

sain, des phénomènes d'ophtalmie sympathique qui, au point de vue du pronostic, sont de la plus haute gravité. Dans ces cas, il ne faut pas hésiter un seul instant à énucléer complètement le globe de l'œil.

Cette opération est également indiquée, même lorsqu'il n'existe pas d'ophtalmie sympathique, quand le staphylôme est tellement étendu qu'il comprend la plus grande partie de la sclérotique. Il est évident que, dans ce cas, l'amputation partielle du globe oculaire serait insuffisante.

6° Tumeurs de la cornée.

Les tumeurs primitivement développées dans la cornée sont excessivement rares. Un seul cas de cancer primitif de cette membrane est indiqué par Stellweg cité par Wecker, et encore ce fait est-il douteux. Cependant, nous trouvons mentionnés deux faits, l'un de Magni, relatif à un sarcome, l'autre de Irokeski, relatif à un papillome, dans lesquels le point de départ a paru être le tissu de la cornée.

Dans la grande majorité des cas, la maladie débute par la conjonctive, la sclérotique ou les membranes internes, d'où elle s'étend à la cornée; nous renvoyons donc le lecteur à la description des tumeurs de la conjonctive, nous bornant à énumérer ici les productions que l'on observe le plus souvent sur la cornée.

Parmi les tumeurs congénitales, ce sont les *dermoïdes* qui sont les plus fréquentes; on les trouve toujours simultanément sur la conjonctive ou la sclérotique d'une part et sur la cornée de l'autre. Il en est de même des tumeurs acquises, graisseuses, fibro-plastiques, des kystes et des épithéliomas (cancroïdes de la cornée); elles siègent constamment à la périphérie de la cornée, et semblent avoir pris naissance dans la conjonctive.

7° Gérontoxon.

On décrit, sous le nom de *gérontoxon*, une opacification de la périphérie de la cornée, qui survient à un âge plus ou moins avancé de la vie. Elle représente d'abord un arc blanc-grisâtre, occupant tantôt la partie supérieure, tantôt le demi-cercle inférieur de la cornée (*arc sénile*), mais, avec le temps, elle arrive progressivement à former un cercle complet. Cette opacification est due à une altération graisseuse des cellules cornéennes, et non pas à une maladie inflammatoire de la cornée. Dans certains cas, très-rares d'ailleurs, on a signalé une transformation semblable, siégeant tout à la fois dans le limbe cornéen et dans la portion correspondante de la sclérotique.

Quoi qu'il en soit, le gérontoxon n'est jamais développé au point de gêner la vision; nous ajouterons même que cette dégénérescence graisseuse de la périphérie de la cornée ne constitue nullement un obstacle à la cicatrisation des plaies que le chirurgien peut avoir à pratiquer sur

cette partie de la cornée, ainsi que le prouvent les faits très-nombreux de guérison à la suite d'opération de la cataracte par l'extraction à lambeau cornéen pratiquée chez des sujets qui présentaient un gérontoxon très-développé.

Relativement à l'étiologie, on ignore dans quelles conditions et sous quelle influence se développe cette dégénérescence graisseuse périphérique de la cornée, qui semblerait liée, dans un certain nombre de cas, avec la dégénérescence des artères.

Il est assez remarquable que la cataracte, que l'on a également attribuée à un défaut de nutrition consécutif à des altérations vasculaires, se rencontre très-rarement en même temps que l'arc sénile.

§ III. — Lésions vitales et organiques de la sclérotique.

1° Inflammations (épisclérite et sclérite).

a. *Épisclérite*. — La mince lamelle de tissu cellulaire qui s'étend entre la sclérotique bulbaire et le globe oculaire, s'enflamme quelquefois; et l'on dit alors qu'il y a *episcleritis*, ou encore *épisclérite*.

ÉTILOGIE. — L'épisclérite survient fréquemment sans qu'on puisse en déterminer la cause. Parfois on la voit succéder à l'impression du froid. Mais l'influence étiologique la plus fréquente et la plus incontestable est l'existence de la diathèse rhumatismale; c'est le plus souvent, en effet, chez des individus ayant eu déjà une ou plusieurs attaques de douleurs articulaires ou musculaires, qu'on voit apparaître cette affection.

SYMPTOMATOLOGIE. — On constate l'existence d'un gonflement, d'un boursoufflement bouton-neux, sur un point de la surface du bulbe voisin de la cornée; la partie centrale de ce gonflement circonscrit est d'un gris blanchâtre ou jaunâtre, manifestement formée par un boursoufflement inflammatoire du tissu épiscléral. Les tissus voisins sont le siège d'une injection très-vive, et cette injection donne à la partie malade une teinte tout à fait caractéristique et pour ainsi dire pathognomonique; c'est une coloration rouge lie de vin, très-foncée. Autour de cette tache vineuse l'injection s'affaiblit de plus en plus, et l'on peut apercevoir la sclérotique à travers les mailles formées par le réseau des vaisseaux épiscléraux injectés.

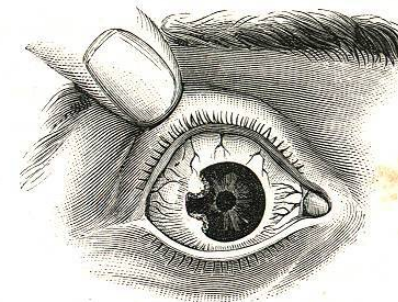


FIG. 57. — Sclérite et opacités consécutives de la cornée.

Il n'est pas rare d'observer sur la cornée, quand le point enflammé se trouve tout à fait sur le bord de cette membrane, des opacités diffuses répandues dans l'épaisseur du tissu cornéen, sans ulcération, ni ramollissement (fig. 57).

Parfois il existe plusieurs élevures boutonneuses analogues à celles que nous venons de décrire, qui tantôt apparaissent en même temps, tantôt surviennent l'une après l'autre. Enfin, dans certains cas, la maladie, au lieu d'être circonscrite en un point de la surface scléroticale, est étendue d'une manière uniforme; on n'observe alors plus de saillie, mais une teinte livide généralisée.

Les troubles fonctionnels sont généralement peu accusés; à peine existe-t-il une légère photophobie, une sensibilité exagérée du globe oculaire à la pression; quant aux douleurs, elles sont à peu près nulles.

La sécrétion des larmes et de la muqueuse conjonctivale est peu augmentée, ce qui contraste avec la vive rougeur du globe oculaire, et avait fait désigner jadis par quelques auteurs cette maladie sous le nom de *conjonctivite catarrhale sèche*.

DIAGNOSTIC. — Si l'on tient compte du siège de l'injection vasculaire qui occupe le tissu sous-conjonctival et non la conjonctive, de l'absence de sécrétion, du peu d'intensité des troubles fonctionnels, il sera facile de différencier cette maladie des conjonctivites catarrhales, pustuleuses, ou autres, dans lesquelles l'injection occupe le tissu conjonctival des culs-de-sac et des paupières, et dans lesquelles la sécrétion des mucosités est augmentée.

On a signalé parfois dans le tissu épiscléral l'apparition de véritables *tumeurs gommeuses* analogues à celles qui apparaissent dans certains tissus comme accidents tertiaires de la syphilis.

Pour établir le diagnostic, on tiendra compte, dans ces cas, des antécédents du malade, des accidents spécifiques concomitants, enfin de la configuration et de l'aspect de la production morbide. La couleur des gommées est plus jaunâtre que celle du boursoufflement inflammatoire du tissu épiscléral, sa masse est plus considérable, l'injection est moins vive et moins livide.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT. — La marche de la maladie est extrêmement lente, même lorsqu'elle est soumise à un traitement rationnel.

On voit souvent la rougeur vineuse du bulbe persister six ou huit mois sans paraître se modifier sensiblement; il est bon d'être prévenu de ce fait pour ne pas se décourager dans le traitement. L'expérience clinique a démontré que, dans ces cas, les instillations journalières d'atropine, parfois des applications de compresses chaudes, l'emploi des sudorifiques à l'intérieur, l'usage des lunettes bleues ou fumées, et enfin l'observation rigoureuse d'une bonne hygiène, doivent constituer tout le traitement. Il faut surtout se garder, dans ces cas, d'employer des collyres astringents et irritants, qui ne feraient qu'aggraver la maladie.

b. *Sclérite*. — Quand le tissu épiscléral est enflammé, le tissu scléroti-

cal lui-même participe généralement à l'inflammation, et d'après quelques auteurs, la coloration lie de vin tout à fait caractéristique que nous avons décrite dans l'épisclérite tiendrait précisément à l'injection des capillaires du tissu sclérotical.

Si donc cette rougeur vineuse est très-répan due, si par contre le gonflement boutonneux du tissu épiscléral est peu accusé, nous aurons plutôt affaire à une sclérite qu'à une épisclérite; quant aux autres caractères cliniques, ils sont à peu près les mêmes que ceux que nous venons d'assigner à l'épisclérite, et en les énumérant nous ne ferions que répéter ce que nous venons de dire précédemment.

Nous verrons plus tard, en étudiant la *scéléro-choroïdite antérieure et postérieure*, que, dans ces affections, le tissu sclérotical participe souvent au processus morbide qui a envahi d'abord la choroïde. Mais comme les lésions de la sclérotique ne sont alors que secondaires, il est plus rationnel d'en réserver la description pour le moment où nous traiterons des maladies de la choroïde.

2° Staphylôme de la sclérotique.

ÉTILOGIE. — Si la pression intra-oculaire demeurant constante, l'enveloppe scléroticale perd de sa résistance, elle cède sur son point affaibli à la pression intérieure, se déforme en s'amincissant et se bombant, et il se produit une tumeur staphylomateuse.

La condition la plus favorable au développement d'un staphylôme réside donc dans le peu de résistance que l'enveloppe scléroticale oppose à la pression intra-oculaire. Cette simple considération explique déjà d'une façon satisfaisante la fréquence du staphylôme chez les enfants, les adolescents, et sa rareté au fur et à mesure qu'on avance en âge, et que la sclérotique devient plus résistante. On ne la constatera à un âge avancé que dans deux conditions différentes: ou bien lorsqu'une maladie, la scléro-choïdite par exemple, aura troublé la nutrition et affaibli la résistance du tissu sclérotical, ou bien lorsque la pression intra-oculaire aura augmenté d'une façon progressive, comme dans le glaucome chronique.

On doit ajouter que dans les cas où les staphylômes de la cornée prennent un développement considérable, la sclérotique finit par s'amincir, dans les points contigus au staphylôme cornéen, et la partie ectasiée augmente alors insensiblement de volume aux dépens du tissu sclérotical. Comme le plus souvent les staphylômes de la cornée ont succédé à des ulcérations avec perte de substance, situées sur les bords de cette membrane, c'est aussi en ces points que se développent souvent les staphylômes de la sclérotique.

SYMPTOMATOLOGIE. — Un des premiers effets de la distension staphylomateuse est de produire un amincissement de plus en plus marqué du tissu sclérotical. En même temps que cet amincissement se produit, on voit la

coloration normale de la sclérotique changer peu à peu et devenir bleuâtre, puis bleue foncée, puis noirâtre; cet aspect est dû à la choroïde sous-jacente qui apparaît à travers la sclérotique. La teinte sera donc d'autant plus foncée que l'amaigrissement du tissu sera plus considérable. La courbure normale de la surface du globe se déforme, et finit peu à peu par proéminer dans le point affaibli de façon à former une petite tumeur (*staphylôme partiel*); d'autres fois l'ectasie peut s'étendre à tout le globe, qui acquiert parfois un volume très-considérable (*staphylôme total*).

Dans certains cas, la tumeur, tout en restant circonscrite, est formée de petites élevures situées les unes près des autres, de coloration noirâtre, et formant ainsi un petit groupe qu'on a comparé à une grappe de raisin (*staphylôme rameux*).

Il est rare qu'un staphylôme sclérotical ait atteint un certain degré de développement sans qu'il détermine des troubles fonctionnels considérables. Il est clair que la distension des membranes internes, qui éprouvent les mêmes tiraillements que l'enveloppe scléroticale, entrave singulièrement leur nutrition, et par suite porte atteinte à leurs propriétés physiologiques, d'où il suit que la vision est abolie à un haut degré. Au début, les douleurs ne sont pas très-intenses, mais lorsque, par suite du développement incessant de la tumeur, les nerfs ciliaires sont tiraillés, elles deviennent de plus en plus vives. C'est dans ces cas qu'on peut voir survenir dans l'œil du côté opposé des phénomènes sympathiques qui ne disparaissent que par l'ablation complète du staphylôme ou mieux par l'énucléation du globe de l'œil.

Quand la tumeur devient considérable, elle produit sur les organes du voisinage (conjonctive, paupières) des phénomènes mécaniques d'irritation; enfin, dans les cas extrêmes, l'œil est volumineux, proéminent, au point d'empêcher l'occlusion des paupières.

DIAGNOSTIC. — Des tumeurs mélaniques ayant leur origine dans la choroïde et se faisant jour à travers la sclérotique, pourraient peut-être, au premier abord, être prises pour des staphylômes. Mais le mode d'apparition de la tumeur qui survient spontanément, tandis que le staphylôme succède à une affection préexistante; les douleurs vives, soit spontanées, soit provoquées par la pression; enfin la marche rapidement envahissante, permettront de différencier la tumeur mélanique d'un simple staphylôme.

On ne confondra pas non plus avec le staphylôme certaines pigmentations anormales du tissu sclérotical; celui-ci conserve toute sa force de résistance, et il n'y a ni amaigrissement, ni changement de courbure, ni trouble fonctionnel.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT. — Généralement progressive pendant une première période, la maladie finit par rester stationnaire. Il est possible que cet état définitif se produise quand la capacité du globe ayant augmenté, et l'enveloppe étant amincie, la pression intra-oculaire diminue et se met en équilibre avec le reste de résistance que lui offre l'enveloppe

scléroticale; peut-être aussi qu'alors les phénomènes endosmo-exosmotiques qui règlent la tension intra-oculaire sont changés, et empêchent celle-ci de dépasser un certain degré. On s'expliquerait ainsi la marche stationnaire du staphylôme quand il a atteint un certain degré de développement, et la rareté de la terminaison de la maladie par une rupture spontanée de l'enveloppe scléroticale.

Dans certains cas, cependant, il y a tiraillement des nerfs ciliaires, la tension intra-oculaire reste très-élevée, et la distension du globe peut arriver au point de produire une rupture spontanée, suivie de l'atrophie du globe; cette terminaison est extrêmement rare.

Au début, quand le staphylôme n'a pas atteint un volume considérable, on peut encore espérer l'enrayer dans son développement par des paracentèses répétées, par l'iridectomie, par l'application prolongée du bandeau compressif.

Mais il n'en est plus de même quand il a atteint un volume considérable; il faut alors avoir recours à l'énucléation partielle par le procédé de Critchett, ou mieux par celui de Knapp, que nous avons décrit plus haut.

§ IV. — Lésions vitales et organiques de l'iris.

1° Inflammations (iritis).

L'iritis, séparée pour la première fois des autres affections oculaires par Beer et Schmith, a été depuis l'objet de nombreuses divisions. Quelques auteurs, se plaçant exclusivement au point de vue étiologique, ont décrit une iritis *rhumatismale*, *syphilitique*, *scrofuleuse*, etc.; d'autres, s'appuyant sur les lésions anatomiques, ont divisé l'iritis en *séreuse*, *parenchymateuse*, *plastique*, etc. Mais ces distinctions sont à peu près impossibles à faire dans la pratique, et, dans tous les cas, elles ne sont pas assez importantes pour que nous nous croyons obligé de décrire à part chacune de ces variétés. Souvent, en effet, des iritis très-différentes par leur origine se présentent avec les mêmes caractères anatomiques; et inversement, une cause unique, telle que la diathèse rhumatismale, peut déterminer une iritis, tantôt séreuse, tantôt parenchymateuse; enfin, les lésions peuvent se transformer, et l'on voit quelquefois l'iritis parenchymateuse succéder à l'iritis séreuse.

En raison des considérations précédentes, j'adopterai la division de l'iritis en *aiguë* et *chronique*, et j'aurai soin, dans le cours de la description, d'insister sur les caractères qui appartiennent plus particulièrement à telle ou telle forme.

AMMON, *Iritis séreuse, iritis parenchymateuse* (*Ann. de la chir. franç. et étrang.*, 1844, t. X, p. 444). — RICORD, *De l'iritis syphilitique* (*Ann. d'oculistique*, t. XXXVI). — QUADRI, *De l'iritis séreuse* (*Ann. d'oculistique*, 1857, t. XXXVII, p. 34). — GALEZOWSKI, *Sur l'iritis blennorrhagique* (*Gaz. des hôpitaux*, 1867).

a. *Iritis aiguë.*

ÉTIOLOGIE.—L'iritis spontanée, rare dans l'enfance, ne se montre guère avant l'âge de vingt ans, présente son maximum de fréquence entre trente et quarante ans, et disparaît ensuite peu à peu, au fur et à mesure qu'on avance en âge.

Une des causes les plus fréquentes est sans contredit la syphilis. Cependant il n'y a pas lieu de décrire spécialement une iritis syphilitique : car, en dehors du point de départ étiologique, la symptomatologie et les lésions anatomiques sont à peu près les mêmes que dans les autres formes d'iritis. Ce n'est que dans des cas très-rares, lorsqu'il s'est formé des produits particuliers (gommés), qu'on peut assigner à la maladie son véritable caractère spécifique.

Le rhumatisme, l'impression du froid, jouent aussi un grand rôle dans la production de l'iritis ; il en est de même de certains états diathésiques, tels que la goutte, l'arthritisme, etc.

L'inflammation de l'iris survient quelquefois chez les femmes à l'époque de la ménopause et se lie alors aux troubles de la menstruation qui accompagnent fréquemment l'âge critique. Elle apparaît parfois aussi chez l'homme à la suite de la suppression de flux hémorroïdaires.

Enfin, elle survient spontanément chez des individus atteints de blennorrhagie (*iritis blennorrhagique*).

A côté de ces causes générales, il en existe d'autres toutes locales, parmi lesquelles on doit citer les lésions traumatiques, accidentelles ou chirurgicales, les maladies graves de la cornée (*ulcérations profondes, perforation*). L'inflammation de la choroïde peut aussi se propager à l'iris (*irido-choroïdite*).

SYMPTOMATOLOGIE.—L'iritis s'accompagne d'une injection perikératique plus ou moins intense constituée par les vaisseaux capillaires sous-conjonctivaux. Dans la forme dite *séreuse*, cette injection est très-peu accusée ; dans les formes graves, les vaisseaux de la conjonctive participant à l'hypérémie de la sclérotique, l'œil prend une teinte rouge uniforme, et l'on peut voir survenir un chémosis, accompagné parfois d'un gonflement de la paupière supérieure. C'est dans ces cas extrêmes que l'on pourrait croire à l'existence d'une conjonctivite intense, si l'on se bornait à un examen superficiel, et nous ne saurions trop insister auprès des jeunes chirurgiens pour les prémunir contre une semblable erreur de diagnostic trop souvent commise.

Au début, la couche épithéliale qui recouvre la face antérieure de l'iris s'altère, d'où résulte une diminution de son éclat ; l'œil paraît légèrement terne, surtout quand on le compare à celui du côté sain. Par l'examen à l'éclairage oblique, on peut s'assurer que la cornée est complètement transparente, et que l'aspect dépoli est bien dû à l'altération du tissu iridien. Quand la maladie devient plus accusée, l'iris change de coloration,

sa teinte paraît plus foncée, ce qui est dû à l'injection de son tissu. S'il était bleu, il paraît grisâtre ; s'il était châtain, il paraît brunâtre.

Ses mouvements ne s'accomplissent plus comme à l'état normal, ils sont beaucoup plus lents, non parce que sa sensibilité réflexe à la lumière est émoussée, mais parce que ses fibres musculaires ne se contractent plus aussi facilement. Il résiste davantage à l'action des mydriatiques, et même avec une forte solution d'atropine, on n'arrive pas à dilater complètement la pupille.

Celle-ci est généralement rétrécie, irrégulière ; on peut voir sur ses bords des petits points brunâtres, amas pigmentaires et exsudats, commencements de synéchies postérieures. Quand on instille de l'atropine, parfois ces synéchies se rompent et se présentent sous la forme de petites plaques brunâtres, adhérent à la cristalloïde antérieure ; d'autres fois elles résistent, et donnent alors à l'ouverture pupillaire une configuration tout à fait irrégulière.

L'humeur aqueuse est altérée dans sa transparence : de petits flocons blanchâtres flottent dans la chambre antérieure, s'accumulent

à la partie la plus déclive, ou se déposent parfois sous forme d'un pointillé très-fin sur la face postérieure de la membrane de Descemet. Ces troubles de l'humeur aqueuse, qui peuvent se montrer même dans des cas où l'iris est très-peu altéré, avaient fait considérer auparavant cette maladie comme l'inflammation de la membrane qui tapisse la chambre antérieure, et l'on désignait cette inflammation sous le nom d'*aquo-capsulite*. Cette désignation ne saurait plus être acceptée, car elle repose sur des données anatomiques fausses. La face antérieure de l'iris est tapissée par un simple épithélium, mais aucune membrane ne s'étend à sa surface, et la membrane de Descemet se termine par les fibres du ligament pectiné au bord ciliaire de l'iris. C'est surtout dans la forme d'iritis dite *séreuse* qu'on observe ces troubles de l'humeur aqueuse coïncidant parfois avec une augmentation de sécrétion de ce liquide. Dans certaines formes d'iritis (*iritis parenchymateuse suppurative*), c'est tantôt du sang (*hypohéma*), tantôt du pus (*hypopyon*) qui s'épanche dans la chambre antérieure. L'apparition du pus doit toujours faire songer à la propagation de l'inflammation aux procès ciliaires et au corps ciliaire.

Les douleurs dans l'iritis offrent une intensité très-variable : elles peuvent être peu accusées (*iritis séreuse*), ou atteindre, dans d'autres cas, un degré extrême, irradiant le long des branches du trijumeau, apparais-

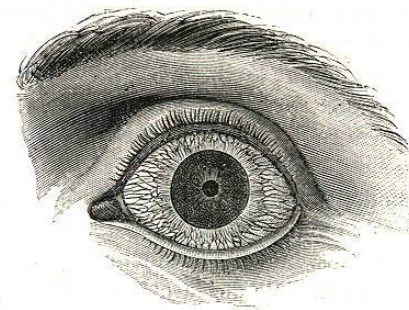


FIG. 58. — Iritis. — Injection perikératique. — Rétrécissement et déformation de la pupille.

sant parfois sous forme intermittente, névralgique. Quand elles acquièrent un haut degré d'intensité, elles sont souvent le résultat de la compression des nerfs ciliaires consécutive à une augmentation considérable de la pression intra-oculaire. Elles sont alors rebelles à tout traitement médical, et cèdent au contraire avec promptitude à une paracentèse de la chambre antérieure qui produit une détente de la pression intra-oculaire.

Lorsque l'inflammation de l'iris est très-aiguë, comme on l'observe à la suite de certaines opérations et de traumatismes, on voit survenir quelques symptômes généraux : la température s'élève, le pouls devient dur et fréquent, la langue est sèche et saburrale, et il y a du subdélirium. Dans ces cas, la suppuration est imminente ; mais il existe presque toujours en même temps une choroïdite purulente qui se termine par un phlegmon de l'œil.

Les *troubles fonctionnels* sont généralement en rapport avec le siège et la nature des exsudats : si l'ouverture pupillaire déjà rétrécie est envahie par un exsudat qui achève de l'oblitérer, la vision peut être totalement abolie, et réduite à une simple perception lumineuse quantitative ; il en est de même quand la chambre antérieure est remplie de flocons de sang ou de pus. Lorsque l'humeur aqueuse est restée transparente, que la couche épithéliale de la cornée est intacte, et que le champ pupillaire est complètement libre d'exsudats, les troubles fonctionnels peuvent être très-peu accusés.

DIAGNOSTIC. — Il est généralement assez facile de reconnaître l'iritis aux signes qui viennent d'être énumérés. Néanmoins j'ai vu souvent, faute d'un examen suffisant, confondre la maladie avec une simple conjonctivite. Je signale donc avec intention cette erreur très-préjudiciable pour le malade, et que l'on évitera en tenant compte de la disposition des vaisseaux autour de la cornée, du trouble de l'humeur aqueuse, de l'altération de couleur de l'iris, de l'irrégularité de la pupille, de la paresse de l'iris, enfin des douleurs circumorbitaires.

Quant au diagnostic de la variété d'iritis, j'ai dit que, dans mon opinion, il est à peu près impossible de décider, d'après l'examen seul des symptômes objectifs, si l'on a affaire à une iritis syphilitique, rhumatismale ou autre. Le seul signe qui présente une réelle valeur et qui puisse faire soupçonner l'existence d'une iritis syphilitique, c'est la présence à la surface et près du bord pupillaire de l'iris de saillies arrondies, que l'on a décrites sous le nom de *condylomes* et de *gommes*. Ce sera donc à peu près exclusivement d'après l'examen général du sujet, d'après la présence d'autres manifestations de telle ou telle diathèse, que l'on sera conduit à établir l'origine et la nature de l'iritis.

PROGNOSTIC. — Au bout de quelques jours et à la suite d'un traitement approprié, on voit habituellement disparaître peu à peu l'injection péri-kératique, les douleurs diminuent d'intensité, la coloration tend à redevenir normale, l'œil recouvre son éclat, les mouvements de l'iris repren-

nent leur vivacité première, et tous les symptômes peuvent ainsi disparaître sans laisser de traces.

Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Outre des exsudats qui, siégeant sur la cristalloïde antérieure au niveau de l'ouverture pupillaire, troublent singulièrement la fonction visuelle, on voit persister parfois des synéchies postérieures, tantôt partielles, tantôt totales, qui, entravant le jeu régulier de l'iris, favorisent les rechutes de la maladie, et exercent une influence pernicieuse sur la nutrition de tout l'organe.

Les cas les plus graves d'iritis sont ceux qui s'accompagnent de synéchies postérieures totales, de suppuration dans la chambre antérieure. Enfin quand l'inflammation se propage aux autres membranes de l'œil (corps ciliaire, choroïde), la maladie peut se terminer par la perte complète de l'organe.

TRAITEMENT. — Dans le traitement local de l'iritis aiguë on se laissera en partie guider par l'intensité des phénomènes locaux. Si l'œil est fortement injecté, la conjonctive bulbaire et palpébrale tuméfiée, si les douleurs sont vives, on se trouvera bien de l'application de sangsues au nombre de six à huit à la tempe du côté malade. On ne devra jamais négliger, dès le début, les instillations d'un collyre à l'atropine (0,40 centigrammes pour 30 grammes) toutes les trois heures. Chez certains individus l'usage prolongé de l'atropine produit une légère inflammation de la conjonctive ; on remplacera alors les collyres par des frictions d'onguent belladonné autour de l'orbite. Il est très-important de savoir que, dans quelque cas, quand la pression intra-oculaire est augmentée, l'atropine n'agit sur l'iris et ne passe dans la chambre antérieure que lorsqu'on a produit une détente dans la tension de l'œil, soit au moyen des déplétions sanguines, soit par la paracentèse de la chambre antérieure. Cette même opération réussit très-bien à faire disparaître les douleurs ciliaires très-intenses qui résistent à des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine ; la meilleure indication pour cette opération est l'augmentation de la dureté de l'œil que l'on constate par le toucher. Dès les premiers jours de l'apparition de la maladie, il est bon d'administrer des purgatifs et de produire ainsi une dérivation sur le tube intestinal.

Il va de soi que le traitement général devra surtout avoir en vue le point de départ étiologique de l'affection. Si l'on soupçonne l'existence de la syphilis, on devra prescrire les préparations mercurielles. L'emploi des pilules de protoiodure de mercure, à la dose de 5 à 10 centigrammes par jour, est surtout indiqué. Le calomel à doses fractionnées, les frictions d'onguent napolitain, le sublimé administré à l'intérieur ou sous forme d'injections hypodermiques, ont été recommandés par divers praticiens, soit comme spécifiques de l'iritis syphilitique, soit comme altérants dans les autres formes d'iritis aiguë. Si l'affection paraît être de nature rhumatismale, on prescrira la décoction de Zittman et les sudorifiques. Quand l'iritis a été précédée de manifestations goutteuses, arthritiques,

on ordonne au malade les eaux minérales alcalines de Vichy, de Contrexéville, etc., un traitement alcalin et un régime approprié. Enfin, si l'inflammation de l'iris a succédé à des troubles de la menstruation, à la suppression d'hémorroïdes, le but à atteindre sera de rétablir le cours normal des règles et de provoquer le retour du flux hémorroïdal.

b. *Iritis chronique.*

L'iritis chronique succède à l'iritis aiguë, ou s'établit pour ainsi dire d'emblée et sous l'influence des mêmes causes générales que nous avons indiquées en parlant de l'iritis aiguë.

Les altérations anatomiques du tissu iridien sont très-variables. Tantôt celui-ci est mince, atrophié, parfois même éraillé; tantôt, au contraire, il est épaissi, projeté en avant par les masses exsudatives qui occupent son plan postérieur ou l'épaisseur de son parenchyme (fig. 59). Quand il existe une synéchie postérieure totale, et que des liquides viennent à s'accumuler dans la chambre postérieure, l'iris bombé en avant dans ses parties périphériques et retenu au centre de la pupille par les exsudats prend l'aspect d'un entonnoir. Des vaisseaux d'un calibre anormal se développent parfois dans l'épaisseur de son tissu.

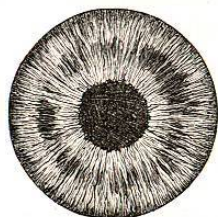


FIG. 59. — Hypertrophie de l'iris à la suite d'inflammation chronique.

Les phénomènes inflammatoires peuvent manquer presque complètement; c'est à peine si l'on trouve une injection périkeratique un peu accusée, les veines ciliaires antérieures seules paraissent plus injectées que d'habitude.

Il est un point qui mérite d'attirer toute l'attention du praticien, c'est l'apparition, à des intervalles plus ou moins éloignés, de véritables poussées inflammatoires: ces formes d'iritis, désignées par certains auteurs sous le nom d'*iritis à rechute*, se présentent particulièrement quand il existe des synéchies postérieures. Au moment où se reproduisent ces poussées inflammatoires, les douleurs sont vives et la maladie reprend les mêmes caractères que dans l'iritis aiguë.

Les troubles fonctionnels, proportionnés à l'abondance et au siège des exsudats, sont généralement assez prononcés, et quand l'affection se propage au corps ciliaire et aux membranes profondes de l'œil, la diminution de l'acuité visuelle survient d'une façon progressive et complète.

L'iritis chronique est une affection grave. Les synéchies postérieures, complètes ou incomplètes, entravant le sphincter iridien dans ses mouvements, peuvent produire des rechutes, des douleurs ciliaires, accompagnées d'hypersécrétion des liquides de l'œil, de véritables poussées glaucomateuses. Quand la synéchie postérieure est complète, il n'existe plus de communications entre la chambre antérieure et la chambre postérieure, l'humeur aqueuse s'accumule entre la face postérieure de l'iris et

le cristallin, et celui-ci altéré dans sa nutrition ne tarde pas à être envahi par des opacités, à se cataracter. Le processus morbide a parfois aussi de la tendance à envahir toute la choroïde, il se forme des exsudats entre cette membrane et la rétine qui est décollée. Le corps vitré se liquéfie, l'œil se ramollit et finit par s'atrophier.

TRAITEMENT. — Comme *traitement local*, on devra s'efforcer de prévenir l'apparition de synéchies, ou de détruire celles qui existent déjà. Pour empêcher la production de synéchies au centre de la pupille, on instillera jusqu'à cinq ou six fois par jour une solution assez concentrée de sulfate neutre d'atropine (0,20 centigrammes pour 30 grammes). Une fois la pupille dilatée, s'il se produit des adhérences qui l'empêchent de reprendre sa position primitive, on cherchera à les rompre en utilisant la propriété remarquable de la calabarine ou éserine qui fait contracter le sphincter interne de l'iris.

Quand tous ces moyens ont été impuissants à rétablir le jeu normal de l'iris, quand la présence des synéchies provoque soit de nouvelles poussées inflammatoires, soit des douleurs ciliaires vives, on peut essayer de les rompre (*procédé de Passavant*). Dans ce but, on pratique sur les parties périphériques de la cornée, au moyen du couteau lancéolaire, une petite incision par laquelle on introduit l'extrémité d'une pince fine; puis, saisissant l'iris, on cherche par une traction modérée à rompre la synéchie. La pince est ensuite retirée avec précaution.

Dans les cas où il existe une synéchie postérieure totale, où l'iris est fortement soudé au cristallin, de Græfe a proposé de faire l'opération du *cérémorphosis*, ou déchirement de l'iris, opération déjà introduite dans la pratique et vulgarisée par Desmarres père. On fait une incision au niveau du limbe conjonctival comme pour l'iridectomie; puis, introduisant des pinces à griffes courbes dans la plaie et saisissant l'iris, on le déchire au niveau des adhérences de son bord pupillaire, on l'attire au dehors, et on l'excise. Cette opération ne diffère de l'iridectomie que parce que le bord pupillaire ne cède pas et reste en place, maintenu par les adhérences.

2° Tumeurs de l'iris.

Les tumeurs de l'iris sont assez rares: indépendamment des *abcès* et des *condylomes* signalés à l'occasion de l'iritis, on a observé quelquefois des *kystes* et des *tumeurs solides*.

a. *Kystes*. — Mackenzie, A. Richard (1), Stæber (2), S. Dixon (3), Guépin (4), en ont rapporté des exemples. Ces tumeurs semblent pres-

(1) *Gaz. hebdom.*, t. I, p. 1082.

(2) *Ibid.*, t. II, p. 55.

(3) *Ann. d'oculistique*, t. XXXVII, p. 141.

(4) Thèse de Paris, 1860.

que toujours reconnaître une origine traumatique, en sorte qu'il est permis de supposer, dans un certain nombre de cas où le liquide est coloré en brun, qu'il s'agit d'anciens foyers sanguins.

Tantôt il n'existe qu'un kyste simple ou multiloculaire, tantôt on trouve plusieurs poches indépendantes. La tumeur est de forme variable, lenticulaire, piriforme, bilobée.

Les parois du kyste sont tantôt blanchâtres, tantôt translucides, plus souvent opaques, dures, d'apparence fibreuse ou cartilagineuse. D'après

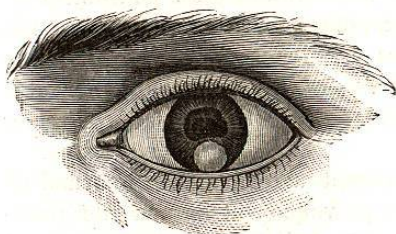


FIG. 60. — Kyste de l'iris.

Robin, il n'existe pas de membrane propre; la cavité du kyste est formée par un simple dédoublement du tissu cellulaire de l'iris. Le contenu du kyste est tantôt fluide et transparent, tantôt légèrement coloré en brun. Parfois au lieu de liquide, on trouve une matière gélatineuse, et, dans un cas de Guépin, cette

matière de couleur grisâtre était composée de fines granulations de même couleur, de granulations graisseuses et pigmentaires.

Il est quelquefois assez difficile de reconnaître les kystes de l'iris. On devra avoir recours à l'éclairage oblique pour bien apprécier les caractères extérieurs de la tumeur qui se présente sous des aspects variés, selon sa couleur, son siège, son volume.

Parmi les divers moyens proposés pour guérir les kystes de l'iris, tels que : la ponction, le broiement, la déchirure ou l'excision de la paroi antérieure, aucun ne fournit de résultats satisfaisants, et le plus sûr consiste à pratiquer une large iridectomie et à enlever en même temps que le kyste la partie de l'iris qui le supporte.

b. *Tumeurs solides*. — Il est à peu près impossible aujourd'hui de donner une histoire clinique de ces tumeurs rarement observées.

Nous mentionnerons seulement certaines tumeurs épithéliales décrites récemment par Monoyer (1) sous le nom d'*épithélioma perlé* ou *margaritoïde*, et dont la nature nous paraît encore loin d'être démontrée, puis les *tubercules*, les *cancers*, et plus spécialement le *cancer mélanique*.

Ces tumeurs, lorsqu'elles sont reconnues de bonne heure, réclament pour traitement l'excision large de l'iris dans le point qui les supporte.

(1) *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1872.

§ V. — Lésions vitales et organiques de la choroïde

1° Hypérémie et inflammations (choroïdites).

La choroïde, dont les nombreux vaisseaux servent non-seulement à sa nutrition propre, mais encore à celle des autres parties constituantes du globe oculaire, est fréquemment le siège de troubles circulatoires qui peuvent aboutir à l'inflammation de cette membrane.

L'*hypérémie congestive*, décrite isolément par la plupart des ophthalmologistes, est le plus souvent impossible à reconnaître avec certitude, même avec l'aide de l'ophthalmoscope, attendu que la coloration plus ou moins rouge du fond de l'œil ne dépend pas seulement de l'injection plus ou moins vive des vaisseaux choroïdiens, mais surtout du degré de pigmentation de la couche épithéliale.

Le diagnostic de l'hypérémie choroïdienne repose sur l'existence de signes rationnels que nous nous bornerons à énumérer rapidement. En première ligne, et parmi les signes objectifs, il faut noter l'injection périkeratique portant surtout sur les veines ciliaires antérieures, qui sont augmentées de volume et deviennent tortueuses. A cet état d'hypérémie vient se joindre le plus souvent une légère suffusion séreuse au-dessous de la conjonctive bulbaire.

Si l'hypérémie se prolonge, un léger trouble survient dans l'humeur aqueuse où flottent des débris de cellules épithéliales, mais dans ces cas il ne s'agit déjà plus d'un simple trouble circulatoire et il commence à se produire des altérations de tissu.

Les phénomènes subjectifs consistent en un sentiment de plénitude dans l'œil, quelquefois de faibles douleurs spontanées ou provoquées par la pression, une sensibilité exagérée à la lumière, une fatigue survenant rapidement dans les travaux de lecture et d'écriture.

Les symptômes de l'hypérémie choroïdienne se montrent fréquemment chez les individus myopes ou hypermétropes qui sont obligés de se livrer à des efforts d'accommodation exagérés. L'influence prolongée de la lumière vive, artificielle, peut être aussi une cause occasionnelle de congestion choroïdienne. Les troubles circulatoires d'ordre mécanique, résultant d'affections cardiaques ou d'obstacles apportés au cours du sang dans les vaisseaux de l'abdomen, peuvent retentir sur la choroïde.

Enfin, l'hypérémie de la choroïde peut n'être que le premier degré de la choroïdite; aussi les deux affections se confondent-elles souvent au point de vue de l'étiologie et du traitement.

L'*inflammation de la choroïde* ou *choroïdite* revêt différentes formes. Tantôt limitée à la membrane, elle en occupe la totalité ou la presque totalité (*choroïdite généralisée*); tantôt elle reste circonscrite aux parties antérieure ou postérieure (*cyclite*, *scléro-choroïdites postérieure et antérieure*).