

avec une phlyctène conjonctivale. Son siège habituel est le segment inférieur de l'œil, à la jonction de la cornée avec la sclérotique, près de l'insertion du droit externe. Le plus souvent il n'y a qu'un seul bouton; cependant on en rencontre deux et même trois. L'aspect de cette saillie peut facilement induire en erreur un observateur inattentif, et fréquemment la sclérite a été prise pour une kératite phlycténulaire; mais, fait caractéristique, ce bouton est recouvert dans toute son étendue d'un lacis vasculaire formé par les vaisseaux de la conjonctive et mobile sous la pression du doigt; or, rien de semblable dans le cas de phlyctène, affection constituée par une simple saillie de l'épithélium. Contrairement encore à cette dernière, la petite tumeur qui forme la sclérite ne s'ulcère jamais.

Symptômes fonctionnels. — La douleur occasionnée par l'épiscélrite est habituellement presque nulle; il n'y a pas de photophobie, le malade se plaint simplement d'un peu de gêne dans les mouvements des paupières et de larmoiement. Cette atonie complète contraste singulièrement avec la rougeur intense de la tache. Les choses se passent différemment dans quelques cas fort rares (forme aiguë du mal); les malades accusent alors une douleur intense, avec photophobie et larmoiement.

Complications. — Lorsque la saillie sclérale est située tout près de la cornée, cette membrane, dans la partie qui avoisine le bouton, devient le siège d'une opacité gris jaunâtre, mate, diffuse; on peut encore constater l'existence de troubles inflammatoires du côté de l'iris.

Marche. Terminaison. — La marche de la maladie est excessivement lente, elle persiste pendant douze ou quinze mois, puis disparaît complètement, ne laissant d'autre trace de son passage qu'une pigmentation de la sclérotique. L'opacité cornéenne se résout peu à peu et disparaît aussi entièrement.

Étiologie. — L'épiscélrite, affection assez rare, se montre ordinairement chez les adultes. Elle paraît avoir avec le rhumatisme des affinités très nettes; presque toujours, en effet, elle se montre chez les sujets qui déjà ont été frappés de rhumatisme articulaire chronique; DE WECKER même prétend que son apparition sur une personne jusque-là indemne de toute manifestation rhumatismale, suffit pour que l'on puisse affirmer l'existence de cette diathèse. Quelques auteurs ont pu rattacher cette affection à la syphilis, enfin YVERT l'aurait vue survenir après un traumatisme.

Traitement. — Tous les auteurs sont unanimes pour proscrire l'emploi des collyres irritants. Plusieurs fois par jour, le malade fera des fomentations chaudes sur les paupières, ou prendra des douches de vapeur. Pendant le reste du temps et aussi durant la nuit, on appliquera le bandeau compressif. L'atropine ne doit être employée que s'il existe une complication du côté de l'iris. DE WECKER insiste sur l'emploi des injections hypodermiques de pilocarpine (sept à huit gouttes de chlorydrate), il donne en même temps de l'iodure de potassium à la dose de 1 ou 2 grammes par jour. ABADIE, chez les rhumatisants, prescrit le salicylate de soude à la dose de 4 grammes par jour. Au lieu de pilocarpine, pour favoriser la sudation il fait prendre la décoction de ZITTMANN. Si ces moyens ne suffisent pas, il faut recourir à la péritomie.

CHAPITRE VI

MALADIES DE L'IRIS ET DE LA CHOROÏDE

I^o MALADIES DE L'IRIS1^{er}. — Lésions traumatiques1^o PLAIES DE L'IRIS

Bibliographie. — WHITE COOPER, *De la déchirure du cercle interne de l'iris*, in *Ann. d'ocul.*, 1855, t. XXXIV, p. 246. — DOHMEN, *Klinische Monatsbl. f. Augenh.*, 1867 et *Ann. d'ocul.*, 1869, t. LXII. — ABADIE, art. IRIS, in *Nouv. dict. de méd. et chir. prat.*, t. XIX, 1874. — ARLT, YVERT, *Traité des blessures du globe de l'œil*.

Les plaies de l'iris, quelle que soit leur cause, s'accompagnent toujours de lésions du cristallin; on ne conçoit même pas, sauf les cas d'éraillure de cette membrane ou d'absence du cristallin, l'existence d'une plaie traumatique de l'iris sans lésion de la lentille.

Le fait seul de la lésion de l'iris donne lieu à un certain nombre de symptômes spéciaux. 1^o Il existe toujours dans la chambre antérieure un épanchement sanguin (hypoéma), dont l'abondance varie. 2^o L'iris est en général fortement contracté. 3^o La plaie de l'iris, déformée par le spasme réflexe, paraît linéaire (coloboma de l'iris). 4^o Lorsque la lésion cornéenne ou scléroticale sans laquelle la plaie de l'iris ne saurait exister est un peu étendue, il existe presque constamment un prolapsus irien; on peut conclure de là que le pronostic dépend bien plus des complications que de la plaie de l'iris même. Aussi, dans la majeure partie des cas, le chirurgien devra-t-il garder une grande réserve.

Pendant les premiers jours, on s'attachera à prévenir les complications inflammatoires: émissions sanguines, révulsifs, réfrigérants, instillations d'ésérine, bandeau compressif seront employés avec avantage. On s'assure qu'aucun corps étranger n'est resté entre les lèvres de la plaie ou sur ses bords. L'iris hernié peut être enclavé dans la plaie cornéenne ou scléroticale: il faut tenter de réduire cette hernie et si l'on ne peut y parvenir, faire l'excision du prolapsus.

2^o CORPS ÉTRANGERS DE L'IRIS ET DE LA CHAMBRE ANTÉRIEURE

Il n'est pas absolument rare de voir des corps étrangers enclavés dans l'iris ou logés dans la chambre antérieure. Ils ont généralement pénétré en

traversant la cornée, rarement la sclérotique. Les substances que l'on rencontre le plus souvent sont celles que nous avons déjà énumérées à propos de la cornée : fragments de pierre, de verre, parcelles métalliques diverses. Reconnaître la présence de ces corps étrangers n'est pas toujours chose facile de prime abord; ils peuvent être cachés au fond d'un pli de la membrane, et s'ils sont tombés dans la chambre antérieure, entraînés par la pesanteur, ils vont ordinairement se loger dans les parties déclives de la chambre. Deux causes rendent alors leur recherche difficile : l'existence d'un hypoéma et l'opacité du bord scléral derrière lequel ils peuvent être cachés en partie; aussi faut-il procéder très méthodiquement dans les recherches. Les commémoratifs, l'existence d'une plaie cornéenne, mettront sur la voie du diagnostic; l'examen direct, et surtout l'éclairage latéral, permettent ensuite de reconnaître le corps du délit.

JÆGER, JACOBS ont vu des corps étrangers parfaitement tolérés; d'autres auteurs ont signalé des cas d'enkystement, mais il faut bien savoir que ce sont là d'heureuses exceptions. Habituellement la présence d'un corps étranger occasionne une violente inflammation suivie de suppuration, laquelle entraîne une destruction plus ou moins complète de la cornée, et même la fonte purulente de l'œil. La possibilité de semblables lésions nécessite une intervention des plus actives. On doit s'efforcer d'enlever le corps étranger : s'il est libre dans la chambre antérieure, l'issue de l'humeur aqueuse consécutive à la simple incision de la cornée suffira pour le chasser; s'il est enclavé dans l'iris, il faut essayer de l'extraire à l'aide d'une pince, et au besoin pratiquer l'iridectomie.

§ 2. — Inflammations de l'iris

1° IRITIS AIGUË

Bibliographie. — QUADRI, *Ann. d'ocul.*, t. XXXVII, 1857, p. 31. — DUNCALFE, *Du rhumat. et de l'iritis gonorrhéique*, in *Brit. Med. Journ.*, juin 1860. — TAVIGNOT, *Gaz. méd. de Paris*, 1864. — SCHIESS-GEMUSEUS, *Klin. Monatsbl. Augenheil.*, 1870 et *Ann. d'ocul.*, t. LXVI, 1871. — HUTCHINSON, *The Lancet*, t. 1^{er}, p. 4, 1873. — CUIGNET, *Recueil d'ophth.*, 1879. — JULIAN, J. CHISOLM, *Archives f. Ophth.*, t. IX, New-York, 1880. — ABADIE, in *Clin. ophth.*, p. 61, 1881. Thèses de Paris. — 1855, MACRY. — 1866, DEGROND. — 1880, G. DRON. — 1881, ALIX.

Étiologie. — La syphilis étant mise à part, l'iritis aiguë simple, spontanée, primitive, est presque toujours une manifestation rhumatismale. L'impression du froid est le plus souvent dans ce cas la cause déterminante. L'iritis se montre encore dans le cours de la blennorrhagie. Les lésions directes, les traumatismes déterminent aussi l'inflammation aiguë de cette membrane. Enfin l'iritis peut être consécutive et succéder aux lésions des autres membranes : cornée, sclérotique, choroïde, etc. On observe habituellement l'iritis primitive sur les adultes, elle paraît plus fréquente chez les sujets du sexe masculin. Suivant la cause à laquelle ils croyaient devoir rattacher cette maladie, les auteurs ont décrit des iritis scrofuleuse, arthritique, rhumatismale, syphilitique.

Symptômes. — A. — *Objectifs.* — L'inflammation de l'iris se manifeste : 1° Par une altération normale de la membrane qui devient surtout apparente lorsqu'on examine alternativement les deux yeux (il faut, à ce point de vue, se défier de certaines anomalies de coloration que présentent les deux iris, sur le même sujet); on constate en même temps l'existence d'une injection périkeratique assez intense. 2° L'humeur aqueuse est généralement augmentée de quantité et trouble (iritis séreuse); l'éclairage oblique fait reconnaître dans ce liquide l'existence de flocons nuageux; parfois de véritables exsudats recouvrent le champ pupillaire (forme plastique exsudative). Ces différentes lésions déterminent une diminution de l'acuité visuelle. 3° Au bout de peu de jours, l'éclairage oblique permet de constater la présence d'adhérences entre le bord libre de la membrane et la cristalloïde antérieure (synéchies postérieures). L'existence de ces adhérences entraîne une déformation du petit cercle de l'iris. L'infiltration et les synéchies expliquent le défaut de mobilité que présente presque toujours alors cette membrane.

B. — *Signes subjectifs.* — Douleur, photophobie, larmoiement. Pendant les premières heures du début du mal, les malades accusent simplement une sensation de pesanteur; bientôt surviennent des douleurs assez vives, lancinantes, qui affectent la forme de névralgies et s'irradient le long du trijumeau, occupant parfois toute une partie de la tête (hémicranie).

La photophobie, beaucoup moins intense que dans les lésions cornéennes, existe cependant; elle revêt quelquefois un caractère d'acuité extrême, ce qui doit faire songer à une lésion choroïdienne.

Marche. Terminaison. — Abandonnée à elle-même, l'iritis aiguë se termine souvent par résolution. Après un laps de temps qui varie de trois semaines à deux mois, les phénomènes locaux et généraux s'amendent, mais il persiste toujours un nombre plus ou moins considérable de synéchies qui entravent le jeu normal de l'iris, et sont la cause fréquente de rechutes. Dans les cas graves, une couronne de synéchies soude complètement la membrane à la cristalloïde; l'existence de ce cercle de synéchies est une menace constante pour l'organe. Ces adhérences déterminent l'apparition de poussées glaucomateuses, et à la longue la formation d'une irido-choroïdite, qui amènera l'atrophie complète du globe. Parfois enfin des exsudats recouvrent complètement l'ouverture pupillaire, et nécessitent une intervention chirurgicale spéciale. Hâtons-nous de dire qu'un traitement approprié prévient facilement la formation des divers accidents que nous venons de signaler.

Diagnostic. — Il est en général des plus simples : la présence de l'injection périkeratique que nous avons signalée, peut induire en erreur et faire croire à l'existence d'une conjonctivite. L'examen de l'iris, l'absence de sécrétion, la violence des douleurs permettront facilement d'éviter la confusion.

Traitement. — Dès le début, on fera à la tempe une application de sangsues, en même temps on prescrira d'instiller quatre fois par jour dans l'œil quatre ou cinq gouttes d'une solution d'atropine.

Sulfate neutre d'atropine.....	0 ^{gr} ,05 ou 0 ^{gr} ,10
Acide borique.....	1 gramme.
Eau distillée.....	20 grammes.

L'œil sera condamné au repos absolu et protégé contre la lumière soit par des lunettes fumées forme coquille, soit par un bandeau noir. Lorsque les douleurs sont très violentes, on fait appliquer autour de l'orbite une forte couche de pommade belladonnée ; ce moyen est encore fort utile lorsque l'atropine ne peut être tolérée en instillations. Après quatre ou cinq jours, les douleurs diminuent habituellement ; si elles augmentent, on aura recours au sulfate de quinine ou aux injections de morphine. Parfois la sécrétion trop abondante de l'humeur aqueuse accroît la tension intraoculaire et nécessite la ponction de la chambre antérieure.

Dès le début du traitement, on se trouvera bien de faire prendre au malade quelques purgatifs salins. Si l'affection paraît être franchement rhumatismale, on prescrira 3 ou 4 grammes de salicylate de soude dans une potion qui sera absorbée dans la journée.

Enfin, d'une façon générale, dans toute iritis le patient sera soumis à un régime sévère et évitera les refroidissements.

2° AQUO-CAPSULITE OU DESCÉMÉTITE

SYNONYMES. — Kératite ponctuée. — Iritis séreuse.

On désigne sous ce nom une variété d'iritis caractérisée par une sécrétion abondante de l'humeur aqueuse, et la présence sur la membrane de Descemet de petits dépôts blanchâtres : kératite ponctuée.

Symptômes. — L'éclairage oblique permet de reconnaître sur la face postérieure de la cornée et dans sa partie inférieure un pointillé, si fin et si serré dans certains cas que l'on ne peut le distinguer qu'à la loupe (PANAS). En même temps existent les signes ordinaires de l'iritis ; l'humeur aqueuse, plus abondante, est légèrement trouble, mais d'après PANAS, ne deviendrait jamais purulente.

Étiologie. — La kératite ponctuée se montre fréquemment dans le cours de la blennorrhagie, concurremment avec les affections articulaires. Les anciens lui donnaient le nom d'iritis métastatique. PANAS, pour rappeler son origine, propose de la nommer : irido-kératite rhumatismale blennorrhagique. On a vu cette variété d'iritis se produire en l'absence de toute blennorrhagie ; elle était alors sous l'influence de la syphilis. Enfin, signalons la fréquence plus grande de l'aquo-capsulite chez l'homme que chez la femme.

Pronostic. Traitement. — En général le pronostic de la kératite ponctuée est bénin. On se conformera pour le traitement aux données exposées dans le paragraphe précédent, auxquelles suivant les cas on ajoutera l'emploi des sudorifiques ou de l'iodure de potassium.

3° IRITIS SYPHILITIQUE

Bibliographie. — TAVIGNOT, *Gaz. des Hôp.*, 1848. — MELCHIOR ROBERT, *Ann. d'ocul.*, 1851, t. XXVII. — HUTCHINSON, *Iritis dans la syphilis infant.*, in *Med. Times and*

Gaz., t. II, p. 13, 1860. — DE GRÆFE et COLBERG, *Arch. für Ophth.*, 1861, t. VIII. — HENRI SCHMIDT, *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1872. — DROGNAT-LANDRÉ, *Ann. d'ocul.*, t. LXXIII, 1875. — STURGIS (F.-R.) (New-York), *A lecture upon Syphilitic Iritis*, in *Med. Bull.*, vol. III, n° 2, p. 251, 1881.

Thèses de Paris. — 1867, FELLETTIN. — 1872, BARBEYRON. — 1873, ROSSIGNEUX. — 1877, SERRIGNY. — 1878, KHOURCHID. — 1881, POPP.

Parmi les causes qui déterminent l'inflammation de l'iris, la syphilis tient le premier rang. Soixante fois sur cent, dit PANAS, l'iritis peut être rattachée à cette diathèse. C'est généralement dans le cours des périodes secondaire et secondotertiaire que cette inflammation se montre, on doit donc la classer parmi les accidents de transition. Pendant la période tertiaire de la vérole, l'iritis est excessivement rare. RICORD, ROLLET, LANGLEBERT, PANAS contestent même la possibilité de semblable coïncidence.

Symptômes. — La syphilis imprime à l'inflammation de l'iris un cachet spécial. Le petit cercle de la membrane présente une teinte d'un rouge cuivré ; la membrane tout entière offre des reflets fauves, métalliques ; on rencontre fréquemment à la face externe de ce diaphragme de petites tumeurs d'un brun jaunâtre, sessiles. D'après COLBERG, ces masses sont des productions gommeuses en voie d'évolution ; elles siègent habituellement près du bord papillaire (*condylomes*).

L'iritis syphilitique se fait encore remarquer par la plasticité des exsudats et la rapidité avec laquelle se forment les synéchies. Parfois, dès les premiers jours, la pupille tout entière est recouverte par un exsudat qui se transforme rapidement en fausse membrane.

Contrairement aux autres variétés de la même affection qui sont habituellement monoculaires, l'iritis syphilitique envahit souvent les deux yeux simultanément ou successivement. De toutes les formes d'iritis, c'est la plus indolente ; sa marche est généralement subaiguë, presque insidieuse.

Diagnostic. Pronostic. — L'aspect particulier de l'iris, l'existence de condylomes, l'indolence, la marche de l'affection mettront sur la voie du diagnostic ; l'examen général du malade, la découverte d'autres lésions dues à la même cause générale confirmeront les soupçons. Le pronostic est sérieux : l'iritis syphilitique laisse après elle des couronnes de synéchies qu'il est bien difficile de détacher ; les récidives sont fréquentes, de plus il existe souvent des complications graves du côté des membranes profondes.

Traitement. — Après avoir institué le traitement ordinaire de l'iritis (instillations d'atropine), on attaquera la maladie générale. L'iritis étant une manifestation de la période secondotertiaire, les malades seront soumis au traitement mercuriel. Les frictions faites au niveau des plis articulaires avec de l'onguent napolitain sont ici préférables aux autres modes d'administration du mercure ; on prescrira en même temps de l'iodure de potassium en solution, rapidement on portera les doses du médicament jusqu'à 4 et 5 grammes, ce qui n'a du reste aucun inconvénient pourvu que le malade prenne la solution au milieu des repas.

4° IRITIS CHRONIQUE

L'inflammation aiguë de l'iris laisse souvent après elle, ainsi que nous l'avons fait observer plusieurs fois, des synéchies en nombre plus ou moins abondant. Leur présence constitue une menace incessante pour l'œil; de plus, dans de semblables conditions, l'inflammation ne se résout pas entièrement, il persiste toujours un état subinflammatoire: *Iritis chronique*. De temps à autre, sous l'influence d'une des causes que nous avons signalées dans l'étiologie de l'iritis, surviennent des poussées inflammatoires: *Iritis à rechute*.

Dans ces différentes affections, la membrane, terne, d'un rouge sale, semble être infiltrée. Le liquide accumulé dans la chambre postérieure, à cause de la présence des synéchies, repousse en avant l'iris qui paraît bombé. Le cristallin, par suite du contact incessant de l'humeur aqueuse, ne tarde pas à s'infiltrer, ainsi se forment des opacités; enfin il n'est pas rare d'assister à la propagation de l'inflammation aux membranes profondes: *irido-choroïdite*.

Traitement. — Il est de toute importance de tenter la destruction des adhérences; on emploiera pour cela des solutions fortes d'atropine ou de duboisine, dont on pourra faire alterner l'usage avec les instillations d'ésérine. Lorsque ces moyens sont insuffisants, lorsque surtout il se produit des poussées inflammatoires, il faut sans hésiter pratiquer une iridectomie.

§ 3. — Tumeurs de l'iris

- Bibliographie** — A) *Kystes*. — STÖBER, *Ann. d'ocul.*, t. LIV, p. 79, 1865. — HULKE, in *Ibid.*, t. LXII, p. 43, 1869. — MONOYER, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1872. — ROTHMUND, *Ann. d'ocul.*, t. LXVII, p. 280, 1872. — FR. HOSCH, H. SATTLER, in *Ibid.*, t. LXXV, 1876. — GIRAUD-TEULON, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1881. — MASSE, *Arch. gén. de méd.*, 1883.
- B) *Tubercules*. — GRADENIGO, *Ann. d'ocul.*, t. LXIV, 1870. — PARINAUD, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1879. — WOOLFE, *Tuberculose de l'iris*, in *Brit. Med. Journ.* (mars), et *Ann. d'ocul.*, 1882. — PONCET (de Cluny), *Soc. de chir.*, 1882.

Les tumeurs de l'iris ne sont pas très fréquentes; on les divise en tumeurs bénignes et tumeurs malignes.

A. — *Tumeurs bénignes*. — Dans ce groupe, nous avons déjà signalé l'existence de gommés et de granulomes; les seules productions présentant ensuite quelque intérêt sont les kystes.

Les kystes sont habituellement consécutifs à un traumatisme. ROTHMUND a pu réunir trente-sept cas de ce genre, sur lesquels vingt-huit reconnaissent semblable origine. D'après la nature de leur contenu, ces kystes ont été divisés en quatre groupes: kystes séreux, dermoïdes, épithéliaux, parasitaires.

Les kystes séreux sont de beaucoup les plus fréquents.

Différentes opinions ont été émises pour expliquer leur mode de formation.

Les uns, avec BOWMANN et ROBIN, admettent qu'ils se développent dans un doublement du tissu cellulaire de l'iris. DE WECKER, dont l'opinion nous paraît très acceptable, pense qu'à la suite du traumatisme il se produit quelques synéchies qui emprisonnent une certaine quantité d'humeur aqueuse. Ainsi se forme une sorte de petite cavité close, dont les parois continuent à sécréter; la quantité d'humeur aqueuse emprisonnée augmente et refoule l'iris.

Pour expliquer l'origine des kystes épithéliaux, ROTHMUND, se basant sur les travaux de REVERDIN, pense qu'au moment du traumatisme et par son action même, une partie d'épithélium conjonctival détachée va se greffer sur l'iris; des cils avec leur bulbe pileaire pourraient ainsi avoir été transportés.

Les kystes constituent des tumeurs d'un bleu noirâtre ardoisé, arrondies ou piriformes. Tout d'abord leur présence n'occasionne aucun accident, mais dès qu'ils ont atteint un certain volume, ils déterminent des irido-cyclites, ultérieurement des accidents sympathiques dans l'œil du côté opposé.

Traitement. — La ponction simple ne mettant pas à l'abri des récidives, il faut ouvrir la chambre antérieure et enlever la tumeur; cette ablation entraînera naturellement une perte de substance de l'iris.

B. — *Tumeurs malignes*. — Il existe dans la science quelques observations de sarcome ou de mélanosarcome. Les seules tumeurs intéressantes dans ce groupe sont les tubercules de l'iris. Ils ont été bien étudiés par GRADENIGO (de Venise). Ces tubercules sont constitués par de petites productions grisâtres, dont le volume varie entre celui d'une tête d'épingle et celui d'un pois. Les sujets chez lesquels ils se développent ont généralement déjà quelques manifestations tuberculeuses du côté du poumon. Souvent aussi le tubercule de l'iris est la première manifestation de la diathèse. La présence de ces néoplasmes occasionne rapidement des accidents inflammatoires, parfois même des hémorragies de la chambre antérieure. La destruction des manifestations tuberculeuses étant une règle chirurgicale, chaque fois que la chose est possible, il faut dans le cas présent sacrifier le globe de l'œil.

2° MALADIES DE LA CHOROÏDE

§ 1^{er}. — Lésions traumatiques

1° PLAIES ET APOPLEXIES

Les piqûres et coupures de la choroïde constituent toujours une complication des blessures de la sclérotique. Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons déjà dit à ce sujet. Parmi les lésions traumatiques spéciales à cette membrane, il convient de citer les épanchements sanguins et les ruptures. Ces lésions sont consécutives à des contusions directes ou indirectes du globe oculaire.

Les apoplexies traumatiques de la choroïde, d'après YVERT, passeraient souvent inaperçues. Deux circonstances rendent compte de cette particularité. 1° Ces apoplexies ne déterminent d'ordinaire qu'une diminution insignifiante