

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

épaissi et ne présente que peu ou pas de synéchies, mais il est *terne* et peu mobile. A une période plus avancée on constate, à l'examen du fond de l'œil, que le corps vitré est légèrement trouble et floconneux (*synchisis*), ce qui indique la part que prennent le corps ciliaire et la choroïde au processus inflammatoire; enfin, plus tard encore, on voit à la périphérie de la choroïde se former des foyers exsudatifs jaunâtres qui deviendront des plaques de choroïdite atrophiques entourées partiellement de pigment. La complication la plus habituelle de cette affection, assez rare d'ailleurs, est une opacification secondaire de la partie postérieure du cristallin, une cataracte polaire postérieure inflammatoire. Le pronostic, en raison des lésions assez profondes des organes essentiels de l'œil, le cristallin, la choroïde, est assez sombre.

Le *traitement*, dans la période d'état, consistera surtout dans des instillations répétées d'atropine et dans l'emploi des compresses chaudes. Au besoin, si la tension de l'œil était exagérée par suite de l'abondance des exsudats remplissant la chambre antérieure, il serait indiqué (Horner) de pratiquer une ou plusieurs paracentèses de la chambre antérieure, de façon à détendre l'œil et à faire cesser les douleurs.

Le traitement général applicable à la constitution scrofuleuse devra être rigoureusement employé et continué pendant très longtemps et même après que les symptômes principaux auront disparu.

II. IRIDOCYCLITE INFECTIEUSE. — IRIDOCYCLITE INFECTIEUSE TRAUMATIQUE. — Celle-ci se voit dans les plaies de la cornée ou de l'angle scléro-cornéen, que l'iris ait lui-même ou non été intéressé par le traumatisme. Elle résulte de l'infection qui se fait au moment même du traumatisme si le corps vulnérant est septique (plume chargée d'encre chez un écolier), ou de l'infection tardive qui s'observe communément lorsque l'œil est resté, avec une plaie pénétrante, abandonné à lui-même sans être couvert d'un pansement aseptique. Dans les deux cas, l'iris devient terne, l'œil rouge et douloureux, tendu. Le corps vitré se trouble et se montre infiltré en quelques jours par de nombreux globules de pus. Si le processus est très aigu, le vitreum se transforme en une masse purulente liquide, que l'on voit à travers la pupille se présenter comme un bouchon jaune. L'œil, à ce moment, est dur, offre une réaction vasculaire très vive, et les douleurs intolérables qui résultent de cet état obligent à intervenir. On hésitera d'autant moins à employer les moyens extrêmes que l'œil, atteint de *panophtalmie* ou de *phlegmon vitréen*, est irrémédiablement perdu pour la vision. L'opération qui doit être préférée en pareil cas est l'exentération du globe oculaire qui consiste à enlever le segment antérieur de l'œil, puis à vider entièrement de son contenu corps vitré purulent et membranes, la cupule scléroticale conservée. On place dans cette cavité ainsi vidée un drain de caoutchouc, et la guérison est rapide. L'iridochoroïdite infectieuse n'aboutit pas toujours, heureusement, à la formation d'un abcès du corps vitré. Assez souvent l'affection s'arrête à une infiltration de l'iris et du vitreum. Celui-ci est trouble mais non pas purulent, et les douleurs restent modérées; l'œil n'est pas tendu. On traitera l'iridochoroïdite infectieuse ainsi atténuée par l'applica-

tion de pansements aseptiques très surveillés, par l'instillation de collyres à l'atropine également très aseptiques et d'un collyre au sublimé à 1/1000 (voir Plaies de la cornée), par des frictions sur le front d'onguent napolitain belladonné ou de collargol. Ultérieurement, quand les accidents aigus sont passés, il reste souvent une occlusion pupillaire due à la formation d'adhérences iriennes à la face antérieure du cristallin; on remédiera, suivant les cas, au défaut de vision au moyen d'une iridectomie optique.

IRIDOCYCLITE INFECTIEUSE MÉTASTATIQUE. — Celle-ci s'observe dans le cours des maladies infectieuses et est spontanée; on lui reconnaît aussi deux états suivant que le processus aboutit à la perte de l'œil ou laisse à l'organe tout ou partie de sa puissance visuelle. Cette terminaison heureuse est relativement fréquente chez les enfants. Les maladies infectieuses qui donnent lieu à l'iridocyclite métastatique, ou *panophtalmie*, sont surtout la méningite cérébro-spinale, la fièvre typhoïde; on peut rencontrer cette complication également dans la scarlatine et la variole.

Les symptômes sont à peu près les mêmes que précédemment: les paupières se gonflent, la conjonctive est très injectée et œdémateuse, de façon à former un bourrelet chémotique autour de la cornée; celle-ci est un peu terne et la chambre antérieure, diminuée de profondeur, est souvent remplie par un exsudat purulent. L'iris est décoloré, terne, et la pupille offre un reflet jaunâtre qui indique que le corps vitré est infiltré de pus.

Quand l'infection doit être modérée, les exsudats se résorbent lentement et les phénomènes réactionnels diminuent peu à peu; il en résulte, toutefois, ordinairement une phtisie progressive du bulbe oculaire. Dans les cas plus graves, les douleurs violentes du *phlegmon de l'œil*, de la *panophtalmite*, éclatent; l'œil est distendu et l'inflammation peut gagner les enveloppes cellulaires du globe, la capsule de Tenon. Il en résulte de l'exophtalmie avec diminution de la mobilité de l'œil et douleurs vives dans les mouvements de l'organe. Le chémosis péri-cornéen augmente aussi d'intensité.

En même temps l'enfant souffre de fièvre, de maux de tête; il présente des vomissements et des frissons au début. Les douleurs cessent quand la collection purulente vitréenne arrive à se frayer un chemin et à s'ouvrir à l'extérieur en perforant la sclérotique; il en résulte l'atrophie rapide du globe oculaire qui se vide et se réduit à un moignon informe.

Le *traitement* sera le même que dans la forme précédente.

III. IRIDOCYCLITE SYMPATHIQUE. OPHTALMIE SYMPATHIQUE. — L'ophtalmie sympathique revêt ordinairement, chez l'enfant, la forme d'iridocyclite, et cette iridocyclite présente quelques particularités d'évolution qui la distinguent des cas précédents. Elle succède à la blessure de l'œil voisin, surtout lorsque cette blessure se complique de la présence d'un corps étranger; l'œil sympathisant est ordinairement lui-même atteint d'iridocyclite traumatique grave et, lorsque les phénomènes sympathiques commencent sur l'œil opposé, cet œil est généralement déjà perdu pour la vision. Il n'en est cependant pas toujours ainsi et l'ophtalmie sympathique peut envahir et évoluer entièrement sans que la destruction de l'œil sympathisant soit aussi complète

que celui de l'œil sympathisé. L'affection commence à se manifester par une sensibilité de l'œil à la lumière qui va s'accroissant de jour en jour. L'œil offre de l'injection péri-kératique, l'iris est un peu terne et on voit se former des synéchies aux bords de la pupille. Surtout il existe un point sensible, parfois extrêmement douloureux au niveau du corps ciliaire, à la partie supérieure de la cornée. L'existence d'une poussée cyclitique, alors que l'œil congénère est lui-même atteint de cyclite traumatique, fait établir le diagnostic d'ophtalmie sympathique.

Toutefois, à l'heure actuelle, la question de l'ophtalmie sympathique est encore à l'étude et certains ophtalmologistes ne donnent pas à cette forme de cyclite une place à part dans la nosologie oculaire. Il est réel que le cadre des affections sympathiques a été artificiellement augmenté et, de ce qu'un des yeux a été victime d'un traumatisme, il ne s'ensuit pas que toutes les inflammations de l'autre doivent se rattacher à cet accident.

Quoi qu'il en soit, la marche de l'iridocyclite sympathique est rapidement destructive pour l'œil sympathisé. L'iris devient terne et les bords pupillaires se fixent à la cristalloïde antérieure, pendant que la pupille elle-même s'encombre d'exsudats plastiques. La désorganisation se poursuit dans l'iris et les membranes profondes, le cristallin s'opacifie par trouble de nutrition et l'œil devient mou et atrophique. A ce moment, l'iris entièrement soudé à la capsule cristallinienne offre un aspect caractéristique; il est décoloré, grisâtre, et semble réduit à une trame filamenteuse extrêmement ténue. De fait son tissu est devenu friable et presque insaisissable à la pince lorsqu'on veut iridectomiser.

Le traitement, si l'on n'intervient pas trop tardivement, pourra réussir à enrayer la marche des symptômes. Il consistera, avant toutes choses, à énucléer l'œil blessé sympathisant, dès que les premiers signes de l'irritation sympathique auront été constatés. Il est prudent de ne pas attendre que les phénomènes d'iritis aient acquis toute leur intensité, car alors l'énucléation demeure impuissante à enrayer le processus destructif sympathique.

Pour hâter la résorption des exsudats et la résolution des accidents irritatifs, on prescrira des instillations répétées d'atropine, des onctions quotidiennes avec l'onguent napolitain belladonné et on maintiendra l'enfant dans une chambre obscure. Si ces moyens restent insuffisants, on pourra essayer les injections sous-conjonctivales et même intra-vitréennes (Abadie) de quelques gouttes d'une solution de sublimé au millième.

IV. TUBERCULOSE DU TRACTUS UVÉAL. — A) TUBERCULOSE DE L'IRIS. — La tuberculose de l'iris est une affection assez rare qui se montre surtout entre l'âge de 5 ans et la puberté.

Après quelques symptômes d'iritis on voit apparaître, en général au voisinage de la base de l'iris, un point jaunâtre qui se développe et prend la forme d'un bouton conique, dont la base élargie se perd dans le tissu irien épaissi. Parfois plusieurs tubercules s'élèvent les uns près des autres.

Ces tubercules ont une tendance à s'étendre du côté du limbe scléro-cornéen et cette extension s'accompagne alors de phénomènes réactionnels assez marqués. Ordinairement le sujet présente, en d'autres points du corps,

des manifestations de la diathèse tuberculeuse : tubercules des os, abcès froids, tuberculose pulmonaire.

Le traitement local consistera dans l'ablation du tubercule, si elle est possible, au moyen de l'excision du lambeau d'iris qui le contient. Si le nodule tuberculeux se trouve placé trop à la périphérie de l'iris pour être enlevé, on se contentera du traitement général et notamment de l'ingestion d'iodoforme à l'intérieur à la dose de 5 à 5 centigrammes par jour.

B) TUBERCULOSE DE LA CHOROÏDE. — a) *Tubercules isolés de la choroïde.* — Ceux-ci se voient généralement chez des enfants atteints de lésions tuberculeuses avancées. La maladie s'annonce par des troubles visuels et l'ophtalmoscope révèle, en même temps qu'une transparence complète des milieux, l'existence d'une tumeur intra-oculaire jouissant d'une vascularisation propre. L'existence de lésions tuberculeuses extra-oculaires permet d'écarter l'idée de sarcome choroïdien ou de gliome de la rétine. Le traitement se bornera ordinairement à l'expectative. En effet, l'énucléation seule serait indiquée; mais il est inutile de pratiquer une telle mutilation puisqu'il existe d'autre part des lésions tuberculeuses qui ne permettent pas d'espérer une guérison complète.

b) *Tuberculose miliaire de la choroïde.* — C'est une complication qui a été observée dans la tuberculose aiguë généralisée et surtout dans la méningite tuberculeuse. Cette complication se voit surtout chez des sujets jeunes, et, si elle est assez rarement observée, c'est probablement parce qu'on ne la recherche pas dans tous les cas de tuberculose miliaire aiguë. La papille est irrégulièrement rosée et les veines rétiniennees sont élargies et sinueuses. Le pôle postérieur de l'œil, plus spécialement l'espace voisin du nerf optique et de la macula, apparaît parsemé d'un nombre plus ou moins considérable de taches légèrement proéminentes qui présentent une largeur égale à  $\frac{1}{5}$  ou  $\frac{2}{5}$  de celle de la papille. Ces taches sont d'un blanc terne qui les distingue aussi bien du blanc éclatant de l'atrophie choroïdienne que du blanc bleuâtre du décollement rétinien. Ces taches ne sont jamais bordées de pigment et leur nombre, souvent considérable, varie de 5, 4 ou 5 jusqu'à 50. Cette complication n'est qu'un épiphénomène de la tuberculose miliaire aiguë et aucun traitement ne lui est applicable en particulier.

V. - HYDROPTALMIE. BUPHTALMIE (*Glaucome infantile*). — L'hydroptalmie est une affection propre à l'enfance, qui se caractérise objectivement par une distension générale de la membrane d'enveloppe de l'œil; le globe devient beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal et il peut acquérir plus du double de ses dimensions habituelles (*œil de bœuf, buphtalmie*). Anatomiquement les lésions portent sur l'ensemble du tractus uvéal et la sclérotique, mais spécialement sur les parties de ces deux membranes qui correspondent à l'angle iridien. Cette particularité jointe au signe principal de l'affection, qui est l'hypertension du globe oculaire, a mérité à cette maladie le nom de *glaucome infantile*. L'hydroptalmie peut être la conséquence des larges enclavements de l'iris qui se voient lorsque la cornée a été détruite par l'une des formes d'ophtalmie des nouveau-nés; alors elle se manifeste dès la première année de la vie et atteint son maximum d'in-

tensité en 2 ou 3 ans. L'hydrophtalmie peut aussi naître spontanément sous l'influence de causes mal connues, point de ressemblance encore avec le glaucome, et dans ce cas l'affection appartient surtout à la seconde ou à la troisième enfance, apparaissant vers l'âge de 8 à 10 ans.

La variété *secondaire* d'hydrophtalmie ne s'accompagne pas des symptômes irritatifs qui sont presque constants dans la forme *idiopathique primitive*; on voit l'œil peu à peu grossir et la cornée ainsi que le limbe scléro-cornéen se distendre sous l'effort du tonus de l'œil qui est très augmenté. Comme la chambre antérieure de l'œil est détruite ou déformée par l'enclavement étendu de l'iris, les modifications qui se passent de ce côté n'offrent pas l'importance qu'elles prennent dans l'hydrophtalmie idiopathique ou primitive.

L'hydrophtalmie *primitive* débute par des phénomènes d'irritation ciliaire qui sont ceux de la cyclite. Peu à peu l'humeur aqueuse se trouble, la chambre antérieure devient plus profonde et la tension de l'œil s'augmente notablement. Arrivée à cette période d'état, la maladie peut évoluer sous deux aspects : a) Il se forme au pourtour de la cornée, dans l'espace qui sépare le limbe scléro-cornéen de l'insertion des muscles droits, des ectasies de la sclérotique qui apparaissent sous la forme de bosselures bleuâtres, ardoisées, que recouvre la conjonctive traversée par des vaisseaux variqueux. Ces saillies qui sont plus ou moins nombreuses et entourent parfois la cornée comme d'un collier, constituent le *staphylome intercalaire*; — b) D'autres fois, et celles-ci sont les plus nombreuses, la sclérotique ne se laisse pas boursoufler ainsi par places, mais le globe de l'œil tout entier et surtout le segment antérieur est distendu sous l'effort de la pression intra-oculaire. La chambre antérieure est alors très profonde et la cornée surtout devient énorme par une distension générale de toutes ses parties. Cette distension, qui entraîne un amincissement considérable de la coque fibreuse de l'œil, est manifeste principalement au niveau du limbe, qui apparaît, non plus comme une ligne de démarcation assez tranchée entre la cornée opaque (sclérotique) et la cornée transparente, mais comme une bande de tissu blanc bleuâtre, à travers lequel on voit l'angle iridien élargi, distendu. L'œil tout entier est énorme, l'iris est dilaté, souvent tremblotant (*iridonosis*); ce dernier symptôme signifie que la zonule cristallinienne tirillée a perdu ses rapports avec l'iris et a cessé de le soutenir.

Des lésions aussi profondes des enveloppes de l'œil ne vont pas sans une altération notable de la fonction. La vision s'amointrit graduellement et cette amblyopie tient, d'une part aux lésions des membranes profondes et d'autre part aux progrès de la myopie qui devient excessive par le fait de l'allongement considérable du globe oculaire. L'éclairage ophtalmoscopique révèle en effet un trouble considérable du corps vitré qui indique que l'inflammation s'est généralisée à tout le tractus uvéal; si l'examen du fond de l'œil est possible, on constate des lésions choroïdiennes étendues, siégeant à la périphérie et au pôle postérieur de l'œil.

**Traitement.** — Dans l'hydrophtalmie *secondaire* à l'enclavement de l'iris le traitement consistera, dès les premiers symptômes d'hypertonie et

de distension, à pratiquer quotidiennement des instillations d'un collyre à l'ésérine à 1 pour 100. En même temps, et pour favoriser la consolidation de la coque fibreuse de l'œil, on administrera à l'enfant du phosphate de chaux à l'intérieur. Souvent, en effet, les enfants qui offrent une prédisposition à l'hydrophtalmie ont une certaine tendance au rachitisme ou du moins marchent assez tard. Si les moyens médicaux ne suffisent pas à arrêter les progrès de la distension, on y ajoutera une iridectomie large et périphérique, comme dans le glaucome des adultes.

Dans l'hydrophtalmie *primitive* des sujets de la seconde ou de la troisième enfance, le traitement médical sera identiquement le même que précédemment et pour les mêmes raisons, mais le traitement chirurgical, s'il devient nécessaire, devra être différent.

Ici l'iridectomie est dangereuse à pratiquer à cause de la distension du limbe scléro-cornéen et de la minceur de la paroi fibreuse de l'œil. Une ouverture tant soit peu large de la coque oculaire est généralement suivie d'enclavement de l'iris, puis d'une atrophie du globe. On préférera alors, en pareil cas, la sclérotomie, c'est-à-dire une simple ponction pratiquée avec une aiguille spéciale ou un très fin couteau de de Graefe. L'opération de de Vincentiis, qui consiste à introduire au niveau du limbe une aiguille coudée et coupante, puis à sectionner circulairement les trabécules de la base de l'iris aux environs du canal de Schlemm, convient parfaitement à cette affection, et c'est la seule opération qui n'offre pas de grands dangers; nous avons modifié d'une façon qui nous paraît commode la courbure de l'aiguille de Vincentiis (aiguille à sclérotomie de Valude). Dans des cas invétérés on pourra pratiquer ou répéter plusieurs fois les sclérotomies équatoriales.

VI. HÉMORRAGIES DU CORPS VITRÉ. — Les affections idiopathiques ou primitives du corps vitré chez l'enfant, en dehors des cysticerques qui sont extrêmement rares en France, se limitent à des hémorragies, car les exsudats vitréens (*synchisis*) ne constituent qu'un symptôme de la cyclite ou de la choroidite, et non pas une affection spéciale. Les hémorragies du corps vitré peuvent survenir naturellement à la suite de traumatismes, mais on les observe parfois spontanément, et leur origine est alors des plus obscures. Panas les rattache à des troubles généraux d'origine digestive, parce qu'il a observé des hémorragies vitréennes chez un enfant atteint de dilatation de l'estomac; j'en ai constaté, pour ma part, la présence chez des enfants dont l'intégrité digestive était parfaite, et je crois plutôt qu'il s'agit là d'un phénomène d'altération du liquide sanguin tel qu'on en observe dans l'anémie. Chez une jeune fille que j'ai soignée pendant plusieurs années, les hémorragies vitréennes se produisaient chaque année à la fin de l'hiver, au moment où son anémie de Parisienne avait atteint un degré assez prononcé, et aucun traitement ne réussissait si elle n'allait en même temps faire une cure d'air et d'altitude en Suisse. Les hémorragies du vitreum sont du même ordre et s'observent en même temps que l'épistaxis chez les sujets anémiques. L'affection se manifeste par un trouble profond de la vue, sans aucune réaction inflammatoire de l'œil, ni aucun signe morbide visible de

l'extérieur. L'ophtalmoscope révèle l'existence de larges masses sombres flottant dans le vitré, parfois d'un obscurcissement total qui rend l'œil inéclairable; quand les hémorragies sont peu nombreuses et laissent pénétrer les rayons lumineux, on aperçoit parfois des hémorragies en nappes ou fixes sous la membrane hyaloïde de la rétine. Lorsque les hémorragies récidivent souvent, le corps vitré ne s'éclaircit plus complètement, et il s'y développe des masses de tissu conjonctif et plus tard, ordinairement, un décollement de la rétine.

**Traitement.** — On insistera surtout sur les toniques généraux : hydrothérapie, cure d'air et d'altitude, fer. Localement le traitement a peu d'action; on essayera l'application de petits sinapismes à la tempe et l'injection sous-cutanée, au voisinage de l'orbite, de 2 ou 3 gouttes d'ergotinine de Tanret, tous les deux jours.

VII. ANOMALIES CONGÉNITALES. — **COLOBOMA.** — Le coloboma est de beaucoup le vice de conformation le plus fréquent du tractus uvéal; il consiste en un arrêt dans la fermeture de la fente oculaire fœtale. Le coloboma de l'iris et celui de la choroïde sont souvent réunis, toutefois ils existent aussi séparément. Le coloboma de l'iris est une brèche, presque sans exception placée en bas, qui sort de la pupille et se dirige vers le bord adhérent du diaphragme irien. La fente peut être complète ou incomplète, et, suivant sa largeur, la pupille ainsi échancrée prend la forme d'un ovale ou d'une raquette. Le coloboma choroïdien s'aperçoit à l'ophtalmoscope. Il figure une plaque blanche d'apparence atrophique qui se dirige en bas à partir de la papille optique et gagne la périphérie de la rétine. Ce coloboma, qui est ordinairement un peu large, peut être complet ou incomplet, et s'arrêter à quelque distance de l'ora serrata.

**IRIDÉRÉMIE.** — C'est l'absence congénitale de l'iris. Le plus souvent l'iris persiste à l'état de vestige, sous forme d'une bandelette périphérique. On aperçoit facilement dans l'iridérémie les contours du cristallin.

**POLYCORIE.** — C'est la multiplicité des pupilles; fort rare.

**CORECTOPIE.** — A l'état normal la pupille n'occupe pas exactement le centre de l'iris; elle est située un peu en haut et en dedans. Quand cette particularité s'accroît de manière à constituer une véritable anomalie, on dit qu'il y a corectopie.

**HÉTÉROPTALMIE.** — C'est l'ensemble des diverses anomalies de coloration qui peuvent exister sur l'iris d'un même œil ou rendre un œil entièrement différent de l'autre. On appelle *yeux vairons*, des yeux de couleur différente sur le même individu. Dans le même ordre d'idées on a observé des troubles dans la pigmentation de l'iris figurant des chiffres, des lettres, etc.

**PERSISTANCE DE LA MEMBRANE PUPILLAIRE.** — La membrane qui, chez le fœtus, ferme l'orifice pupillaire, peut ne pas disparaître complètement après

la naissance; on voit alors dans le champ pupillaire des filaments très fins qui se distinguent des synéchies inflammatoires en ce qu'elles prennent attache sur l'iris, non pas au bord libre, mais aux arcades du grand cercle de l'iris, sur la face antérieure de cette membrane.

**PERSISTANCE DE L'ARTÈRE HYALOÏDE ET DU CANAL DE CLOQUET.** — Anomalie du même ordre que la précédente et qui se révèle à l'ophtalmoscope par la présence d'un filament obscur partant du centre de la pupille et traversant le vitré d'arrière en avant. Des recherches récentes établissent que les enfants nouveau-nés possèdent ordinairement un vestige visible de l'artère hyaloïde qui disparaît plus tard. Ce vestige embryonnaire est formé d'un tissu conjonctif qui peut devenir le point de départ des tumeurs malignes. Nous avons vu un sarcome né aux dépens des restes de l'artère hyaloïde.

## IV

## MALADIES DU CRISTALLIN — CATARACTE

Les maladies du cristallin sont représentées par la cataracte dont il existe de très nombreuses variétés. Chez l'enfant cette maladie, dans ses formes congénitales, offre des caractères spéciaux.

**Symptômes généraux.** — Les symptômes généraux de la cataracte, c'est-à-dire ici les symptômes communs aux diverses variétés de cataracte, résultent tous de la perte de transparence de tout ou partie de la substance du cristallin.

A l'*éclairage latéral*, pratiqué avec la loupe et une lampe placée à côté de la tête de l'enfant, on distingue très nettement ces opacités, leur étendue, leur forme; elles présentent une coloration gris blanchâtre parfois chatoyante. Si le noyau est opacifié, on aperçoit une masse centrale ronde et obscure; si ce sont les parties périphériques, elles apparaissent comme des segments superficiels d'un blanc nacré. Avec le *miroir ophtalmoscopique* on découvre les opacités légères ou profondes qui peuvent échapper à l'exploration précédente. Par ce moyen on éclaire le fond de l'œil qui apparaît en rouge, et, sur ce fond éclairé, les opacités du cristallin projettent des ombres noires qui se détachent nettement. Quand la perte de transparence est totale, cette exploration montre que l'œil est inéclairable.

Pour ces diverses recherches, il est nécessaire de dilater la pupille avec de l'atropine, surtout lorsqu'il s'agit d'une cataracte zonulaire dans laquelle il est important de connaître l'étendue de l'opacification du noyau.

Les *troubles visuels objectifs* sont en rapport avec l'étendue, le siège et le degré de l'opacification du cristallin. Dans les cataractes centrales ou zonulaires, le petit malade a la vision très diminuée, mais se trouve favorablement influencé par le séjour dans une demi-obscurité qui lui procure une certaine dilatation de la pupille. Les caractères *spéciaux*, à chacune des variétés de la cataracte chez l'enfant, sont tous d'ordre objectif et seront reconnus à l'éclairage latéral ou ophtalmoscopique.