

seaux de nouvelle formation avec la pointe rougie d'un crochet à strabisme.

Le blépharospasme est parfois si intense qu'il exige un traitement particulier. On fera, chaque matin, à l'enfant une douche forte et glacée sur ses paupières fermées; le jet d'un irrigateur à la distance de 10 centimètres fait très bien l'affaire. Pour remplacer la douche il peut suffire de plonger brusquement la tête de l'enfant dans l'eau froide, en l'y maintenant jusqu'à ce qu'il soit nécessaire de le faire respirer. On essaiera aussi de frictionner les paupières avec l'onguent napolitain belladonné. Enfin, comme ces moyens échouent dans certains blépharospasmes rebelles, il faut en venir alors aux remèdes chirurgicaux et, avant d'arriver à la section de la commissure externe qui en constitue l'ultima ratio, on exécutera la dilatation forcée de la fente palpébrale au moyen d'un blépharostat puissant laissé chaque jour en place pendant 10 à 15 minutes. En même temps on administrera du brome à l'intérieur.

Le *traitement général* de l'ophtalmie phlycténulaire est non moins important que l'application de la pommade jaune. On veillera d'abord à ce que l'enfant soit tenu avec une extrême propreté, surtout en ce qui regarde son cuir chevelu, sa figure et ses mains. Ses ongles seront coupés et soignés.

La rhinite recevra le traitement qu'elle comporte; on se trouvera bien de douches nasales à l'eau boriquée tiède.

Ensuite on aura recours à la médication tonique et reconstituante habituelle à ces âges, à la lumière, au grand air (pas de séjour à la chambre même en cas de photophobie), bains salés, thalassothérapie, préparations iodurées.

B). OPHTALMIE SCROFULEUSE. — Nous décrivons un peu à part, comme ophtalmie scrofuleuse, une affection qui se produit dans des conditions de terrain ou d'infection de voisinage qui sont analogues aux précédentes, et qui offre de la ressemblance avec l'ophtalmie purulente, tout en ayant certains des caractères de l'ophtalmie phlycténulaire. On n'observe pas de phlyctènes, en effet, et la muqueuse est tout entière épaissie, mais pas rouge comme dans la conjonctivite purulente franche; il s'échappe pourtant hors des paupières une assez notable quantité de sécrétion séro-purulente. Les paupières sont gonflées et rouges, mais peu tendues et leur mode de gonflement fait songer à la tuméfaction torpide de la lèvre supérieure des enfants scrofuleux. Les altérations de la cornée se présentent avec autant de fréquence et de gravité que dans l'ophtalmie purulente ordinaire et de la même façon. Cette affection se voit comme la précédente chez les enfants misérables, malingres ou scrofuleux; mais elle a une origine très particulière, elle naît presque toujours dans la convalescence, de la rougeole. Pour cette raison, H. Coppez pense que le microbe originel de cette conjonctivite doit être le staphylocoque.

Traitement. — Plus que les symptômes, le traitement de cette affection montre qu'elle ne doit pas être assimilée à la conjonctivite purulente.

Ici point de caustiques, pas de médication substitutive qui ne sert qu'à exaspérer les symptômes de chémosis conjonctival. On se contentera de lavages antiseptiques tièdes et d'applications de pommade jaune.

PEMPHIGUS DE LA CONJONCTIVE. — Il ne faut pas confondre avec la conjonctivite phlycténulaire une affection très grave et très rare, décrite autrefois par de Graefe sous le nom de *phthisie essentielle* de la conjonctive et qui est le pemphigus conjonctival.

Cette maladie se caractérise par l'apparition de bulles pemphigoïdes sur la conjonctive, coïncidant ordinairement avec une éruption cutanée analogue; elles aboutissent à l'opacification de la cornée, à la destruction du sac conjonctival et quelquefois à son oblitération sous la forme d'ankylo-blépharon.

La production des bulles est excessivement rapide, et tout aussitôt leur paroi cède laissant une érosion qui peut devenir le siège d'une exsudation diphtéroïde. Chez un enfant observé par M. Dufour, il ne fallait pas plus de cinq minutes pour que la bulle arrivât à son complet épanouissement; en même temps survenait de la photophobie, un larmolement intense, une rougeur vive du point affecté. Il est rare que la cornée ne soit pas atteinte au cours de la marche fatalement progressive de cette maladie.

Après chaque éruption bulleuse la conjonctive se rétracte, prend une apparence de sécheresse, devient blanche et fibreuse; de même la cornée s'épaissit lentement jusqu'à être transformée en un tissu cicatriciel porcelané.

Dans aucun des cas observés on n'a vu la maladie s'arrêter ni les lésions s'atténuer ou disparaître.

XI. KÉRATITES. — Les kératites secondaires aux conjonctivites ou aux inflammations du segment externe de l'œil ont été décrites dans les chapitres précédents comme complications des ophtalmies; nous traiterons seulement ici des kératites primitives.

KÉRATITE INTERSTITIELLE DIFFUSE (*K. parenchymateuse*; *K. vasculaire profonde*; *K. hérédo-syphilitique*). — Cette affection s'observe dans la troisième enfance, de 6 à 15 ou 16 ans, et parfois même plus tard, mais rarement plus tôt. Elle survient chez des sujets qui souvent n'ont rien présenté antérieurement du côté des yeux, aucune atteinte de kérato-conjonctivite phlycténulaire.

Symptômes. — La kératite interstitielle ou parenchymateuse s'annonce, au début, sans grandes douleurs ni sensations pénibles, par une infiltration profonde de la cornée sous forme de taches grises, diffuses, qui souvent paraissent confluentes, mais qui sont séparées les unes des autres par des espaces plus clairs, appréciables à la loupe. La maladie peut débiter par le centre de la cornée ou par la périphérie, ce qui est le cas le plus fréquent. En même temps la vascularisation réactionnelle s'annonce au niveau du limbe de la cornée sous la forme d'un cercle rouge, d'un rouge grenat foncé, qui semble d'une teinte uniforme, tellement les vaisseaux de néoformation sont fins et serrés. Ces vaisseaux siègent dans l'épaisseur de la cornée et vont gagnant peu à peu du terrain, de la périphérie vers le centre. A la période d'état, la cornée est presque tout entière envahie par la vascularisation profonde (*kératite vasculaire profonde* de Horner) et le centre seul paraît grisâtre. A ce moment, l'iris n'est plus appréciable à l'éclairage

oblique et l'acuité visuelle est presque nulle. En même temps la surface cornéenne a perdu son brillant et paraît terne. La régression s'opère des bords au centre toujours et l'éclaircissement de la cornée commence par le limbe, aux points où la vascularisation a commencé. Le centre reste le plus longtemps opaque et, dans les cas sérieux, il y persiste indéfiniment une légère opacité centrale. Plus la vascularisation est intense, plus l'on doit compter sur une résorption complète; quand la vascularisation tarde à s'établir, la terminaison par sclérose est à redouter. Dans les atteintes les plus graves de cette maladie, la cornée ayant perdu sa résistance par la modification complète de son tissu propre, s'atrophie, et il en résulte un aplatissement du segment antérieur de l'œil avec cécité complète. L'affection cependant est loin d'avoir toujours une marche aussi désastreuse, et même le pronostic en est plutôt favorable en ce sens que, sauf quelques légères opacités diffuses au centre de la cornée, visibles seulement à l'éclairage oblique, la vision se rétablit le plus souvent d'une façon satisfaisante. Mais la marche en est toujours lente et l'évolution en est très longue; il faut compter sur 6 mois dans les cas légers, sur une année, 18 mois et même davantage dans les cas graves; à ce point de vue le pronostic est assez fâcheux.

L'affection débute ordinairement sur un seul œil, mais ne tarde pas à envahir le second (2 ou 3 mois après). Il est rare que les deux yeux ne soient pas pris, mais le second œil est presque toujours moins malade que le premier. Les rechutes se voient quelquefois.

Les symptômes subjectifs de cette maladie, les douleurs, la photophobie, le larmolement, sont d'intensité variable et leur degré dépend du plus ou moins de retentissement de la maladie du côté de l'iris. Il y a en effet des cas où l'iris reste indemne et d'autres, surtout chez des sujets qui sont aux limites de l'adolescence, où l'iris et même le tractus uvéal tout entier sont envahis par le processus inflammatoire. Cette irido-choroïdite amène la production d'exsudats et d'adhérences pupillaires; l'iris paraît terne, la chambre antérieure est distendue et l'on aperçoit, lorsque la cornée est encore transparente, des dépôts exsudatifs à la face profonde de la membrane de Descemet.

Étiologie. — On a beaucoup discuté et on discute encore sur l'origine exacte de la kératite interstitielle. On observe chez un grand nombre d'enfants atteints de kératite interstitielle les stigmates de la syphilis héréditaire tels que les a fixés, pour la plupart, Hutchinson: 1° Les altérations des dents, et parmi elles l'encoche semi-lunaire des incisives et des canines supérieures qui est caractéristique; 2° la surdité ou du moins la dureté de l'ouïe, qui forme, avec le stigmatte précédent et la kératite, la triade d'Hutchinson; 3° la forme caractéristique du crâne et la conformation ogivale du voile du palais; 4° les cicatrices radiées oblongues des commissures des lèvres; 5° les altérations périostiques épiphysaires et articulaires.

La fréquence très grande de ces stigmates en coexistence avec la kératite interstitielle a conduit bon nombre d'auteurs à penser que la kératite interstitielle était toujours de nature syphilitique héréditaire, et que la syphilis des parents n'était méconnue que par défaut de documents suffi-

sants. A l'heure actuelle cette opinion rallie la majorité des oculistes surtout avec l'atténuation proposée par Fournier, qui considère que la syphilis héréditaire n'agit que par sa puissance dyscrasique, de telle sorte que la kératite parenchymateuse serait une affection *parasyphilitique*.

D'autres, moins nombreux, et Panas était le défenseur particulier de cette doctrine, pensent que la kératite interstitielle tient à un état de déchéance organique du sujet. La déchéance organique peut dépendre elle-même, et c'est bien le cas le plus fréquent, de la syphilis héréditaire, mais non toujours. En résumé, la kératite interstitielle ne serait pas *spécifique* de qualité, mais *cachectique* ou *marastique*. Panas appuyait son opinion sur ce fait que le mercure n'a qu'une action fort peu caractérisée sur la kératite interstitielle qui est plutôt justiciable des reconstituants généraux.

Traitement. — Le traitement, en effet, il faut le reconnaître, ne peut donner aucune indication pour la pathogénie, car il reste généralement incapable d'enrayer le processus morbide. Certains malades guérissent vite et on a pu, sur ces faits, étayer des systèmes thérapeutiques: mais ceux-ci se trouvaient vite en défaut vis-à-vis d'un autre cas où l'affection suivait son cours très long malgré le traitement, et où parfois même on voyait le second œil se prendre, bien que la médication employée fût très énergique. En fait, la marche de la kératite interstitielle n'est presque pas, ou même absolument pas, influencée par la médication générale (mercuriaux-iodures) communément employée; on s'appliquera donc surtout à la médecine des symptômes. Au début, on instillera l'atropine plusieurs fois par jour (5 à 4 fois) pour préserver l'œil des complications du côté de l'iris. En même temps on appliquera pendant une demi-heure ou une heure sur les yeux des compresses d'eau bouillie chaude recouvertes de flanelle ou de taffetas gommé. Lunettes fumées bombées contre l'éclat de la lumière. A la période régressive on excitera la vitalité de la cornée par des applications substitutives de pommade jaune à 1 ou 2 pour 100, et par l'emploi des douches de vapeur oculaires avec l'appareil de Lourenço. Enfin, à la dernière période, les dernières opacités seront traitées suivant la méthode de Follin, par l'instillation alternative et quotidienne de laudanum de Sydenham et d'un collyre au sulfate de zinc à 1/2 pour 100. Comme traitement général la médication reconstituante, les préparations iodurées surtout, est indiquée.

KÉRATOMALACIE. — La kératomalacie est une kératite profonde, interstitielle aussi, et propre aux nouveau-nés chétifs, athrepsiques. Horner a observé cette maladie chez des enfants qui, ramenés par hasard à la santé, ont été atteints plus tard de kératite interstitielle vraie; une autre fois il a vu dans une même famille un enfant mourir athrepsique avec une kératomalacie et un frère présenter ultérieurement la kératite classique de Hutchinson. Ces faits établissent un lien étroit entre la kératomalacie et la kératite interstitielle hérédo-syphilitique. Cette affection, d'ailleurs, est fort rare.

Symptômes. — L'affection débute ordinairement dans les premières semaines de la vie et ne s'observe pas après 10 mois; elle atteint les nourrissons chétifs, athrepsiques, qui succombent à l'entérite. Elle se mani-

feste par un état singulier de sécheresse de la conjonctive qui n'est pas rouge, pas sécrétante, ni même humide. On voit alors une infiltration grise, profonde, débiter par le méridien cornéen transversal, puis envahir la moitié inférieure de la cornée et devenir rapidement d'un jaune franchement purulent; très vite la cornée se perforé sur toute l'étendue de cette infiltration et s'affaisse ensuite.

Étiologie. — Les auteurs ne sont pas d'accord sur la pathogénie de cette grave et heureusement rare affection. On a admis tour à tour un trouble trophique neuro-paralytique de la cornée, une altération semblable à la xérophtalmie du trachome, enfin une thrombose marastique des vaisseaux nourriciers de la cornée.

Traitement. — Le traitement consistera à maintenir l'asepsie du sac conjonctival au moyen de pommade iodoformée, pendant qu'on s'emploiera à modifier le plus rapidement possible l'état général fâcheux de l'enfant; on usera aussi de compresses chaudes pour ranimer la vitalité de la cornée.

XII. SUITE DES OPHTALMIES ET DES AFFECTIONS CONJONCTIVALES. — Les ophtalmies et les kératites peuvent laisser après elles des lésions durables, le plus souvent indélébiles, qui sont les mêmes, quelle que soit l'affection qui en ait été l'origine, parce que ces altérations sont simplement de nature cicatricielle. Il est donc logique de les étudier ensemble, puisqu'elles ont une physionomie identique, et d'en faire l'objet d'un chapitre séparé. Nous connaissons déjà, d'ailleurs, le mode de formation de la plupart de ces lésions qui ont été énumérées comme étant des complications des ophtalmies. Les cicatrices consécutives aux ophtalmies ou aux kératites peuvent porter :

a) sur la cornée; b) sur la conjonctive; c) sur les paupières.

a) **Lésions de la cornée.** — 1° *Taies simples.* — Quand les ulcérations ou la nécrose de la cornée, qui ont attaqué cette membrane, ne l'ont pas perforée, la cicatrice s'établit sans déformer considérablement la courbure générale, et il en résulte une simple *taie*. Celle-ci prend le nom de *leucome* lorsqu'elle est épaisse et opaque, et celui de *néphélium* ou d'*albugo* si elle est légère ou un peu transparente. Les taies légères, demi-transparentes, les *néphéliums* seront traités par l'application répétée de pommade jaune à 1 pour 100, ou par le traitement classique de Follin, l'instillation le matin d'une goutte de laudanum de Sydenham et le soir d'un collyre au sulfate de zinc (eau 10 grammes, sulfate de zinc 5 centigrammes). On emploiera aussi les courants continus à la dose de 5 milliampères pendant 15 à 20 minutes, le pôle négatif sur les paupières fermées et le pôle positif à la nuque (traitement long). Les taies opaques, *albugos* ou *leucomes*, seront d'abord traitées comme précédemment, mais rarement on arrive par les moyens médicamenteux, ou même l'électrisation, à un éclaircissement suffisant. Si la taie se trouve placée en dehors du champ pupillaire et ne gêne pas la vision, il est préférable d'abandonner tout traitement; si l'opacité, placée au-devant de tout ou partie de la pupille, fait obstacle à l'entrée des rayons lumineux, il devient nécessaire de créer à ceux-ci un passage artificiel au moyen de l'iridectomie dite optique. La *pupille artificielle* qui résulte de cette opération doit être placée de préférence en bas ou en dedans, car c'est la position la

plus favorable pour la situation ordinaire des yeux, mais souvent on devra se guider sur l'état de transparence des secteurs de la cornée.

Quand il ne restera plus dans la cornée aucune partie transparente permettant de recourir à l'iridectomie optique, on pourra peut-être essayer la kératoplastie suivant la méthode de von Hippel. Cet auteur, avec un petit trépan, enlève une couronne de la cornée opaque et remplace celle-ci par une rondelle transparente empruntée à la cornée d'un lapin.

Quand le but optique est atteint d'une façon plus ou moins satisfaisante, il reste encore à dissimuler les taies par un tatouage, d'autant que ce mode d'intervention n'est pas inutile au point de vue optique, parce qu'il empêche la formation sur la rétine des images de diffusion qui résultent d'une taie incomplètement opaque. Le tatouage cornéen n'est donc pas purement une opération cosmétique et de complaisance. On l'exécute avec une solution épaisse d'encre de Chine et en criblant la taie de piqûres d'aiguille, l'œil étant cocaïnisé et soigneusement aseptisé.

2° *Taies compliquées.* — Quand l'ulcération cornéenne a abouti à la perforation de la cornée, même sans que cette perforation ait entraîné une large perte de substance de la membrane d'enveloppe, il est presque constant que l'iris contracte une adhérence avec la cicatrice. Il en résulte que la taie est compliquée; c'est un *leucome adhérent*. Les adhérences de l'iris ou de la cornée peuvent avoir les étendues les plus diverses, depuis un simple filament tenu jusqu'à la vaste attache d'une grande partie du sphincter de l'iris. La déformation de la pupille dépend naturellement de la quantité de l'iris enclavé et de la position de la cicatrice cornéenne.

L'opération indiquée en pareil cas sera l'iridectomie optique, avec cette condition qu'on comprendra dans le lambeau à exciser la portion enclavée de l'iris. Consécutivement on pourra tatouer le leucome.

3° *Staphylomes.* — Dans les staphylomes, la cornée, profondément ulcérée, ou ramollie sur une étendue variable, a cédé à l'effort de la pression oculaire et a subi une déformation, une poussée en avant. Cette déformation cornéenne distingue les staphylomes des taies simples ou compliquées. (Il est bien entendu qu'il ne s'agit ici que des déformations apparentes; car les déformations de la courbure cornéenne au point de vue optique, l'astigmatisme, existent à un haut degré même dans les taies légères.)

Les staphylomes partiels laissent à côté d'eux une portion plus ou moins étendue de cornée encore transparente. Dans les staphylomes totaux, toute vision et tout espoir de vision sont irrémédiablement perdus. Les staphylomes comportent souvent une tendance à l'exagération de la tension intra-oculaire et cette hypertonie finit par aboutir à la distension générale de la coque oculaire, à l'*hydrophthalmie* ou *buphtalmie*, qui est le glaucome des enfants. On devra donc chercher à s'opposer au développement de cette hydrophthalmie et, dans ce but, on abaissera la tension oculaire par l'instillation de collyres myotiques à l'ésérine ou à la pilocarpine. Simultanément on administrera du phosphate de chaux à l'intérieur. J'ai, de la sorte, arrêté plus d'une fois le développement de la buphtalmie chez des enfants qui en étaient menacés. Dès qu'on le pourra on ajoutera à ce traitement médical

une iridectomie dont l'effet serait d'abord optique, puis curatif vis-à-vis de l'hypertension. Malheureusement cette iridectomie reste souvent inefficace au point de vue optique, en raison des altérations profondes que l'œil et en particulier le cristallin présentent toujours, lorsque la cornée a été détruite sur une large étendue. Quand le staphylôme est à la fois petit et notablement saillant, on pourra en faire l'excision, puis recouvrir la perte de substance avec un lambeau de conjonctive, en forme de pont, pris au voisinage.

Les staphylomes totaux qui sont volumineux et empêchent le port d'un œil artificiel sont justiciables de l'opération de Critchett, c'est-à-dire de l'excision circulaire, suivie de sutures, de tout le segment antérieur de l'œil.

4° *Atrophie de la cornée.* — Parfois les altérations de la cornée, au cours des ophtalmies, au lieu d'aboutir à la distension de cette membrane et à la formation d'un staphylome, laissent s'effectuer l'expulsion d'une partie du contenu oculaire, puis se terminent par l'atrophie et la rétraction du segment antérieur de l'œil. Cette solution d'un état irrémédiable est préférable au staphylome, car aucune intervention chirurgicale ne devient nécessaire et l'œil artificiel se trouve fort bien appliqué sur un tel moignon du globe oculaire.

b) *Lésions de la conjonctive.* — La conjonctive présente des lésions de cicatrice à la suite de certaines ophtalmies, dans lesquelles le stroma conjonctif de la muqueuse a été profondément altéré. Toutes les conjonctivites à fausses membranes, même celles où les lésions sont dues à l'abus des caustiques, sont susceptibles de donner lieu à des brides cicatricielles conjonctivales. Ces brides constituent le *symblépharon* (voir plus haut).

c) *Lésions des paupières.* — Si le processus pseudo-membraneux a été plus profond encore et que, non seulement le derme muqueux, mais encore le squelette fibro-musculaire de la paupière aient été envahis par l'altération nérosique ou l'infiltration morbide, ainsi que le fait s'observe dans les diphtéries conjonctivales graves et dans le trachome vrai, on verra la cicatrice conjonctivale aboutir au recroquevillement en dedans du cartilage tarse et de toute la paupière. La difformité ainsi créée sera l'*entropion* (voir plus haut).

XIII. PLAIES ET CORPS ÉTRANGERS DE LA CONJONCTIVE, DE LA CORNÉE ET DE LA SCLÉROTIQUE. — Les *plaies simples* de la conjonctive sont peu graves généralement et il faudrait que la brèche fût bien large pour qu'il devint nécessaire d'y faire un point de suture; ordinairement des lavages antiseptiques, l'application de compresses fraîches suffisent à amener une prompt guérison.

Les *corps étrangers* de la conjonctive sont plus importants à savoir reconnaître chez l'enfant, à cause de la résistance qu'oppose le sujet aux explorations, et en raison de l'absence de renseignements sur l'accident. Des objets, même volumineux, peuvent se dissimuler dans le fond des culs-de-sac conjonctivaux, où le gonflement voisin de la muqueuse et la contraction des paupières empêchent de les découvrir si on ne pratique qu'un examen superficiel. J'ai retiré dernièrement un fragment d'épi long de 3 centimètres, et il y a quelques années un morceau de métal long de

1 centimètre et demi et large d'un demi-centimètre, des culs-de-sac conjonctivaux d'enfants qui étaient soignés tous deux pour une ophtalmie, par des médecins qui n'avaient pas su reconnaître la véritable cause de leur mal.

Le plus souvent les corps étrangers de la conjonctive sont beaucoup plus petits, ce sont des grains de poussières, des ailes d'insectes, et ils se localisent au cul-de-sac supérieur. La possibilité de l'existence d'un corps étranger doit conduire à toujours retourner les paupières pour explorer les culs-de-sac, lorsqu'il existe une inflammation oculaire *d'un seul côté*.

Les *plaies de la cornée*, à moins qu'elles ne soient très superficielles, sont des plus sérieuses chez l'enfant à cause des accidents septiques qui peuvent s'ensuivre. Ces plaies sont faites ordinairement en effet par des objets plus ou moins malpropres avec lesquels joue l'enfant, ou plus souvent encore par le bec d'une plume souillée d'encre et très septique. Outre l'infection de la plaie, il y a lieu de redouter la cataracte traumatique et l'enclavement de l'iris quand la plaie est pénétrante, si le traumatisme a été produit par un instrument tranchant et si la plaie est large. Lorsque celle-ci reste sans complications, la cornée demeure brillante et polie; si la plaie s'infecte, la cornée ternit et la chambre antérieure se trouble, puis l'iris devient grisâtre et il survient de l'hypopyon, en même temps que la plaie se transforme en un ulcère purulent. A cette période les complications graves infectieuses sont difficiles à enrayer et tout se termine souvent par un phlegmon de l'œil entraînant l'atrophie du globe. Si la plaie n'est pas infectée, on se contentera d'aseptiser la cavité oculaire et on maintiendra l'œil sous un pansement occlusif rare jusqu'à complète guérison de la blessure. Certains opérateurs, dans toute plaie oculaire pénétrante un peu large, cherchent à prévenir l'infection consécutive en introduisant un petit bâtonnet d'iodoforme agglutiné avec de la gélatine, dans l'intérieur du globe et par la plaie elle-même. Si la plaie commence à s'infecter, il faudra désinfecter vigoureusement le foyer malade par la cautérisation ignée de la blessure, par des injections sous-conjonctivales de 2 à 5 gouttes de sublimé à 1/1000 ou de cyanure d'hydrargyre à 1/100, pratiquées au niveau du bulbe tous les 5 jours, et par un pansement à l'iodoforme renouvelé 2 fois par jour. Au lieu des injections sous-conjonctivales, on pourra se contenter d'instiller 4 fois par jour, après cocaïnisation, quelques gouttes d'un collyre au sublimé à 1/1000 (sans alcool). C'est une modification du collyre de Scarpa, et cette pratique vaut celle des injections.

Lorsque le phlegmon de l'œil est déclaré, il ne reste ordinairement, pour faire cesser les douleurs, qu'à pratiquer l'ouverture large du globe et l'éviscération de son contenu. Parfois, lorsque la plaie de la cornée a été large, on observe dans la chambre antérieure des corps étrangers qui ont été introduits du dehors. Le plus fréquemment ce sont des cils qui, coupés par l'instrument vulnérant, se trouvent ainsi transportés dans l'œil où ils peuvent persister longtemps sans réaction. J'en ai observé qui étaient en cette place depuis plusieurs années.

Les *corps étrangers* de la cornée sont plus rares chez l'enfant que chez les adultes exposés à ces accidents par le fait de leurs travaux; cepen-

dant on peut observer des parcelles de charbon, des ailes d'insectes, qui s'incrustent au niveau de l'épithélium cornéen. Il suffit d'examiner l'œil avec soin pour reconnaître l'existence de ces corps étrangers, qu'on extraira avec une aiguille après avoir anesthésié l'œil à la cocaïne.

Les plaies qui portent à la fois sur la *cornée*, la *sclérotique* et la *conjonctive* sont graves, en raison de leur étendue d'abord, puis de leur siège qui se trouve au niveau de la base de l'iris, du corps ciliaire. Dans ces plaies l'iris est toujours largement enclavé et le cristallin, le plus souvent atteint, se trouve voué au développement d'une cataracte traumatique.

Le traitement consistera, comme précédemment, à prévenir ou à combattre les accidents d'infection, et ici l'inclusion du bâtonnet d'iodoforme trouvera légitimement sa place, mais il faudra, en outre, réséquer la hernie de l'iris. Une fois cette résection faite, on fermera la plaie par un ou deux points de suture si elle est large, ou on cautérisera les lèvres de la plaie si elle est assez petite pour n'avoir pas tendance à devenir béante. Dans certains cas on peut employer un lambeau de conjonctive pris au voisinage pour recouvrir la blessure et la fermer par une sorte d'autoplastie. La place de ces blessures, au limbe scléro-cornéen, non loin de l'équateur du cristallin, rend très fréquente en pareil cas la cataracte traumatique.

XIV. TUMEURS DE LA CONJONCTIVE ET DE LA CORNÉE. — Les *tumeurs de la conjonctive* sont rares et comprennent : a) le *lipome sous-conjonctival* caractérisé par une tuméfaction jaunâtre, diffuse, apparente sous la conjonctive bulbaire au niveau du cul-de-sac; on traite cette variété de tumeur par l'excision partielle des parties exubérantes; b) l'*angiome*, reconnaissable à ses signes connus et justiciable de l'électrolyse ou de la cautérisation ignée; c) le *cysticerque*, qui se présente sous la forme d'une vésicule transparente, assez volumineuse, couchée dans le cul-de-sac conjonctival inférieur. L'excision pure et simple suffit.

Les *tumeurs de la cornée* sont plus rares encore et on a signalé quelques cas de fibromes où la cornée était le siège d'une sorte d'hypertrophie charnue; nous-même en avons publié un cas très complet (*Archives d'ophtalmologie*, 1890).

Les *tumeurs du limbe* qui appartiennent à la fois à la cornée et à la conjonctive sont des *dermoïdes*, c'est-à-dire des productions charnues d'aspect framboisé, d'un rose pâle, et dont la caractéristique est de présenter à leur surface quelques poils fins. Extirpation et destruction ignée.

XV. ÉCTASIE DE LA CORNÉE. — La cornée peut, tout en gardant sa transparence générale, subir une déformation en forme de cône (kératocône) ou se distendre et s'arrondir en sphère (kératoglobe). Ces deux déformations, confondues autrefois à tort sous la même description de *staphylome pellucide*, sont cependant deux affections très distinctes et d'origine toute différente.

Le *kératoglobe* est un phénomène d'agrandissement partiel du globe oculaire portant sur la cornée. Celle-ci prend une forme globuleuse et apparaît comme une demi-sphère très polie; cette affection atteint les enfants de tout âge. Certains auteurs rattachent cette déformation à l'agrandissement

total du globe oculaire, assez fréquent dans l'enfance et que nous étudierons dans un chapitre prochain sous le nom d'Hydrophthalmie; nous ne croyons pas que ces deux affections aient une origine commune.

Le *kératocône* ou *cornée conique* est une maladie très particulière qui n'atteint pas les jeunes enfants et commence au plus tôt vers la douzième année. L'affection se manifeste par une distension de la cornée qui devient proéminente et conique, en même temps que la pointe de ce cône se trouble un peu par ramollissement et amincissement de la substance cornéenne. A mesure que la déformation s'accroît, la vision devient, chez l'enfant, de plus en plus mauvaise par le fait d'un astigmatisme irrégulier progressif, et aucun verre ne réussit à l'améliorer d'une façon pratique, même les verres paraboliques qui ont été imaginés dans ce but.

Le traitement consistera à prescrire l'instillation de myotiques (ésérine, pilocarpine) pour diminuer la tension oculaire et entraver dans une certaine mesure le développement de l'ectasie; en même temps on administrera du phosphate de chaux à l'intérieur parce que l'affection, d'après notre expérience, tient ordinairement à un certain degré de rachitisme.

De nombreux procédés opératoires ont été tour à tour préconisés contre cette affection; le moins mauvais consiste à faire s'affaisser le cône cornéen par la cautérisation ignée de son sommet, puis à pratiquer l'iridectomie optique.

III

MALADIES DU TRACTUS UVÉAL ET DU CORPS VITRÉ

I. — IRITIS, IRIDOCYCLITE, IRIDOCOROÏDITE. — Les affections de l'iris, de la choroïde et du corps ciliaire, exception faite pour l'ophtalmie sympathique et les uvéites suppuratives infectieuses, sont rares chez l'enfant et sont toujours dues à une maladie générale constitutionnelle, la syphilis héréditaire ou la scrofule. On ne rencontre pas chez lui d'iritis idiopathique ni d'iritis rhumatismale.

IRITIS CONGÉNITALE. — On observe parfois chez le nouveau-né une occlusion complète de la pupille qui est fermée par des exsudats; l'iris est bombé en avant, sous l'effort de l'humeur aqueuse sécrétée en arrière de lui et qui ne peut gagner la chambre antérieure, et celle-ci est effacée. Il existe en même temps souvent une cataracte inflammatoire secondaire. Ces cas relèvent de la syphilis héréditaire.

IRITIS, IRIDOCOROÏDITE SCROFULEUSE. — Vers la dixième année, chez les sujets scrofuleux, affaiblis, on voit se développer les symptômes d'une iritis, d'ailleurs torpides. La réaction inflammatoire est peu vive, la douleur presque nulle, mais la vision baisse rapidement. On observe à la face postérieure de la cornée un fin pointillé de dépôts exsudatifs, et ces exsudats, finissant par devenir considérables, se réunissent en masses floconneuses dans les parties déclives de la chambre antérieure. L'iris est lui-même peu