

d'origine métastatique mais, dans bien des cas, proviennent aussi d'infection externe. La malpropreté, la stagnation du pus, du mucus, ou de larmes septiques autour de l'œil, la macération, le peu de résistance générale des malades ou des convalescents, constituent des conditions très favorables aux érosions épithéliales et à l'inoculation kératique. La prophylaxie oculaire, dans ces maladies générales, est importante puisque la variole, avant la vaccine, faisait 35 p. 100 des aveugles et n'en donnait plus, après, que 7 p. 100. La toilette et le traitement oculaires ne sont pas moins importants.

CHAPITRE VIII

AFFECTIONS GÉNÉRIQUES DE L'ŒIL

Nous appelons affections génériques de l'œil celles qu'engendrent certains états généraux, diathésiques ou infectieux comme le nervosisme, le rhumatisme, la goutte, le lymphatisme, la tuberculose, la lèpre, la syphilis et celles qui relèvent de causes communes, pathologiques, originelles ou traumatiques, comme les tumeurs, les anomalies et les blessures.

Nous les passerons successivement en revue dans des paragraphes spéciaux.

I. — Nervosisme.

§ 235. Il en est du nervosisme comme du lymphatisme ; ses limites sont indéfinies et sa compréhension paraît incertaine. Cependant, en clinique, le nervosisme a un sens. Il indique une certaine vivacité d'allure chez les patients, de l'impressionnabilité, une grande sensibilité, parfois des réflexes excessifs. Les sujets sont remuants, brusques, loquaces, impressionnables. Ils battent fréquemment des paupières et sont

affectés de spasmes, de vertiges, etc. Leurs yeux sont très mobiles ; ils sont très sensibles aux impressions physiques ou morales. Les enfants et les femmes sont fréquemment nerveux, ou lymphatico-nerveux ; de même les sujets secs, maigres, adultes ou vieillards.

Les affections oculaires diverses prennent chez ces malades des caractères exagérés. La douleur, les réflexes, les spasmes sont très marqués ; nous rencontrons de simples conjonctivites qui, par le fait du nervosisme, sont une cause de tourments sérieux et entraînent une impotence visuelle notable. Une sorte de kôpiopie s'observe également. Certains blépharospasmes n'ont pas d'autre origine. Beaucoup de strabiques sont des nerveux ou des névropathes. L'hystérie est au sommet de l'échelle du nervosisme sans en présenter toujours les allures. Les nerveux sont de puissants réactionnels et ils compliquent parfois l'aspect de certaines affections banales : conjonctivites, blépharites, kératites. Ils peuvent enfin déterminer de graves accidents opératoires pendant l'extraction de la cataracte, l'iridectomie. Il convient avec eux d'être toujours en garde, de donner préalablement du chloral, du bromure, et, dans les cas graves, de pratiquer l'anesthésie générale.

II. — Rhumatisme oculaire.

§ 236. Certaines manifestations oculaires du rhumatisme sont aujourd'hui bien établies ; d'autres restent encore discutées.

Stoll (1809) indique la conjonctivite ; la sclérotite, l'épisclérite, la ténonite, l'iritis, les choroidites, les rétinites, les névrites, les paralysies musculaires sont ensuite étudiées par les auteurs.

Les ophtalmies rhumatismales sont assez communes. On les observerait surtout dans les climats brumeux et par les temps humides. Les adultes semblent particulièrement atteints, les hommes aussi bien que les femmes.

Les diverses formes de rhumatisme, articulaire, aiguë, chronique et abarticulaire, présentent des localisations, surtout du côté des séreuses et des fibreuses de l'œil (de Wecker).

Le *rhumatisme articulaire aigu* est rarement en cause (Charcot). On y rencontre cependant la conjonctivite, l'iritis. La blennorrhagie est une cause occasionnelle car on voit des rhumatisants, à chaque écoulement, être affectés simultanément de troubles articulaires et oculaires.

Dans le *rhumatisme articulaire chronique*, les ophtalmies sont plus fréquentes et plus graves que dans le rhumatisme aigu. L'iritis s'observe souvent dans la forme noueuse; viendraient ensuite, par ordre de fréquence, la sclérite, la conjonctivite et l'irido-choroïdite.

Dans le *rhumatisme abarticulaire*, les lésions oculaires sont moins caractéristiques et tendent, chez l'adulte et le vieillard, vers les formes goutteuses. Les alternances avec les poussées musculaires ou névralgiques restent cependant significatives.

A côté de ces trois formes rhumatismales, il en existe quelques autres plus ou moins larvées dans lesquelles des lésions oculaires peuvent également se manifester.

Toutes les parties de l'œil étant influencées par la diathèse ou l'infection rhumatismale, nous étudierons à ce point de vue les conjonctivites, sclérites et épisclérites, ténonites, kératites, iritis, choroïdites, rétinites, névrites, et les paralysies musculaires.

Conjonctivites. — On les observe dans toutes les manifestations du rhumatisme. La cause générale intervient soit pour favoriser le développement de la conjonctivite, soit pour l'entretenir ou l'aggraver. Une cause locale, provocatrice, comme des écarts de régime, les veillées, les fatigues, les poussières, est fréquemment constatée.

Les formes cliniques sont variables :

1° *Conjonctivite simple.* — Elle est caractérisée par une vascularisation serrée, épisclérale, des saillies folliculaires de la conjonctive, de la rougeur et surtout des sensations de gravier et de la lourdeur palpébrale. Il y a peu ou pas de sécrétion,

une sensation de sécheresse marquée. Pas de complications; allures chroniques.

2° *Conjonctivite catarrhale.* — On constate de la rougeur conjonctivale, de l'œdème des paupières et un écoulement catarrhal ou même catarrho-purulent plus ou moins abondant. Il coexiste volontiers des poussées rhumatismales articulaires d'une certaine intensité. Il y a souvent des complications kératiques ou iriennes.

3° *Conjonctivite blennorrhagique catarrho-rhumatisme.* — Elle survient sous forme catarrhale chez les blennorrhagiques sous l'influence (Fournier) ou en dehors (Panas) du virus blennorrhagique. Cette variété est contestable. On peut toujours penser dans ces cas à une infection blennorrhagique atténuée directe et on doit rechercher s'il n'existe pas de gonocoques dans les sécrétions.

4° *Conjonctivites herpétique, eczémateuse et erythémateuse.* — On les observe dans les blépharo-conjonctivites. Elles sont caractérisées par des vésicules, des croûtelles, des squames furfuracées ou encore de la simple rougeur. Il coexiste souvent de l'eczéma humide ou sec; dans certains cas de susceptibilité excessive, en dehors des instillations de cocaïne ou d'atropine, etc., on peut, sans préjudice d'infection septique, faire intervenir la diathèse arthritique (Panas).

5° *Conjonctivite purulente.* — Elle présenterait, d'après Maurice Perrin, toutes les allures de la conjonctivite purulente ou catarrho-purulente, et parfois celles de l'ophtalmie blennorrhagique. Il coexisterait des lésions rhumatismales. On doit se préoccuper de la présence des gonocoques.

Sclérite. — Rare, elle atteint surtout le segment antérieur de l'œil et se caractérise par des plaques ardoisées diffuses.

Épisclérite. — Elle est moins rare que la sclérite. On l'observe chez les adultes, hommes et femmes, rhumatisants ou goutteux. Elle est caractérisée par des rougeurs péri-kératiques irrégulières, parfois boutonneuses, et des marbrures violacées avec des douleurs plus ou moins vives et une vas-

ularisation parfois considérable. Il survient des poussées multiples et de nombreuses récives. La vision est souvent indemne, mais, à la longue, il se fait des lésions sous-jacentes de la sclérotique, et il peut se développer des staphylomes. On observe enfin des complications kératiques, iriennes et profondes.

Ténonite. — C'est l'inflammation de la séreuse péri-oculaire. Sa nature rhumatismale est fréquente et paraît assez bien établie par Panas. On observe ici, comme dans les autres ténonites, de l'œdème palpébral, du chémosis, des douleurs péri-orbitaires, souvent une légère exophtalmie et de la stase rétinienne. Les degrés sont plus ou moins marqués. L'œdème peut être peu considérable et l'exophtalmie manquer absolument. Un seul œil ou les deux yeux sont affectés. Il existe toujours des symptômes de rhumatisme ou les attributs généraux de la diathèse arthritique.

Dransart a publié des cas d'amblyopie et d'amaurose que l'on doit probablement rapporter à des ténonites rhumatismales sans chémosis.

Kératites. — Elles prennent l'aspect de la kératite interstitielle (Parinaud), mais sont moins diffuses, plus localisées. On constate une infiltration irrégulière des espaces cornéens, de la sclérite, des lésions rhumatismales, articulaires ou autres. La guérison survient plus ou moins vite. L'absence de syphilis, la présence de sclérite, l'action du froid, la concomitance des manifestations et de l'hérédité rhumatismales établissent la nature de la kératite.

Iritis. — C'est une forme fréquente (25 p. 100) d'ophtalmie rhumatismale. Elle est séreuse ou plastique : plastique, elle se caractérise par des exsudats iriens, des adhérences irido-capsulaires et les troubles ordinaires de l'iritis, rougeur périkératique, aspect terne, diminution de la vue, irrégularité pupillaire; séreuse, elle constitue la descémétite, aqua-capsulite ou kératite ponctuée avec le trouble de l'humeur aqueuse et les dépôts kératiques piquetés. Parfois il survient des complications choroïdiennes. La marche est lente, l'affec-

tion souvent monoculaire et les récives restent assez fréquentes (iritis à répétition).

Cyclites. — Exsudatives ou purulentes, elles sont exceptionnelles, mais incontestables (Marseille et Boucheron).

Choroïdites. — Elles sont relativement rares et prennent diverses formes. La choroïdite exsudative disséminée offre les signes habituels relevant d'autres causes et siège dans toute l'étendue de l'œil, parfois dans les parties équatoriales. Tout le tractus uvéal peut être affecté et présenter alors les formes diverses de l'irido-choroïdite ou de l'irido-cyclo-choroïdite. Il survient aussi de la tension glaucomateuse. Les choroïdites peuvent guérir complètement, mais elles sont généralement graves par tension excessive, distension choroïdienne, troubles vitrés, etc. L'atrophie a été constatée.

Névrites et rétinites. — Les rétinites sont rares et consécutives à des lésions de sclérites, d'iritis, ou à des troubles circulatoires cardiopathiques. Elles présentent les signes ophtalmoscopiques ordinaires et se modifient assez rapidement. La *névrite aiguë* est plus souvent observée, à début brusque, monoculaire d'après Parinaud, toujours binoculaire selon de Wecker.

Paralysies musculaires — Elles sont assez communes et précédées parfois de névralgies. Tous les muscles peuvent être touchés, mais le moteur oculaire externe semble plus fréquemment atteint. Il ne faut cependant pas admettre d'emblée la nature rhumatismale des paralysies musculaires, car elles sont souvent les premières manifestations du tabes, de la sclérose en plaques ou de la syphilis ignorée.

Pathogénie. — Les troubles humoraux et surtout l'infection spécifique nous permettent de concevoir les rapports du rhumatisme et des lésions oculaires. Les tissus séreux et fibreux sont affectés ici comme ailleurs. L'espace de Tenon, l'épiscière, le tractus uvéal, les gaines optiques sont dans des conditions analogues à celles des espaces séreux articulaires ou péri-articulaires. A la suite de fatigue, de froid, de congestion ou d'infection circulatoire de l'œil, celui-ci peut

être affecté. Il y aura aggravation par des poussées rhumatisques ou alternance avec elles. La démonstration, toutefois, ne sera absolue que lorsque les agents chimiques ou microbiens du rhumatisme auront été rencontrés dans les affections oculaires comme dans les cavités synoviales ou articulaires.

Diagnostic. — Les affections oculaires de nature rhumatismale ne présentent pas toujours des caractères très accusés. On constate des lésions oculaires et des troubles rhumatisants d'une part, et l'absence, d'autre part, de toute cause habituelle, syphilis, scrofule. Il y a parfois alternance entre les manifestations oculaires et articulaires. Enfin l'état général, la marche, les récidives et les modifications thérapeutiques corroborent le diagnostic.

Pronostic. — Il doit être en rapport avec la nature, le siège et l'intensité des manifestations; il est bon d'être réservé sur la durée et l'extension des lésions, car des récidives et des complications inattendues s'observent fréquemment.

Traitement. — Dans des ophtalmies rhumatismales, le traitement doit être local, mais il importe aussi d'instituer un traitement général.

Localement les conjonctivites catarrhales seront améliorées par les lavages chauds, les douches, les collyres au cuivre, au zinc et à l'alun. Les conjonctivites purulentes ou catarrhopurulentes relèvent surtout du nitrate d'argent. Les ténonites, les épisclérites se trouvent bien parfois de scarifications et fort mal des caustiques chimiques. L'application réitérée des pointes de feu est un bon traitement de l'épisclérite. Les kératites et les iritis demandent, sauf tension excessive, les mydriatiques. Enfin les choroidites et les neuro-rétinites sont modifiées par les myotiques. L'immobilité, le repos, un faible éclairage sont indiqués. Dix à douze sangsues aux tempes sont souvent utiles.

Au point de vue général, on conseillera les sudorifiques, les diurétiques, les laxatifs, les purgatifs, les révulsifs. Le bicarbonate de soude (2 à 5 grammes), le salicylate de soude

(2 à 5 grammes) dans la phase aiguë, le salicylate de lithine à la période de déclin des accidents (2 grammes), l'iodure, l'arsenic, la colchicine (Abadie), le sulfate de quinine, les calmants ont des indications multiples. Pour compléter la guérison ou éviter les récidives, l'hydrothérapie, les eaux de la Bourboule, Néris, Vichy, Vals, Plombières, Royat seront parfois conseillées.

III. — Goutte oculaire.

§ 237. On a nié l'influence de la goutte dans les maladies oculaires. La plupart des auteurs, médecins ou oculistes, l'admettent cependant comme cause générale dans les ophtalmies externes ou internes.

Barthez, Stoll, Sichel, Garrod, Galezowski, Guéneau de Mussy, Verneuil, Zychon, dans sa thèse, et beaucoup d'autres lui font jouer un rôle étiologique assez important. *Totum corpus est podagra*, disait Sydenham. Le ralentissement de la nutrition (Bouchard), l'excès d'acide urique qui en résulte ne sauraient laisser l'œil indifférent.

Les localisations oculaires de la goutte peuvent se faire dans les annexes ou les diverses membranes de l'œil.

On a exceptionnellement observé des *concrétions calcaires* et uratiques près du bord ciliaire, dans l'épaisseur de la muqueuse ou à l'orifice des glandes de Meibomius. La paupière est congestionnée, la conjonctive injectée, il survient de la photophobie et des douleurs. En renversant les paupières, on voit de petits points blanchâtres que l'on peut enlever avec une aiguille.

La *bléphanite pityriasique* relèverait parfois de la diathèse gouteuse.

La *conjonctivite* a été rencontrée chez des gouteux. Dans plusieurs cas, Morgagni, Lecorché, Galezowski ont observé des inflammations plus ou moins vives de la conjonctive brusquement guéries par l'apparition d'un accès de goutte. Des hémorragies conjonctivales ont été également constatées.

La *kératite* gouteuse est rare. On observerait habituellement, d'après Peter, le cercle sénile. Galezowski a indiqué la dégénérescence calcaire de la cornée. Il existerait une bandelette nuageuse dans le diamètre horizontal qui empiéterait lentement vers la pupille et diminuerait progressivement la vision des deux côtés. On y rencontrerait de fines granulations calcaires comme semées dans l'épithélium et que l'on enlève par raclage. Les sujets présentent tous des attributs de la goutte. Dans un cas, d'ailleurs, Chevallereau a pu y déceler des cristaux d'acide urique.

La *sclérite* gouteuse est beaucoup moins rare et constitue parfois la première manifestation diathésique. Garrod a constaté dans trois faits des dépôts scléroticaux d'urate de soude. Il se produit une saillie boutonneuse sur un ou plusieurs points de la sclérotique antérieure avec vascularisation notable; l'iris et la cornée s'enflamment et les douleurs sont vives. A la longue, la rougeur fait place à une teinte ardoisée, et toute inflammation disparaît. De nouvelles poussées peuvent se produire. Enfin l'inflammation scléroticale alterne parfois avec un accès de goutte articulaire. Abadie aurait même observé, dans certaines scléro-choroïdites antérieures, de petites élévures, au moment des crises, et analogues à des tophi.

L'*iritis* gouteuse est assez fréquente, d'après Galezowski, et caractérisée par de violentes douleurs. Il existe ordinairement des exsudats pupillaires qui entraînent des adhérences irido-capsulaires. La forme séreuse a été observée. On a rencontré de l'hyphéma. « Chaque fois que vous verrez une iritis hémorrhagique, a dit Galezowski, cherchez la goutte. » L'iritis gouteuse est sujette à de fréquentes répétitions et aboutit parfois au glaucome ou à l'atrophie complète du globe. Les sangsues, au début, une iridectomie plus tard sont parfois utiles.

La *choroïdite* et la *cyclite* ont été notées soit comme affections primitives, soit surtout à la suite de l'iritis. Des hémorrhagies, des flocons vitréens, de l'atrophie consécutive ont été indiqués par Galezowski.

Les *chorio-rétinites*, *rétinites*, *neuro-rétinites* ont été décrites par Hirschberg, Bull. Les troubles étaient binoculaires. Les vaisseaux rétiniens ou choroïdiens présentaient de l'artério-sclérose. Les couches internes de la rétine, surtout vers la macule, étaient infiltrées par un exsudat jaunâtre.

La *cataracte* gouteuse n'offre par de caractères spéciaux. On sait seulement qu'elle n'est pas rare dans la goutte et que les complications opératoires y sont plus fréquentes.

Le *glaucome* gouteux a été indiqué par Beer, Sichel, etc. La diathèse gouteuse doit en effet jouer un rôle fâcheux dans l'excrétion des liquides oculaires; mais on ne l'a jamais bien démontré.

Les *thromboses* consécutives à l'endartérite semblent parfois d'origine gouteuse. La *migraine ophthalmique* serait fréquemment liée à des accidents gouteux variés.

On devrait enfin rapporter à la goutte quelques *paralysies de la troisième et de la sixième paire* dans lesquelles la paralysie est consécutive à un accès de goutte ou alterne avec lui.

Le *diagnostic* de la nature gouteuse des troubles oculaires que nous venons d'indiquer repose sur les antécédents héréditaires ou personnels, sur l'analyse des urines, du sang ou des concrétions, enfin sur leurs rapports avec les accidents gouteux.

Le *traitement local* sera approprié à la lésion oculaire, mais le *traitement général spécifique* ne sera jamais négligé.

IV. — Lymphatisme oculaire.

§ 238. Le lymphatisme est un état constitutionnel à retentissement oculaire fréquent. Mal défini nosologiquement, il est, en clinique, suffisamment caractérisé par ses manifestations extérieures. Il va du lymphatisme simple à la strume, à la scrofule et à la tuberculose. Au point de vue constitutionnel, il n'y a en l'espèce qu'une question de degré.