

résulte au contraire toujours d'un processus inflammatoire. Il est constitué par l'adhérence intime de l'iris et de la cornée transformée en tissu opaque et fibreux. Ces deux membranes se sont accolées l'une à l'autre, après perforation de la cornée. Il est dit partiel, quand il est limité à une partie de la cornée; quand il a envahi cette membrane dans toute son étendue, le staphylome est total ou sphérique.

Le staphylome opaque met obstacle à la vision en arrêtant complètement ou en partie les rayons lumineux, suivant qu'il est total ou partiel. Les diverses formes de staphylome pellucide permettent bien le passage de la lumière à travers la cornée, mais en augmentant le diamètre antéro-postérieur du globe de l'œil, ils déterminent des troubles de myopie progressive. Arrivé à l'état de buphthalmos, l'œil est perdu pour la vision.

On a tenté d'arrêter les progrès du staphylome pellucide par les paracentèses répétées suivies de compression et par l'iridectomie; on a aussi, dans la cornée conique, pratiqué la cautérisation, et même la trépanation du sommet du cône (Abadie). Dans le staphylome opaque et dans le buphthalmos, quand l'œil est perdu pour la vision et qu'il devient douloureux, le seul moyen à employer, c'est l'énucléation de l'œil malade dans le but d'éviter la propagation de l'inflammation au second œil.

**c. Gérontoxon ou arc sénile.** — Sous ces termes on décrit une opacité en forme de cercle de la périphérie de la cornée, siégeant surtout à sa partie supérieure. Tenant à la dégénérescence des éléments de la cornée, elle se voit chez les vieillards et chez les gens atteints d'athérome artériel.

### III

#### MALADIES INFLAMMATOIRES ET TROUBLES DE NUTRITION DE LA SCLÉROTIQUE

##### 1<sup>o</sup> INFLAMMATIONS (SCLÉRITE ET ÉPISCLÉRITE)

C'est à tort que divers auteurs, Velpeau entre autres, ont refusé à la sclérotique le pouvoir de s'enflammer, sous prétexte qu'elle appartient au groupe des membranes fibreuses. Cette inflammation est

très réelle, et Gayet l'a parfaitement établie dans l'article du *Dictionnaire encyclopédique* qu'il lui consacre. Mais il est vrai que cette inflammation est rarement isolée; le plus souvent elle se lie, soit à l'inflammation de la choroïde, soit à celle du tissu cellulaire lâche qui sépare la sclérotique de la conjonctive, et auquel on peut donner le nom de tissu conjonctif épiscléral. Nous nous occuperons plus tard des scléro-choroïdites en parlant des inflammations de la choroïde. Nous dirons seulement ici quelques mots des inflammations de la sclérotique et du tissu cellulaire épiscléral, sclérite et épisclérite, trop souvent associées l'une à l'autre pour que nous ayons cru devoir les séparer.

**Symptômes.** — L'épisclérite débute sous la forme d'une tache rouge sombre qui siége dans le voisinage de la cornée, à 2 ou 5 millimètres de sa circonférence, quelquefois à une plus grande distance. C'est le plus souvent au côté externe de l'œil, près de l'insertion du muscle droit externe, que cette tache se développe. Son siége le plus fréquent est ensuite la partie supérieure de la sclérotique, plus rarement elle se montre en bas. Enfin plusieurs taches peuvent se développer l'une après l'autre, ou simultanément.

La couleur de cette tache est le rouge violacé, lie de vin; elle forme une saillie appréciable qui lui donne l'aspect d'un gros bouton; les vaisseaux conjonctivaux du voisinage sont dilatés.

Le plus souvent un seul œil est atteint, mais les deux peuvent être malades en même temps. Généralement les troubles fonctionnels sont très peu marqués; il y a de la gêne plutôt que de la douleur; le toucher lui-même est à peine douloureux. C'est seulement la rougeur de l'œil et la présence de la petite tumeur qui inquiètent les malades.

Mais l'inflammation se propageant aux membranes voisines peut faire naître des complications; la cornée, au voisinage du bouton d'épisclérite, peut devenir le siége d'une infiltration; l'iris et le corps ciliaire peuvent également se prendre et donner naissance à des douleurs ciliaires intenses.

La marche de la maladie est très lente; elle exige au moins six semaines ou deux mois, avant de passer à la résolution; des rechutes fréquentes la prolongent quelquefois pendant plus d'une année.

La terminaison est le plus souvent favorable, la tache diminue progressivement de volume et de coloration; mais quelquefois elle laisse

à sa suite un amincissement et une dilatation de la sclérotique, staphylome sclérotical.

**Étiologie.** — C'est surtout chez l'adulte qu'on observe l'épisclérite. La grande cause qui lui donne naissance, c'est le rhumatisme; elle a pu quelquefois être d'origine syphilitique ou succéder à un traumatisme.

Le diagnostic ne présente pas de difficulté sérieuse. On pourrait cependant confondre la plaque saillante de l'épisclérite avec la conjonctivite pustuleuse. Mais cette dernière se voit surtout chez de jeunes sujets lymphatiques ou scrofuleux. Elle fait corps avec la conjonctive et est l'aboutissant d'un pinceau de vaisseaux, tandis que, dans l'épisclérite, la conjonctive et ses vaisseaux glissent librement au-devant de la petite tumeur. Les douleurs et le larmolement, très marqués dans la conjonctivite pustuleuse, font défaut dans l'épisclérite. Enfin cette dernière ne présente pas l'ulcération qu'on trouve dans la pustule conjonctivale.

Le traitement local doit consister dans les compresses chaudes et les instillations d'atropine. L'application d'un bandage compressif peut être utile pour calmer les douleurs ciliaires. Les caustiques et les collyres irritants sont tout à fait contre-indiqués.

Le traitement général consistera dans l'emploi du salicylate de soude chez les rhumatisants, dans le traitement spécifique chez les syphilitiques.

#### 2° STAPHYLOMES DE LA SCLÉROTIQUE

Comme la cornée, la sclérotique peut être le siège d'ectasies ou bosselures auxquelles on donne le nom de staphylomes. Ces bosselures peuvent siéger dans des points différents : à la partie postérieure de l'œil, près de l'insertion du nerf optique, où elles constituent l'une des lésions caractéristiques de la myopie (staphylomes postérieurs); à la partie antérieure du globe (staphylomes antérieurs), où elles apparaissent sous la forme de grosses bosselures bleuâtres. Les staphylomes antérieurs peuvent être, comme nous l'avons dit, la conséquence de l'épisclérite. Mais, plus souvent, ils constituent l'un des symptômes de la scléro-choroïdite antérieure avec laquelle nous les étudierons.

#### IV

#### MALADIES INFLAMMATOIRES ET TROUBLES DE NUTRITION DE L'IRIS

##### 1° INFLAMMATION (IRITIS)

Malgré sa grande importance et ses caractères tout à fait particuliers, l'iritis a été pendant fort longtemps confondue avec les autres maladies inflammatoires du globe de l'œil. C'est, en effet, Schmidt qui, en 1801, en a donné, pour la première fois, une description spéciale.

**Symptômes.** — La maladie offre à son début des aspects très variables suivant les cas : tantôt elle se manifeste sous la forme d'une inflammation très aiguë, caractérisée par des douleurs violentes et une injection considérable; tantôt elle se développe insidieusement, sans caractères inflammatoires bien marqués. L'injection vasculaire de l'iritis, qui porte le nom d'injection périkératique, se présente sous forme de vaisseaux fins, s'irradiant tous à partir de la périphérie de la cornée; leur teinte violacée, leur immobilité, leur direction rectiligne les distinguent des vaisseaux propres à l'injection conjonctivale, qui sont volumineux, d'un rouge plus sombre, remarquables par leurs flexuosités et leur mobilité à la surface du globe de l'œil. Toutefois, dans certains cas, la congestion est si intense que tous les vaisseaux de l'œil sont dilatés, et que l'injection conjonctivale masque au premier abord l'injection périkératique. Il faut alors la rechercher avec soin. Dans les cas les plus aigus, la congestion peut aller même jusqu'à l'exsudation de liquide dans le tissu cellulaire sous-conjonctival et au développement du chémosis.

La face antérieure de l'iris perd sa teinte brillante et prend un aspect terne, ce qui peut tenir en partie, comme le pense Schirmer, à l'exfoliation des cellules épithéliales de cette membrane, mais surtout à la présence d'un exsudat fibrineux dans la chambre antérieure. Quelquefois même, cet exsudat est si marqué, qu'à l'aide d'une loupe on distingue parfaitement sa teinte blanchâtre, à la partie inférieure de la chambre antérieure, à la ligne qui le sépare du reste de l'humeur aqueuse. La coloration propre de l'iris est profondément altérée; quand elle est bleue, cette membrane prend

une teinte verdâtre; si elle est brune, elle devient d'un jaune cuivré qu'on a donné à tort comme un signe de l'iritis syphilitique. La comparaison des deux yeux permet d'apprécier facilement ce changement de coloration; mais auparavant il faut avoir eu soin de s'informer si, à l'état normal, les deux iris présentaient la même nuance, ce qui n'est pas constant.

En même temps la pupille devient paresseuse, c'est-à-dire qu'elle ne se modifie que difficilement sous l'influence de la lumière et des mydriatiques. Bientôt même des exsudats fibrineux viennent souder sa circonférence à la face antérieure du cristallin; ces adhérences, qui prennent le nom de *synéchies postérieures*, peuvent être partielles; dans ce cas, elles siègent surtout vers les points déclives de la pupille et lui impriment les formes les plus irrégulières. D'autres fois, elles sont totales et ont pour conséquence d'interrompre la libre communication qui existe à l'état normal à travers l'orifice pupillaire entre la chambre antérieure et la chambre postérieure; cet état a reçu le nom d'*occlusion pupillaire*. On dit qu'il y a *occlusion de la pupille*, quand les fausses membranes, ne se limitant pas au bord libre de l'iris, envahissent tout le champ pupillaire, le voilent, et interceptent ainsi complètement le passage des rayons lumineux.

D'après la nature des troubles anatomiques auxquels elle donne lieu, l'iritis a reçu des noms différents :

On l'appelle *iritis séreuse* quand elle consiste surtout dans l'exsudation abondante de liquide dans la chambre antérieure. Rappelons que cette forme se combine habituellement avec l'inflammation de la membrane de Descemet, pour constituer l'aquo-capsulite des anciens auteurs. La maladie consiste-t-elle surtout en des exsudats plastiques dans l'épaisseur de l'iris, des *synéchies*, de l'occlusion pupillaire, elle prend le nom d'*iritis papyreuse*. Ces exsudats inflammatoires constituent parfois dans l'épaisseur de l'iris de petites tumeurs auxquelles on a donné le nom de *granulomes*. Enfin l'iritis peut passer à la suppuration et donner naissance à un épanchement de pus dans la chambre antérieure ou *hypopyon*. Déjà nous avons noté la fréquence de cette complication dans l'ulcère serpiginéux de la cornée de Sœmisch, ou *keratitis hypopyon* de Roser. Exceptionnellement l'iritis peut donner naissance à un épanchement de sang dans la chambre antérieure ou *hyphéma*.

Les troubles fonctionnels sont très variables d'après le degré

d'acuité de la maladie. Dans les formes légères, la douleur est presque nulle; c'est là, suivant la remarque de M. Panas, un véritable danger pour le malade qui laisse évoluer, sans y prendre garde, une maladie qui peut entraîner la perte de la vision. D'autres fois, au contraire, les douleurs sont extrêmement violentes; elles occupent le globe de l'œil lui-même, se réveillent par la pression et peuvent s'irradier sur le trajet des branches du trijumeau. C'est dans ces cas qu'on observe le blépharospasme, l'épiphora, la photophobie. Cette dernière, toujours beaucoup moins marquée dans l'iritis que dans les kératites, n'atteint qu'exceptionnellement une grande acuité.

La vision est toujours plus ou moins gênée, l'exsudat floconneux de la chambre antérieure entraîne un trouble de la vue ou amblyopie, qui s'exagère quand il y a des *synéchies postérieures* abondantes et des exsudats dans le champ pupillaire. La vue peut même être complètement abolie, s'il y a une occlusion épaisse de la pupille, s'opposant au passage des rayons lumineux.

**Marche. — Durée. — Terminaisons.** — Comme nous l'avons déjà dit, quelquefois la marche est d'emblée subaiguë ou même tout à fait chronique. Dans les cas aigus, on peut, avec M. Panas, évaluer la durée de l'attaque d'iritis à deux ou quatre semaines.

La terminaison peut se faire par résolution, mais bien souvent l'iritis laisse après elle des adhérences ou *synéchies* qui deviennent le point de départ de nombreuses récidives. Sur 49 cas d'iritis à récidives, Horstmann a trouvé que, dans 38 d'entre eux, il existait des *synéchies postérieures*.

Enfin la maladie peut passer à l'état chronique. C'est dans ces cas surtout qu'on voit les adhérences intercepter peu à peu la communication entre les deux chambres antérieure et postérieure. Le tissu de l'iris profondément altéré devient friable; quelquefois il est fortement poussé en avant par l'humeur aqueuse accumulée derrière lui et prend la forme d'un cône dont le sommet est à la pupille et la base à la périphérie. Quelquefois cette projection de l'iris en avant n'est pas uniforme; elle se fait seulement en un ou deux points qui prennent la forme de bosselures de plus en plus saillantes, de plus en plus pédiculées, auxquelles on donne le nom de *kystes de l'iris*. Le plus souvent, au contraire, l'iris est projeté en masse, mais des lignes plus déprimées le divisent en un grand nombre de tranches saillantes; il en résulte un aspect qu'on ne saurait mieux comparer

qu'à celui d'une tomate vue du côté du hile (Panas). C'est à cette disposition que Wecker a donné la dénomination très heureuse de dégénérescence cystoïde. Dans ces cas, il existe des complications du côté du corps ciliaire, de la choroïde et de la rétine (irido-choroïdite ou cyclite); il y a un ramollissement du corps vitré, l'œil devient mou, et la vision est le plus souvent complètement abolie.

Signalons comme dernière complication possible, résultant de la présence d'adhérences et du tiraillement des nerfs ciliaires, des attaques de glaucome.

**Étiologie.** — L'iritis est essentiellement une affection d'origine diathésique. Les deux grands états constitutionnels qui lui donnent naissance sont : d'une part, la syphilis; de l'autre, le rhumatisme. Telle est la fréquence de l'iritis syphilitique qu'on l'a décrite à part comme une forme spéciale de la maladie. Mais cette division n'est pas justifiée; car, ainsi que nous le dirons, l'iritis syphilitique ne présente aucun caractère qui lui appartienne en propre.

A quelle période de l'infection syphilitique se montre l'iritis? Là-dessus tous les syphiliographes sont d'accord : l'iritis est une des manifestations de la période secondaire; elle survient, six, huit ou dix mois, rarement un an, après l'accident initial. Il est tout à fait exceptionnel de la voir dans la période tertiaire, au bout de plusieurs années, ou encore très peu de temps après le chancre. Elle coïncide avec les altérations de la peau et des muqueuses.

On s'est efforcé de trouver pour l'iritis syphilitique des signes qui lui soient propres et qui puissent la différencier des autres variétés d'inflammation de la même membrane. Mais c'est en vain; ni la coloration cuivrée de l'iris, ni le déplacement de la pupille en haut et en dedans signalé par Beer, ni la présence de condylomes dans le tissu irien qui, nous l'avons dit, peuvent appartenir à toutes les formes d'iritis parenchymateuse, ne sont des signes caractéristiques. Force est donc de s'en tenir uniquement à la notion d'étiologie. Souvent l'iritis syphilitique a une marche lente et insidieuse; son pronostic s'aggrave de ce fait qu'elle atteint fréquemment les deux yeux l'un après l'autre.

L'iritis a été signalée également comme l'une des manifestations possibles de la syphilis congénitale.

Quant à l'iritis rhumatismale, ce n'est point dans les formes aiguës du rhumatisme, dans le rhumatisme polyarticulaire aigu, par

exemple, qu'on l'observe, mais bien dans les variétés subaiguë et chronique de cette affection. C'est chez les malades fréquemment atteints de douleurs dans les articulations avec ou sans hydarthrose, chez ceux qui présentent de l'arthrite sèche qu'on la voit surtout. L'iritis se développe aussi comme conséquence du rhumatisme blennorrhagique, dans cette forme que nous avons décrite sous le nom d'ophtalmie rhumatismale blennorrhagique; c'est alors l'iritis séreuse, l'aquo-capsulite ou descémétite qu'on observe. Enfin l'iritis appartient encore à la goutte, en un mot à toutes les manifestations de l'arthritisme.

On a donné aussi comme cause de l'iritis la scrofule; mais dans ces cas, l'inflammation irienne est bien rarement primitive; le plus souvent, au contraire, elle se lie à d'autres inflammations des parties voisines, et, en particulier, de la cornée.

Quant aux causes locales, elles ont beaucoup moins d'importance. Le temps n'est plus où l'on regardait comme excessivement dangereuses les moindres blessures de l'iris; les nombreuses iridectomies qu'on pratique chaque jour sont venues démontrer le contraire. Toutefois les corps étrangers de l'iris amènent facilement l'inflammation de cette membrane. Les débris du cristallin, dans l'opération de la cataracte, peuvent jouer le même rôle. Aussi doit-on s'attacher à en débarrasser complètement le champ pupillaire.

**Diagnostic.** — Il ne présente pas en général de sérieuses difficultés. Déjà nous avons signalé la cause d'erreur résultant d'une très vive injection conjonctivale qui masque l'injection périkératique; un examen soigneux suffira pour la faire éviter. Inversement, dans les cas à marche chronique, où il n'y a pour ainsi dire aucune vascularisation anormale, toute l'attention doit se porter sur l'orifice pupillaire. Quelquefois celui-ci a conservé en apparence sa régularité habituelle, mais si l'on vient à instiller dans l'œil une goutte d'atropine, la pupille se dilate irrégulièrement, les synéchies iriennes sont ainsi mises en évidence, et l'atropine, qui est un puissant moyen de traitement, devient du même coup un précieux agent de diagnostic.

**Pronostic.** — D'une manière générale, le pronostic est sérieux. Il l'est moins dans l'iritis séreuse où la résolution complète s'observe plus souvent; il devient plus grave dans la forme parenchymateuse, et sa gravité s'exagère en raison du nombre et de la solidité des

adhérences, qui exposent à de fréquentes récidives. Les complications du côté de la cornée, de la choroïde et du corps ciliaire (irido-cyclite), de la rétine, impriment à la maladie un cachet spécial de gravité.

**Traitement.** — Le traitement doit être basé, avant tout, sur la notion d'étiologie. Si l'iritis est de nature syphilitique, c'est au traitement spécifique qu'il faut avoir recours. Il n'en est pas de plus puissant et d'un effet plus rapide que le traitement mixte à l'aide des frictions mercurielles et de l'iodure de potassium à l'intérieur. Chaque friction doit être faite avec 15 à 20 grammes d'onguent napolitain; l'iodure de potassium est donné à dose croissante de 1 à 5 et 6 grammes par jour.

Contre l'iritis rhumatismale, on emploiera le salicylate de soude, et les injections sous-cutanées de pilocarpine. Enfin, si le sujet est débilité ou scrofuleux, c'est au traitement tonique qu'on aura recours.

Quant au traitement local, il doit consister surtout dans les instillations d'atropine qu'on répétera aussi souvent qu'il est nécessaire pour arriver à une dilatation complète de la pupille. S'il y a une injection très vive et de violentes douleurs, on se trouvera bien d'une application de sangsues à la tempe. Plus d'une fois on a vu la pupille, qui jusqu'alors résistait à l'action de l'atropine, se laisser dilater après une évacuation sanguine. Les injections sous-cutanées de morphine à la tempe, le sulfate de quinine, seront utiles également pour combattre les douleurs.

En même temps on mettra l'œil à l'abri de la lumière, soit par des verres colorés, soit par un bandeau flottant.

Quant à l'iritis chronique, lorsque la maladie résiste à un traitement rationnel bien conduit, lorsqu'il existe des adhérences qui déterminent des phénomènes glaucomateux et des rechutes fréquentes de la maladie, le seul traitement à employer, c'est l'iridectomie.

## V

## MALADIES INFLAMMATOIRES DE LA CHOROÏDE

1<sup>o</sup> CHOROÏDITES

La choroïde comprend deux régions bien différentes : l'une, antérieure, zone ou cercle ciliaire, dans laquelle sont contenus les procès ciliaires et le muscle ciliaire; l'autre, postérieure, qui est la choroïde proprement dite. L'inflammation du cercle ciliaire est si souvent liée à celle de l'iris, qu'on la décrit habituellement sous le nom d'irido-choroïdite ou cyclite. C'est par elle que nous commencerons l'étude des inflammations de la choroïde : elle nous servira de transition naturelle entre l'iritis et les choroïdites proprement dites.

## A. — IRIDO-CHOROÏDITE OU CYCLITE

Comme l'indique le mot irido-choroïdite, l'affection s'étend à la fois à l'iris et à la partie antérieure de la choroïde, ou zone ciliaire. Mais tantôt elle débute par la choroïde, tantôt elle atteint primitivement l'iris pour se propager ensuite au cercle ciliaire. On comprend d'après cela que, suivant les cas, les symptômes d'iritis se montreront dès le début et domineront la scène; ou bien ils ne surviendront que plus tard, et auront une moindre importance.

**Symptômes.** — Il est inutile de revenir ici sur les symptômes de l'iritis qui ont été déjà signalés. Quant à ceux qui décèlent l'inflammation de la zone ciliaire, c'est, outre l'injection périkératique, la sensibilité de l'œil au niveau du corps ciliaire, c'est-à-dire à 2 ou 3 millimètres en arrière de la cornée. Cette région est le siège de douleurs spontanées, mais on les réveille par la pression exercée en ce point à travers les paupières, soit avec l'extrémité du doigt, soit avec un corps mousse et de petit volume. C'est surtout de Graefe qui a insisté sur cette sensibilité douloureuse de la zone ciliaire dans l'irido-cyclite, à laquelle on doit attacher la plus grande importance au point de vue du diagnostic.

Comme l'iritis, la cyclite peut revêtir les trois formes, séreuse, plastique et suppurative.