumeau et elle donne lieu à la formation d'un ulcère central à marche indolente.

La *k. par lagophthalmos* est occasionnée par le défaut d'occlusion des paupières à la suite de la paralysie du facial supérieur ou dans les états comateux qui accompagnent les maladies infectieuses graves. La cornée constamment exposée à l'air se dessèche facilement, s'altère et ne réagit plus contre le moindre traumatisme. L'infiltration et l'ulcère siègent de préférence sur la moitié inférieure de la cornée; il peut même y avoir nécrose de cette membrane.

À côté de ces formes peut se classer la *kératite profonde par contact* qui s'observe parfois au cours de l'irido-cyclite. Les exsudats qui, dans cette dernière affection, se déposent sur la face postérieure de la cornée, en particulier dans sa moitié inférieure, peuvent entraîner par propagation et par altération de la membrane l'infiltration des couches profondes de la cornée. La vision est alors presque toujours compromise.

La *kératomalacie* ne s'observe guère que chez les enfants athreptiques.

Au point de vue militaire, les kératites anciennes, spécialement les kératites vasculaires ou panniformes étendues, les ulcérations profondes de la cornée nécessitent l'exemption et la réforme. Lorsque les kératites seront limitées, relativement récentes, susceptibles de s'amender, il y aura lieu à ajournement ou à réforme temporaire.

II. TUMEURS DE LA CORNÉE. — Elles prennent le plus souvent naissance sur le limbe scléro-cornéen et sont presque toujours une cause d'exemption ou de réforme, à moins que, de nature bénigne, elles puissent guérir par une intervention simple. Les plus fréquentes parmi les tumeurs sont les kystes séreux, les fibromes, sarcomes, myxomes, épithéliomes, papillomes et les dermoïdes.

La lèpre détermine assez souvent, dans l'épaisseur de la cornée, de petites granulations ou lépromes, blanc grisâtres, dont le diagnostic s'établit par l'existence d'autres localisations lépreuses, en particulier dans les fosses nasales. Dans les cas que nous avons observés, il y avait aussi des macules violacées sur les conjonctives.

III. TRAUMATISMES DE LA CORNÉE. — On peut observer sur la cornée des érosions ou plaies superficielles, des plaies profondes et des plaies pénétrantes.

Ces plaies sont plus ou moins nettes, plus ou moins larges, selon la nature du corps vulnérant. Elles sont faciles à diagnostiquer et leur pronostic varie d'après leur étendue, leur siège plus ou moins central,

et leur pénétration ; cette dernière s'accompagne souvent de lésions de l'iris, du cristallin qu'il faut toujours rechercher. Les plaies larges et pénétrantes entraînent fréquemment l'enclavement de l'iris. Les opacités traumatiques tendent à diminuer avec le temps chez les jeunes sujets.

A la suite des érosions, on observe dans quelques cas des douleurs persistantes et récidivantes, c'est la *kéralgie traumatique*.

Le *séjour de corps étrangers* implantés dans la cornée est fréquemment observé ; parfois les douleurs sont si légères que le malade ne se doute pas de la présence du corps étranger et ne se plaint que d'un peu de rougeur de l'œil. On les reconnaît assez facilement à l'éclairage oblique, surtout en employant de la fluorescéine qui colore en vert la perte de substance sur laquelle le corps étranger tranche en noir. Les éclats de pierre ou de métal se fixent en général dans l'espace interpalpebral ; les débris de graminées, plutôt sur le limbe scléro-cornéen. Les escarbilles de charbon, les grains de sable sont superficiels. Les éclats de verre sont, à cause de leur transparence, d'un diagnostic difficile ; les autres corps étrangers s'entourent d'un anneau ou halo grisâtre pour la plupart, brun pour les parcelles métalliques.

Les *brûlures de la cornée* sont produites par des corps en ignition, par des vapeurs brûlantes ou caustiques, par des liquides corrosifs. Les conjonctives, les paupières et la face sont simultanément atteintes dans les brûlures par les vapeurs et les liquides caustiques qui entraînent souvent l'ulcération et même la nécrose de la cornée et parfois la destruction de l'œil ; les corps en ignition, par leur petit volume, sont ceux qui causent les désordres les moins graves.

Les brûlures superficielles se présentent comme une petite escarre grise, de forme et d'étendue variables ; dans les brûlures plus profondes, la cornée est d'un gris diffus, trouble comme un verre dépoli ; enfin, dans les brûlures intenses, la cornée est blanche, sèche, porcelainée, insensible, et la chute de l'escarre donne alors souvent lieu à une perforation. Les grains de poudre produisent un tatouage ; la chaux imbibe le tissu cornéen, le trouble et, dans les cas graves, le ramollit par combinaison chimique.

IV. OPACITÉS ET ALTÉRATIONS DE FORME DE LA CORNÉE. — Les opacités et les altérations de forme de la cornée sont, pour la plupart, les conséquences de son inflammation ou de ses blessures. Elles sont une cause fréquente d'affaiblissement de l'acuité visuelle.

1° *Opacités ou taies de la cornée*. — Si le diagnostic du leucome, large tache blanche et épaisse, et de l'albugo, tache plus circonscrite,

est facile, il n'en est pas toujours de même de la taie légère, ténue ou néphélion, qui passe souvent inaperçue à un examen trop rapide. Légères, on les voit sous forme de taches transparentes, blanc bleuâtres, à bords un peu indécis ; plus épaisses, elles sont d'un blanc grisâtre ou crayeux, opaques et à bords bien limités. On les apercevra le mieux dans une direction très oblique de l'œil du sujet, et en les faisant projeter sur la pupille ou sur l'iris s'il est foncé. Les taies striées sont toujours anciennes. Les larges cicatrices s'accompagnent généralement d'aplatissement de la cornée.

Les taies sont parfois compliquées d'adhérences ou d'un enclavement de l'iris coloré en noir par le pigment uvéen. On observe parfois des leucomes congénitaux des couches profondes de la cornée coïncidant avec la persistance de vestiges de la membrane pupillaire.

La taie ne doit pas être confondue avec l'infiltration inflammatoire récente qui est susceptible de résorption ; l'infiltration apparaît comme une tache gris-jaunâtre, terne, avec bords mal délimités et diffus.

Une des conséquences indirectes des taies encore perméables aux rayons lumineux est la production assez fréquente d'une myopie parfois assez élevée (nous en avons observé jusqu'à 6 diop.) et qui peut être unilatérale.

Les opacifications limitées, relativement récentes et susceptibles de s'amender, peuvent entraîner la réforme temporaire. Les taies ou opacités invétérées sont compatibles avec le service actif ou avec le service auxiliaire suivant le degré de diminution de l'acuité visuelle ; elles entraînent l'exemption ou la réforme si l'acuité descend au-dessous des limites fixées par l'art. 78 de l'instruction du 31 janvier 1902.

Pour déterminer, au *point de vue de l'aptitude militaire*, la gêne apparente apportée par une taie à l'exercice de la vision, il faut apprécier son étendue, son siège, sa transparence et tenir également compte de l'astigmatisme irrégulier produit ou de la myopie acquise. Plus la taie est centrale, plus elle trouble la vision. Une taie opaque, bien limitée, gêne moins la vision qu'une taie légère, translucide mais diffuse, qui ne donne que des images floues, surtout si elle est centrale.

2° *Altérations de forme de la cornée*. — Elles sont pour la plupart constituées par des ectasies, les unes d'origine inflammatoire, les autres consécutives à des troubles de nutrition de la cornée.

Les *ectasies suites d'inflammation* se reconnaissent à première inspection, ce sont : 1° le *staphylome cornéen opaque*, partiel ou total, dont la saillie est constituée par un prolapsus irien transformé en un

tissu cicatriciel qui remplace la cornée détruite en partie ou en totalité; 2° la *kératectasie simple* qui se développe lorsque la cornée, sans avoir été perforée, se laisse dilater en un point de sa surface affaibli par l'inflammation.

Les *ectasies non inflammatoires* sont le *kératocone ou cornée conique* et le *kératoglobe ou cornée globuleuse*; dans le kératocone, il existe un astigmatisme irrégulier très élevé, de forme spéciale, et la cornée conserve sa transparence, tout au moins pendant très longtemps.

Toutes ces ectasies de la cornée ont pour résultat un abaissement de l'acuité visuelle incompatible avec le service militaire.

§ 2. — Examen de la chambre antérieure.

L'examen de la chambre antérieure a déjà donné, sur les troubles de l'humeur aqueuse (p. 33), des renseignements assez précis que complétera l'emploi de l'éclairage oblique. Ce dernier sera surtout utile pour reconnaître les troubles légers produits par de fins éléments tenus en suspension, qui font paraître la pupille grise et l'iris flou. Lorsque ces exsudats se déposent, en un fin pointillé, sur la moitié inférieure de la face postérieure de la cornée, il y a irido-cyclite, ce que confirmera la douleur vive produite en pressant avec un stylet sur la région ciliaire. La recherche des corps étrangers situés dans la déclivité de la chambre antérieure, et masqués souvent par le limbe scléro-cornéen, se fera le mieux à l'éclairage oblique.

§ 3. — Examen de l'iris.

L'examen de l'iris à l'éclairage oblique complète les données fournies par l'exploration à la lumière du jour et permet, surtout, de reconnaître et d'étudier les inflammations diverses de cette membrane, ses tumeurs, ses lésions traumatiques et les conséquences de ces altérations.

I. ANOMALIES CONGÉNITALES. — On les aura reconnues à l'examen à la lumière du jour (page 33). Cependant certaines synéchies congénitales, restes de la membrane pupillaire, sont mieux vues à l'éclairage oblique sous la forme de filaments bruns qui vont de l'iris à la cristal-

loïde ou quelquefois à la face postérieure de la cornée et ne gênent pas la dilatation par les mydriatiques. Des points bruns de pigment sur la cristalloïde, s'ils sont bilatéraux, sont aussi des vestiges de la membrane.

Les anomalies et vices de conformation de l'iris n'influencent l'aptitude au service militaire que s'ils abaissent l'acuité visuelle au-dessous des limites fixées par l'art. 78.

II. INFLAMMATIONS DE L'IRIS, IRITIS. — Les trois principales causes générales d'iritis sont la syphilis, le rhumatisme et la blennorrhagie; viennent ensuite, comme causes générales, les maladies infectieuses (grippe, variole, fièvre typhoïde, dysenterie, etc.), la malaria, la goutte, la tuberculose (v. chap. xv); comme causes locales et externes, les kératites diverses, les traumatismes (chez la femme, troubles de la menstruation, ménopause).

Dans toute inflammation de l'iris, on observe des symptômes irritatifs qui se traduisent par une injection périkeratique ou ciliaire très intense, par des douleurs, de la photophobie, du larmolement. Objectivement l'iris est altéré dans sa coloration qui devient terne, la pupille est étroite, rigide, souvent déformée et très rebelle à l'action de l'atropine tant que l'hyperhémie irienne persiste.

L'inflammation de l'iris, aiguë ou chronique, peut revêtir plusieurs formes :

1° *Iritis plastique*. — L'iris est terne, épaissi, la pupille est grise et présente sur ses bords des exsudats blanchâtres qui la font adhérer à la cristalloïde antérieure (ce sont des synéchies postérieures); il y a des dépôts presque constants de pigment brun sur cette dernière membrane. L'exsudat est presque insignifiant dans la chambre antérieure.

On observe cette forme dans la syphilis, dans les traumatismes de l'iris, dans certaines affections des fosses nasales, parfois même dans le rhumatisme.

Dans la syphilis, elle revêt quelquefois une allure insidieuse; la réaction locale est insignifiante et le sujet ne se plaint que d'un trouble de la vision. A l'examen, on trouve alors des synéchies postérieures déjà solides et une déformation accentuée de la pupille. Cette forme est rebelle au traitement, sujette aux récidives et peut se transformer en irido-choroïdite chronique avec troubles du corps vitré.

2° *Iritis séreuse*. — Il y a un exsudat abondant, séreux, dans la chambre antérieure; la pression intra-oculaire est accrue; les synéchies sont rares et peu serrées. Cette forme se rencontre dans la blennorrhagie