

d'abord complète et le malade sortit de l'hôpital, mais après quelque mois l'état était redevenu le même.

De faits analogues on a conclu que le véritable traitement des trachomes devait consister dans leur modification et non pas dans leur destruction. Pour cela on a conseillé les divers liquides antiseptiques, l'iodoforme. On a eu recours au jequirity et même on n'a pas craint d'inoculer sur la conjonctive du pus blennorrhagique pour déterminer une puissante modification, ressource ultime que j'aurais quelque peine à employer.

KÉRATITE.

Les divers aspects sous lesquels le clinicien est appelé à envisager la cornée atteinte d'inflammation sont les suivants :

Il existe à la surface de cette membrane une ou plusieurs ulcérations, superficielles ou profondes : c'est la *kératite ulcéreuse* ;

La cornée s'est vascularisée à ce point qu'elle se présente sous l'aspect d'une membrane rouge et charnue : c'est la *kératite vasculaire* ou *pannus* ;

Dans l'épaisseur même de la cornée, au sein de sa substance propre, existe une infiltration plastique grisâtre diffuse : c'est la *kératite interstitielle, parenchymateuse* ;

Enfin la cornée peut renfermer un foyer purulent : c'est la *kératite suppurative*.

Voyons successivement les caractères cliniques à l'aide desquels nous pourrions distinguer ces diverses espèces de kératite et le traitement qu'il convient de leur appliquer.

A. Kératite ulcéreuse. — Les enfants, et spécialement les enfants scrofuleux, sont affectés de kératite ulcéreuse, et vous pourrez le plus souvent établir le diagnostic à distance rien qu'à l'attitude du malade : les paupières sont fortement serrées contre le globe de l'œil, la commissure externe est plissée, la tête est fléchie et cachée autant que possible par le malade dans ses mains ou contre sa mère, afin d'éviter le contact de la lumière.

Le symptôme en effet qui domine dans cette affection et dont découlent presque tous les autres est la photophobie, qui acquiert une intensité extrême. Que vous cherchiez alors à ouvrir les paupières pour examiner l'état de la cornée, vous éprouvez une résistance toujours très vive, parfois invincible, à ce point qu'il faut

recourir à l'emploi du chloroforme. Il résulte de cette contraction du muscle orbiculaire, véritable blépharospasme, que les larmes, sécrétées en plus grande abondance qu'à l'état normal, ne peuvent s'écouler, deviennent irritantes, déterminent un certain degré de conjonctivite et même d'excoriation de la peau.

Au début, il n'existait sur la cornée qu'une phlyctène, mais celle-ci s'est bientôt ouverte et a fait place à une ulcération d'abord très superficielle, mettant à nu la couche élastique antérieure de la cornée où se terminent les nerfs, ce qui explique l'intensité de la photophobie. Il peut exister plusieurs ulcérations, soit au centre, soit sur les bords de la cornée, dont on constate la présence directement ou mieux par l'éclairage oblique.

De l'ulcération part un pinceau de vaisseaux qui se continuent avec ceux de la conjonctive. Elle peut gagner en profondeur, atteindre la couche des fibres propres de la cornée, et même traverser complètement cette membrane. Quand il ne reste plus que la lame élastique postérieure, celle-ci fait hernie à travers l'ulcération sous forme d'une petite vésicule transparente. A cette période, les nerfs de la cornée étant détruits, la photophobie est beaucoup moins intense et arrive même à disparaître entièrement. Lorsque la cornée a été traversée de part en part, on le reconnaît à la présence de l'iris, qui vient s'appliquer immédiatement sur l'ouverture et l'obturer.

Certains ulcères de la cornée, au lieu de reconnaître la scrofule comme cause, se rattachent à une éruption herpétique, et présentent d'ailleurs les mêmes symptômes objectifs. Ils en diffèrent principalement en ce qu'ils sont accompagnés et souvent suivis de douleurs névralgiques très intenses, comme dans le zona ordinaire.

Vous reconnaîtrez donc très facilement une kératite ulcéreuse, et vous ne la confondrez pas avec les ulcérations de la cornée produites par les granulations de la conjonctive dont j'ai parlé précédemment.

Le traitement de cette affection est simple ; sachez toutefois que certaines ulcérations mettent une lenteur désespérante à se combler et à guérir, et prévenez les parties intéressées que dans l'hypothèse la plus heureuse il restera une tache de la cornée.

Au début de l'affection, alors qu'il n'existe encore qu'une phlyctène, surtout si elle siège à la limite du limbe scléro-cornéen, j'ai l'habitude de la toucher légèrement avec la pointe très effilée d'un crayon de nitrate d'argent. Plus tard, lorsque l'ulcération

existe, si surtout elle occupe le centre ou les parties voisines du centre de la cornée, l'indication la plus pressante est de s'opposer à l'adhérence de l'iris, c'est-à-dire aux synéchies antérieures : on aura donc recours journellement aux instillations de sulfate d'atropine (5 centigr. pour 30 gr. d'eau distillée); la pommade à l'oxyde jaune de mercure (2 gr. pour 30 d'axonge) a paru donner de bons résultats. Mettez le malade autant que possible dans l'obscurité et maintenez sur l'œil des compresses trempées dans l'eau chloralée, si le blépharospasme est très intense. Le traitement général est de rigueur.

Kératite vasculaire ou pannus. — Dans cette variété, la cornée a perdu toute transparence; à sa place, on voit une membrane rouge, comme charnue. Il y a toutefois divers degrés, et je crois devoir en établir deux.

Dans un premier degré, les couches superficielles de la cornée sont seules prises, et les vaisseaux se continuent avec ceux de la conjonctive; dans un second degré toute l'épaisseur de la cornée est vascularisée, et les vaisseaux communiquent non seulement avec ceux de la conjonctive, mais avec ceux de la sclérotique et, par leur intermédiaire, avec le système vasculaire irido-choroïdien. Cette distinction est sans doute difficile à établir au lit du malade, mais le traitement la démontre d'une façon évidente.

La kératite vasculaire n'est pas une affection essentielle, primitive : c'est une modification de la cornée qui résulte de l'action d'un certain nombre de causes qu'il est indispensable de connaître pour établir un traitement rationnel.

Vous n'aurez aucune peine à reconnaître une kératite vasculaire, le diagnostic s'impose en quelque sorte, mais vous en devrez rechercher la cause.

Provient-elle d'une conjonctivite granuleuse? C'est la cause de beaucoup la plus fréquente. — Provient-elle d'une kératite ulcéreuse? — d'une inflammation chronique de la conjonctive entretenue par un mauvais état des voies lacrymales? — Provient-elle d'un mode vicieux d'implantation des cils (trichiasis) dont l'extrémité libre vient irriter constamment la cornée? — Provient-elle d'un entropion dont l'effet est le même? — Est-ce un ectropion (renversement en dehors du bord libre de la paupière), de telle sorte que la cornée se trouve mal protégée contre l'air extérieur? Telles sont les causes habituelles de la kératite vasculaire.

Dans le principe, on ne voit que quelques vaisseaux isolés et disséminés dans les couches superficielles de la cornée, et ce n'est pas encore à proprement parler une kératite vasculaire : mais peu à peu, la cause persistant, de nouveaux vaisseaux se développent, se rapprochent des premiers et finissent par former une sorte de membrane vasculaire continue; le pannus est alors constitué.

Avant de s'attaquer au pannus lui-même, il est à peine besoin de dire qu'il faut commencer par combattre la cause : détruire les granulations, guérir l'ulcération cornéenne, rétablir les voies lacrymales, traiter l'entropion, le trichiasis et l'ectropion par les moyens propres à ces diverses affections.

Contre le pannus lui-même, tous les collyres sont inefficaces, l'indication est de détruire les vaisseaux qui se rendent à la cornée; pour cela, quand on aperçoit de gros troncs sur la conjonctive, on peut les toucher vivement avec la pointe d'un crayon de nitrate d'argent, c'est un bon moyen qui réussit quand le pannus est très léger. A une période plus avancée, il conviendra de pratiquer le traitement de Furnari, ce qu'il appela la *tonsure de la conjonctive* : saisissant la conjonctive avec une pince à griffes, on en enlève une large rondelle avec des ciseaux courbes tout autour de la cornée. Ce traitement réussit parfois merveilleusement; la cornée reprend rapidement toute sa transparence, mais il échoue aussi parfois, c'est que les vaisseaux ne sont plus fournis seulement par la conjonctive, mais par la sclérotique, d'où la distinction que j'ai établie plus haut. L'affection est alors à peu près incurable. Plusieurs fois dans des cas semblables j'ai pratiqué une large iridectomie, mais sans grand résultat, et cependant cette opération me paraît indiquée dans la circonstance, puisque les circulations cornéenne et irido-choroïdienne sont confondues.

Devant l'échec de toute médication on a songé à modifier la cornée en inoculant à sa surface du pus blennorrhagique. C'est évidemment une grave détermination à prendre, mais lorsque les deux yeux sont affectés, si l'on songe que le malade est voué à une cécité complète et destiné à souffrir constamment, on est autorisé à lui proposer cette ressource extrême qui, en fin de compte, ne saurait, en cas d'insuccès, aggraver son état.

Kératite interstitielle. — Dans cette variété de kératite, la cornée se présente sous l'aspect d'un verre dépoli. Les couches superficielles de cette membrane sont d'abord saines et transpa-

rentes : aussi les troubles de la vision sont-ils plus intenses que ne semblerait le faire croire un examen direct de l'œil, mais si l'on a recours à l'éclairage latéral, on constate l'existence dans le tissu propre de la cornée d'un véritable nuage finement granuleux que l'on a comparé à un semis de verre pilé. Il est constitué, d'après Sœmisch, par le dépôt de corpuscules lymphoïdes entre les fibres cornéennes, qui ne sont elles-mêmes nullement altérées. Ce travail s'est opéré lentement d'une manière insidieuse ; mais à une période plus avancée la cornée se vascularise et la couche épithéliale s'exfolie. Alors surviennent des douleurs et de la photophobie.

C'est à cette variété interstitielle que Hutchinson donna en 1858 le nom de kératite hérédosyphilitique, la considérant comme une conséquence de la syphilis héréditaire, au même titre que l'échancrure du bord libre des incisives en V renversé qui pour lui accompagnerait toujours cette affection. L'opinion de Hutchinson compte des partisans et encore plus d'adversaires, et je pense, quant à moi, qu'il faut être plus que certain pour affirmer une pathogénie de cette nature quand on songe aux conséquences sociales qui en peuvent résulter.

En raison de cette étiologie, on a donné de l'iode de potassium à l'intérieur ; administrez également des antiscrofuleux, un collyre à l'atropine. Si la vascularisation de la cornée tournait au pannus, ayez recours à la tonsure conjonctivale ou même à l'iridectomie. Grâce à l'intégrité de ses fibres, la cornée est susceptible de recouvrer toute sa transparence lorsque le dépôt qui les séparait aura disparu.

Kératite suppurative. — Cette variété est caractérisée par la présence d'une collection purulente au milieu de la substance propre de la cornée ; le pus occupe ordinairement la partie déclive et affecte la forme d'une demi-lune qui remonte plus ou moins vers le champ pupillaire. Un coup, un corps étranger, les piqures par les épis de graminées (kératite des moissonneurs), une opération, etc., en sont fréquemment la cause, mais elle apparaît plus souvent encore spontanément sous l'influence d'un mauvais état général, et il peut se produire alors une infiltration purulente totale de la membrane, de telle sorte que l'œil est irrémédiablement perdu. C'est l'accident le plus redoutable à la suite de l'opération de la cataracte.

Il ne faut pas confondre ces infiltrations avec la nécrose de la

cornée, qui survient parfois avec une rapidité foudroyante à la suite des lésions de la cinquième paire, ainsi que j'en ai publié un cas consécutif à une résection du maxillaire supérieur.

L'abcès de la cornée peut s'ouvrir au dehors, il peut aussi s'ouvrir dans la chambre antérieure (hypopion).

La principale indication consiste à donner issue au pus. Si le foyer occupe seulement la cornée, ouvrez largement avec un couteau lancéolaire ; s'il y a en même temps hypopion, cette incision, quoique bonne, ne sera peut-être pas suffisante ; recourez de préférence au procédé de Sœmisch, qui divise la cornée dans son tiers inférieur avec le couteau de Graefe comme pour le premier temps de la cataracte. Le pus s'écoule parfois tout de suite, mais il est souvent très épais et sort difficilement ; employez alors la curette. Appliquez ensuite sur l'œil des compresses chaudes.

SCLÉRITE.

L'inflammation essentielle, primitive, de la sclérotique, est une affection rare. Elle se présente d'abord sous la forme d'une ou de plusieurs taches d'un rouge sombre, mesurant 6 à 7 millimètres de diamètre et siégeant au niveau de l'insertion des muscles droits. Sur cette tache de teinte vineuse apparaît ensuite un bouton jaunâtre, saillant, ressemblant à une pustule, mais de consistance dure.

Cette affection, qui paraît atteindre surtout les rhumatisants, occasionne peu de troubles fonctionnels, quand elle est limitée à la sclérotique, mais elle peut donner naissance à un staphylome.

On a conseillé comme traitement les collyres à l'atropine, les compresses chaudes et l'occlusion de l'œil.

IRITIS.

L'inflammation de l'iris est une affection commune, assez grave pour compromettre sérieusement la vision, et dont les caractères cliniques, tout en étant très appréciables, ne frappent pas tout d'abord autant que ceux de la conjonctivite et de la kératite. Il en résulte que l'iritis peut passer inaperçue dans sa première période, au grand détriment des malades, car des désordres irréparables peuvent s'être déjà produits lorsque le diagnostic est établi.

Pour comprendre l'iritis, il est nécessaire de se rappeler les connexions intimes que présente l'iris par sa grande circonférence

avec l'extrémité antérieure de la choroïde ou zone choroïdienne composée elle-même de deux parties, le muscle ciliaire et les procès ciliaires ; les connexions sont telles que ces parties ne forment qu'un même système vasculaire et ne peuvent guère s'enflammer l'une sans l'autre : aussi les expressions iritis, irido-choroïdite antérieure, ou par abréviation irido-cyclite, sont-elles à peu près synonymes.

Rappelez-vous encore qu'un des moyens de fixité de l'iris par sa grande circonférence est le ligament pectiné, qui n'est autre lui-même que la lame élastique postérieure de la cornée, ou membrane de Descemet, qui se réfléchit sur l'iris. En conséquence il est difficile qu'une iritis ne retentisse pas sur cette membrane et n'amène pas un trouble dans la couche la plus profonde de la cornée et principalement à sa circonférence. De même une kératite profonde s'accompagnera nécessairement d'iritis. Des noms spéciaux ont été donnés à ces divers degrés : descemetite, aquo-capsulite : c'est peut-être pousser un peu loin l'analyse, au moins en clinique.

Enfin, souvenez-vous que l'iris se compose de trois couches : une antérieure, épithéliale, qui lui donne son aspect brillant ; une moyenne, vasculo-musculaire, et une postérieure, pigmentaire. Après une iritis, cette dernière laisse souvent sur le cristallin des traces noirâtres qui sont une preuve d'iritis antérieure.

Vous reconnaîtrez l'iritis aux signes suivants : extérieurement il existe un cercle vasculaire autour de la cornée, mais les vaisseaux ne partent pas du rebord cornéen : ils en sont séparés par un autre cercle gris-blanchâtre constitué par la sclérotique. Reportez-vous au mode d'enchâssement de la cornée avec la sclérotique et au point où s'insère la grande circonférence de l'iris. Ce point correspond au bord supérieur du biseau cornéen, et c'est à cet endroit que les vaisseaux traversent la sclérotique pour se rendre à la grande circonférence de l'iris (fig. 10) : c'est donc de ce point que part le cercle rouge inflammatoire de l'iritis, séparé de la circonférence de la cornée par toute la portion de sclérotique correspondant au biseau cornéen, c'est-à-dire un millimètre au moins, et, comme la sclérotique en ce point est à peine vascularisée, sa couleur tranche nettement sous forme d'un anneau gris périkeratique (fig. 11). Cet anneau, que ne signalent même pas les auteurs les plus modernes, me paraît jouer un rôle très important dans le diagnostic de l'iritis et précisément au début de l'affection, alors que les autres signes sont encore peu accusés,

puisque l'affection commence par une hyperémie de la membrane. Plus tard, si la marche de l'iritis est aiguë, ce qui est rare, il est vrai, les vaisseaux de la conjonctive s'enflamment à leur tour et recouvrent le cercle gris sclérotical.

Vous distinguerez l'injection conjonctivale de l'injection scléroticale en ce que les vaisseaux qui constituent cette dernière partent à 1 millimètre environ du bord cornéen, sont fins, recti-

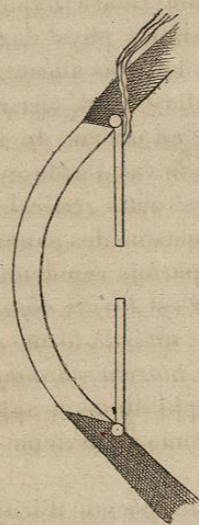


Fig. 10. Schéma représentant le point où les vaisseaux traversent la sclérotique pour se rendre à la grande circonférence de l'iris.

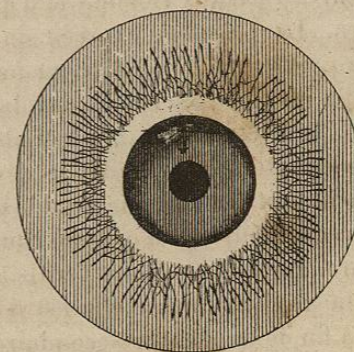


Fig. 11. — Cercle gris périkeratique de l'iritis.

lignes, parallèles les uns aux autres, profonds et immobiles. Les vaisseaux conjonctivaux présentent les caractères opposés : ils s'avancent jusqu'à la cornée, sont gros, sinueux, disposés sans ordre, superficiels et mobiles sur la sclérotique.

La cornée a conservé toute sa transparence, surtout vers son centre, mais la chambre antérieure est trouble. L'iris, desquamé, a perdu son aspect lisse et brillant, il est terne. Sa couleur est également altérée, ce que l'on reconnaît en la comparant avec celle du côté opposé ; à sa surface peuvent se développer de petits granulomes quelquefois assez volumineux.

Les signes pathognomoniques de l'iritis sont tirés de l'état de la pupille : celle-ci est immobile et déformée. La déformation peut n'être pas tout d'abord très appréciable, mais instillez quel-

ques gouttes d'atropine, et vous la verrez apparaître des plus manifestes. Cette déformation est due aux adhérences que l'iris contracte rapidement avec le cristallin (synéchies postérieures). La pupille peut être complètement obstruée par des exsudats fibrineux qui interceptent la lumière. L'iris est parfois projeté en avant et vient adhérer à la cornée (synéchie antérieure).

Enfin dans certains cas d'iritis très aiguë la suppuration se développe et le pus s'accumule dans la chambre antérieure (hypopion).

A ces signes physiques s'ajoutent des signes physiologiques spéciaux : la vision est toujours altérée, quelquefois anéantie. La douleur est parfois violente et a pour caractère d'être circum-orbitaire. La pression exercée sur le globe au niveau du cercle ciliaire est suivie d'une douleur intense dans le cas d'irido-cyclite.

Enfin on peut observer à des degrés divers, mais généralement faibles, le larmolement, la photophobie et le spasme des paupières.

Les symptômes de l'iritis se développent parfois rapidement et prennent tout de suite une grande intensité : c'est l'*iritis aiguë*, qui est presque toujours d'origine rhumatismale, mais la forme aiguë est rare. Presque toujours l'iritis affecte une *marche chronique* et presque toujours aussi elle est d'origine syphilitique et apparaît vers la fin de la période secondaire, du huitième au dixième mois après l'infection.

Il est inutile sans doute de créer une variété spéciale d'iritis syphilitique, car il n'y a en réalité de spécial que la cause. Toutefois l'iritis syphilitique affecte une marche qui lui est propre : elle est lente, insidieuse ; au début, la vision est peu altérée, et c'est à peine s'il existe de la douleur. En un mot, bien qu'elle ne présente pas de signe pathognomonique, les conditions dans lesquelles elle se développe, les allures qu'elle présente, la feront reconnaître du premier coup par un praticien un peu exercé.

Employez contre l'iritis un traitement énergique. Instillez sans tarder de l'atropine, afin de dilater la pupille le plus possible et de faire obstacle aux synéchies. Si la forme est aiguë et les douleurs violentes, appliquez à la tempe une douzaine de sangsues. Si la chambre antérieure est fortement distendue, et si des douleurs très violentes persistent au niveau du cercle ciliaire, faites la paracentèse de la cornée avec un couteau lancéolaire. Exercez ensuite sur l'œil une légère compression, ou bien recouvrez-le d'un bandeau flottant et tenez le malade dans l'obscurité.

Contre l'iritis syphilitique, faites de larges frictions circum-orbitaires avec l'onguent napolitain et donnez à l'intérieur l'iodure de potassium à dose croissante de 4 à 6 et 8 grammes par jour.

Vous sauverez l'œil, si vous intervenez à temps et énergiquement ; sinon, les synéchies et les exsudats pupillaires s'organiseront, et la vision sera à jamais altérée ou même perdue.

CHOROÏDITE.

L'inflammation de la choroïde envahit la zone choroïdienne ou bien le reste de la membrane. Nous avons déjà dit dans le chapitre précédent que l'iris et la zone choroïdienne sont si intimement unies anatomiquement qu'on ne saurait les séparer au point de vue pathologique, et ce que nous avons dit de l'iritis s'applique suffisamment à l'irido-choroïdite antérieure ou irido-cyclite pour nous dispenser d'y revenir.

La choroïdite aiguë donne naissance à cette grave affection que j'ai décrite plus haut sous le nom de glaucome aigu. Quant au glaucome chronique, à la scléro-choroïdite postérieure, leur histoire clinique sera présentée à propos des maladies du fond de l'œil.

J'en dirai autant de la rétinite et de la névro-rétinite.

3^e AFFECTIONS NON INFLAMMATOIRES DE LA RÉGION ORBITAIRE.

Ainsi que je l'ai déjà fait observer, ces affections comprennent quatre groupes dont je présenterai successivement l'étude clinique.

A. Affections consistant en une lésion apparente visible sans le secours de l'ophthalmoscope, occupant le segment antérieur du globe. — Les affections qui constituent ce groupe n'ayant aucun lien qui les rattache entre elles, je les décrirai en suivant un ordre anatomique, c'est-à-dire en procédant d'avant en arrière, des couches superficielles vers les couches profondes.

Je commencerai toutefois par dire quelques mots de la saillie anormale du globe de l'œil, caractère qui frappe tout d'abord l'observateur. Cette saillie peut reconnaître deux causes : la propulsion du globe de l'œil en avant ou *exophthalmie*, et la distension des membranes par la présence d'un liquide épanché à leur intérieur ou *hydrophthalmie*.

Nous verrons ensuite : le ptérygion, la pinguecula, l'enchentis,