

de l'opacité. L'emploi de la loupe sera également utile pour reconnaître le pointillé fin, caractéristique de l'affection. Enfin, on portera son attention sur l'iris et la chambre antérieure, vu la fréquence très grande des complications de ce côté.

Pronostic. — Le pronostic n'offre pas de gravité, et, même dans les cas aigus, la résolution peut se faire, sans laisser à sa suite d'opacité de la cornée.

Traitement. — Les applications de sangsues, les onctions mercurielles belladonnées, le bandeau compressif seront employés pour calmer les phénomènes inflammatoires. Les instillations d'atropine seront ici d'autant plus nécessaires que l'iritis est souvent un élément de la maladie. Les douleurs vives nécessiteront quelquefois la paracentèse de la chambre antérieure dans le but de diminuer la tension intra-oculaire. L'iodure de potassium à l'intérieur hâtera la résolution. Le salicylate de soude pourra convenir ici pour calmer les douleurs, au même titre que dans les autres manifestations du rhumatisme.

2^o TROUBLES DE NUTRITION DE LA CORNÉE.

Sous ce titre, nous dirons quelques mots : *a.* Des ulcères, des fistules et des opacités de la cornée; *b.* Des altérations de courbure de cette membrane ou staphylômes; *c.* Du gérontoxon ou arc sénile de la cornée.

a. Ulcères, fistules et opacités de la cornée. — Les ulcères de la cornée ne constituent pas une maladie spéciale qu'on doive décrire à part sous le nom de kératite ulcéreuse. Ils sont l'aboutissant d'un grand nombre des processus morbides que nous venons de passer en revue, et des kératites en particulier. Les différents traumatismes de la cornée, les conjonctivites purulente et diphthéritique, la conjonctivite granuleuse, les différentes variétés de kératite phlycténulaire, vésiculeuse, suppurative, neuro-paralytique, sont autant de causes d'ulcération de la cornée. Outre que ces ulcérations peuvent amener dans certains cas la fonte purulente du globe de l'œil ou son atrophie à la suite d'une vaste perforation de la cornée, dans les cas moins graves elles ont encore de grands inconvénients. Ces ulcères ne peuvent en effet se réparer sans amener à leur suite une opacité plus ou moins complète du tissu de la cornée.

Ces opacités ou taies cornéennes prennent des noms différents selon leur plus ou moins d'épaisseur. Les opacités les plus légères ont reçu la dénomination de *néphéliion*; la tache est-elle plus épaisse, on l'appelle un *albugo*; enfin, si son épaisseur et sa saturation sont telles qu'elle empêche complètement le passage des rayons lumineux, c'est un *leucoma*. Il ne faut pas croire d'ailleurs que la gêne produite par une opacité de la cornée soit toujours proportionnelle à son épaisseur. On doit tenir compte, dans l'appréciation de cette gêne, à la fois du siège et de la densité de la taie. On comprend qu'une taie épaisse, un leucome situé à la périphérie de la cornée, ne gêne que très peu la vision, puisque le passage des rayons lumineux à travers la pupille n'en est nullement intercepté. Au contraire, une opacité centrale, fût-ce même un simple *néphéliion*, gênera beaucoup la vision, soit en s'opposant au passage des rayons lumineux, soit en tamisant la lumière et amenant une grande diffusion des images.

Un autre grave danger des ulcères de la cornée, c'est la perforation de cette membrane. Rarement il en résulte une fistule persistante. Cette éventualité se produirait, d'après Arlt, dans les cas où, au moment de la perforation, la membrane de Descemet est entraînée mécaniquement à travers l'orifice qu'elle tapisse d'une couche épithéliale s'opposant à sa fermeture. Le plus souvent, au contraire, l'iris ou la face antérieure du cristallin viennent se mettre en contact intime avec la face postérieure de la cornée perforée, de façon à amener son occlusion artificielle. Dans les cas les plus heureux, la perte de substance se répare, l'humeur aqueuse sécrétée distend de nouveau la chambre antérieure, et les parties reprennent leur place. Mais le plus souvent l'iris contracte des adhérences avec la face postérieure de la cornée, dites *synéchies antérieures*, et si cette dernière est en même temps le siège d'un leucome, il en résulte un leucome adhérent, conséquence trop fréquente de l'ophtalmie purulente. Il peut arriver même, en cas de perforation centrale, que la face antérieure du cristallin se recouvre de dépôts plastiques qui restent adhérents par un mince filament à la face postérieure de la cornée, et constituent une variété particulière d'opacité cristallinienne, dite cataracte pyramidale.

Les dangers des ulcères de la cornée sont tels qu'on doit faire tous ses efforts pour les conjurer. Le traitement soigneux des diverses affections qui leur donnent naissance est le premier moyen

à employer. Dans le cas d'ulcère torpide, atonique, on hâtera quelquefois la réparation avec la pointe du petit thermocautère construit spécialement pour cet usage. Si la profondeur de l'ulcère et l'augmentation de tension intra-oculaire font craindre la perforation de la cornée, on aura recours à la paracentèse de la chambre antérieure. Si la perforation est produite, on tâchera de s'opposer à la formation des synéchies iriennes, soit en produisant la dilatation de la pupille par l'atropine, si l'adhérence de l'iris à la cornée est centrale, soit en amenant au contraire le resserrement de la pupille par l'ésérine, quand l'adhérence siège à la périphérie de la cornée.

Quant aux taies, on se proposera d'amener leur résorption, si elles ne sont pas trop épaisses, par des insufflations de poudre de calomel. Si elles entravent considérablement la vision, et que, du reste, l'état des parties le permette, on aura recours à l'iridectomie, pour livrer passage aux rayons lumineux dans un point où la cornée a conservé sa transparence (pupille artificielle). On peut aussi, par le tatouage de la cornée, faire disparaître la difformité que cause une opacité persistante.

b. Staphylômes de la cornée. — Sous le nom de staphylômes, on décrit des altérations de la cornée consistant en une exagération de sa courbure qui lui fait faire en avant une saillie plus ou moins considérable. Comme les taies, le staphylôme est souvent la conséquence des inflammations de la cornée; mais il peut aussi se développer en dehors de toute kératite.

Nous devons distinguer deux grandes variétés de staphylôme, suivant que la cornée, à son niveau, a conservé ou bien perdu sa transparence; de là, le staphylôme pellucide ou transparent, et le staphylôme opaque.

1° Staphylôme pellucide. — Cette forme comprend elle-même deux variétés: dans l'une, l'exagération de courbure de la cornée est partielle et porte habituellement sur son centre, cornée conique ou *kératocone*; dans l'autre, l'exagération de courbure de la cornée est totale, c'est la cornée globuleuse ou *kératoglobe*.

Dans le *kératocone*, la cornée amincie vers le sommet du staphylôme conserve quelquefois toute sa transparence, ou bien le sommet du cône offre une légère opacité.

Dans la cornée globuleuse ou *kératoglobe*, la dilatation porte sur

toute l'étendue de la cornée qui, au lieu de présenter un cône saillant en avant, offre l'apparence d'une demi-sphère. La chambre antérieure, l'iris, la sclérotique, prennent part à la dilatation; l'œil énorme fait saillie entre les paupières et l'affection prend alors le nom de *buphthalmie*.

La pathogénie de ces deux variétés de staphylôme est très obscure: la cornée globuleuse peut exister dès la naissance. La cornée conique se voit surtout chez les jeunes sujets.

2° Staphylôme opaque. — Le staphylôme opaque ou cicatriciel 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 staphylôme est total ou sphérique.

Le staphylôme 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 staphylôme 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 staphylôme 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 staphylôme 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° 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 *Dictionn. encycl.* 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 siège dans le voisinage de la cornée, à deux ou trois 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 siège 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; les malades éprouvent 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 les inquiètent.

Mais l'inflammation se propageant aux membranes voisines peut faire naître des complications; la cornée, au voisinage du bouton d'épisclérite, peut devenir le siège 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, staphylôme 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 larmoiment, 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° STAPHYLÔMÉS DE LA SCLÉROTIQUE.

Comme la cornée, la sclérotique peut être le siège d'ectasies ou

bosselures auxquelles on donne le nom de staphylômes. 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 (staphylômes postérieurs) ; à la partie antérieure du globe (staphylômes antérieurs), où elles apparaissent sous la forme de grosses bosselures bleuâtres. Les staphylômes antérieurs peuvent être, comme nous l'avons dit, la conséquence de l'épislérite. 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^o INFLAMMATIONS (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 conges-

tion 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 bien 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'*exclusion pupillaire*. On a 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 est-elle constituée surtout par des exsu-

ats plastiques dans l'épaisseur de l'iris, des synéchies, de l'occlusion pupillaire, elle prend le nom d'iritis *parenchymateuse*. 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 serpigneux de la cornée de Scemisch, 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 récives. Sur 49 cas d'iritis à récives, Horstmann a trouvé que, dans 58 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 interceper peu à peu la commu-

nication 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 6, 8 ou 10 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 l'observe 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 descencite qu'on observe. Enfin l'iritis appartient aussi 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 périkeratique; un examen soigneux suffira pour la faire éviter. Inversement, dans les cas à marche chronique, où il n'y a pour ainsi dire aucune vas-

cularisation 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 (iridocyclite), 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° 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 deux ou trois 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.

1° L'*irido-choroïdite séreuse* s'accompagne de tous les symptômes de l'aquo-capsulite ou descéméite que nous avons plusieurs fois déjà indiqués; l'exsudation exagérée de liquide amène une augmentation de volume de la chambre antérieure et une exagération de la tension intra-oculaire, d'où résultent des phénomènes glaucomateux. Un autre mode de terminaison possible, c'est l'amincissement et la dilatation de la sclérotique, dans la zone ciliaire, et enfin l'hydrophthalmie avec perte à peu près complète de la vision. Ce n'est qu'exceptionnellement et dans les cas d'inflammation violente, que cette forme passe à la suppuration.

2° Dans l'*irido-choroïdite plastique*, l'injection périkératique est plus prononcée que dans la forme précédente; on constate aussi l'exagération de volume de la chambre antérieure, tous les signes de l'iritis, des fausses membranes dans le champ pupillaire, quelquefois même des opacités cristalliniennes. La choroïde tout entière participe à l'inflammation, d'où le trouble de l'humeur vitrée et la diminution de l'acuité visuelle. Ce n'est que passagèrement qu'on observe l'augmentation de la tension intra-oculaire; car le résultat final de la maladie, c'est l'hypotonie (diminution de la tension intra-oculaire) et la phthisie du globe.

3° Enfin l'*irido-choroïdite suppurative*, encore appelée parenchymateuse, se caractérise surtout par la formation de pus dans la chambre antérieure ou hypopyon. Ici tous les symptômes inflammatoires sont très marqués. Il y a une violente injection périkératique, et même un certain degré de chémosis. L'hypopyon peut à plusieurs reprises se résorber et se reproduire; mais les symptômes d'iritis s'accusent de plus en plus, des exsudats se forment dans le champ pupillaire, le corps vitré se trouble, et finalement l'affection se termine, comme dans le cas précédent, par la phthisie du globe oculaire, à moins que l'inflammation ne soit assez violente pour que la suppuration s'étende à l'œil tout entier. On dit alors qu'il y a phlegmon de l'œil ou panophtalmie.