

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 rétinien 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.

Le lymphatisme est ordinairement, mais à tort, identifié avec la scrofule; on le considère comme son équivalent; ce n'en n'est qu'un diminutif. La scrofule, aux temps hippocratiques, était un état purement local et correspondait aux écrouelles. Plus tard, elle fut considérée comme une affection générale, une viciation organique. De notre temps, on établit ses rapports avec la tuberculose. Hérard, en 1849, considère la scrofule comme une maladie constitutionnelle à manifestations locales diverses, offrant de grandes affinités avec la tuberculose, mais devant en être distinguée. Bazin, en 1861, insiste sur son caractère constitutionnel, héréditaire, et l'étend jusqu'à comprendre la tuberculose. Actuellement les uns, les cliniciens surtout, maintiennent la scrofule à côté de la tuberculose, et les autres, les anatomo-pathologistes et les biologistes de préférence, suppriment la scrofule au profit de la tuberculose.

Arloing (1884), au point de vue expérimental, cependant, ne veut pas de confusion. Il établit que des produits tuberculeux ganglionnaires inoculés au lapin et au cobaye les rendent tous deux tuberculeux, tandis que des produits scrofuleux tuberculisent le cobaye mais laissent le lapin indemne. Pour lui, ou bien la scrofule et la tuberculose sont des affections voisines, mais causées par des virus différents, ou bien elles dérivent d'un même virus dont l'activité est plus ou moins modifiée dans la forme scrofuleuse.

Il en est en oculistique comme en pathologie générale : la scrofule y est fortement contestée. Augagneur et Désir de Fortunet ont récemment essayé de la rayer définitivement de la nosologie oculaire et la même tendance règne dans les travaux des rhinologistes comme Ziem (de Dantzig), Couëtoux (de Nantes), Rohrer (de Berne), etc. D'après ces auteurs, la syphilis héréditaire tardive et la tuberculose ont déposé la scrofule de ses principaux attributs; ils lui enlèvent aussi les affections oculaires et les adénopathies. Pour eux la scrofule oculaire n'existe pas plus que la scrofule cutanée, ganglionnaire, osseuse, etc. Toutes les lésions dites scrofu-

leuses sont syphilitiques, tuberculeuses ou infectieuses. C'est une exécution un peu sommaire. La scrofule disparue, d'ailleurs, le lymphatisme doit-il sombrer avec elle? Nous ne le croyons pas.

Que certaines lésions dites autrefois scrofuleuses soient reconnues aujourd'hui comme syphilitiques ou tuberculeuses, que d'autres deviennent microbiennes, le fait est certain, mais qu'importe! L'infection n'exige-t-elle pas un terrain propice, et toute graine ne réclame-t-elle pas son terrain? Le lymphatisme est le terrain de diverses infections, et, à ce titre, il mérite sa place parmi les états constitutionnels morbides. La scrofule n'étant peut-être qu'un état exagéré du lymphatisme, doit aussi, jusqu'à preuve du contraire, bénéficier de ces considérations. Il s'agit, en fin de compte, de la grande influence des états généraux en pathologie oculaire, influence si bien établie par l'enseignement de l'école de Montpellier et les travaux répétés de Verneuil.

On peut considérer le lymphatisme comme une véritable diathèse, ou, mieux, comme un état constitutionnel. On admet alors pour lui sinon la création de toutes pièces, sans adjuvant extérieur (Grasset), de certaines affections, au moins son influence préliminaire ou prédisposante à certaines localisations ou à certaines infections (Bouchard).

Nos prédécesseurs ne doutaient guère de la scrofule oculaire. Arlt, Galezowski, de nos jours, se sont faits les ardents défenseurs de cette origine. Nous abandonnons la scrofule proprement dite, mais nous retenons comme terrain morbide le lymphatisme, qui contient d'ailleurs la scrofule comme la tuberculose, et nous admettons son influence morbide constitutionnelle au même titre que l'influence morbide constitutionnelle du rhumatisme et de la goutte.

Si l'hypothèse du lymphatisme comme diathèse est excessive ou dangereuse en tant qu'elle porte à négliger ou à mettre au second plan la lésion locale, la notion du lymphatisme comme terrain d'infection est éminemment nécessaire en pathologie comme en thérapeutique.

Le lymphatisme, en général, est caractérisé par la prédominance des éléments lymphatiques, « des humeurs ». La blancheur et la finesse de la peau, la mollesse des chairs, l'abondance de la graisse, parfois la bouffissure de la face, le développement ganglionnaire et l'excès des globules blancs en constituent les symptômes fondamentaux. Ils sont plus ou moins développés et atteignent toute leur ampleur dans la scrofule tuberculeuse où des abcès ganglionnaires, des ulcérations cutanées, la rhinite, les lésions bléphariques ou kératiques donnent un cachet particulier au terrain lymphatique.

Le lymphatisme est héréditaire et provient de parents tuberculeux, syphilitiques, alcooliques, miséreux, âgés, etc. C'est le produit banal de toutes les dégradations organiques des ascendants immédiats. On l'observe chez les enfants, parfois chez les adolescents; l'adulte et le vieillard portent cependant des traces d'un lymphatisme excessif, et nous retrouverons parfois son influence morbide. Les femmes sont plus lymphatiques que les hommes et le restent plus longtemps.

Les affections qui s'observent chez les lymphatiques sont très nombreuses. Celles qui s'y rattachent le plus ordinairement sont la blépharite, la conjonctivite purulente pseudo-membraneuse, la kératite phlycténulaire, certains états lacrymaux, le trachome.

La *blépharite* est très vasculaire ou glandulo-ciliaire, caractérisée par le gonflement marginal et la pustulation ciliaire.

La *conjonctivite* présente une fine vascularisation émaillée de vésicules ou de pustules; elle est surtout localisée à la région tarsienne et bulbaire. Dans la conjonctivite intense des enfants, on note parfois la forme purulente ou muco-purulente à jetage excessif (Valude), et la forme pseudo-membraneuse à membrane superficielle grisâtre. Peut-être ces formes exsudatives sont-elles liées à une infection spéciale; elles ne s'observent guère, néanmoins, que chez les sujets jeunes et lymphatiques.

La *kérato-conjonctivite* strumeuse, pour nous *lymphatique*

*infectieuse*, est microbienne, mais surtout lymphatique. La blépharite, la conjonctivite, les lésions cornéennes qui la caractérisent sont en raison directe du degré lymphatique des sujets.

Il en est de même pour certaines *kératites lacrymales* (Truc). Le même état lacrymal qui chez des sujets vigoureux, secs, nerveux ou sanguins, n'entraîne aucune lésion cornéenne ou aucun abcès froid, produit, chez les lymphatiques, des ulcères superficiels à répétition et des leucomes consécutifs. Il s'agit de jeunes sujets ou d'adultes très lymphatiques. La désinfection lacrymale des ulcères cornéens permet habituellement d'éviter les récidives.

Le *trachome* est souvent, quoique microbien, à terrain lymphatique. Il se développe surtout chez les enfants, les femmes, les sujets jeunes. Dans les familles granuleuses, les individus lymphatiques sont frappés et les autres restent indemnes; enfin, les complications, kératites et pannus sont plus en rapport avec l'état lymphatique qu'avec l'étendue ou l'ancienneté des granulations. Un traitement antistrumeux favorise la guérison granuleuse. La forme de l'ophtalmie dépend du lymphatisme, car, tandis que les granulations lymphoïdes se présentent surtout chez les sujets lymphatiques, les granulations scléroïdes abondent chez les autres.

Le même sujet, en vieillissant, c'est-à-dire en modifiant ses tissus, passe de la forme lymphoïde à la forme scléroïde.

L'état général seul fait en somme la forme et les complications du trachome.

Le *diagnostic* de l'état lymphatique est surtout général et formé sur l'habitus extérieur du sujet. Les rhinites, les éruptions eczémateuses ou impétigineuses, les cicatrices cutanées ou adéniques coïncidant avec les affections oculaires permettent d'en établir la cause générale.

Le *pronostic* est aggravé par le lymphatisme excessif, qui entrave la guérison locale, mais il est surtout établi par la nature et le degré des lésions oculaires.

Le *traitement* est d'abord local, antiseptique, et variable avec

les manifestations oculaires. Il doit être aussi général. Les iodures, les phosphates, l'huile de foie de morue, les bains de mer, les frictions cutanées, une bonne alimentation, de l'exercice seront les meilleurs moyens de modifier à la longue la constitution des sujets et d'éviter les récidives.

#### V. — Tuberculose oculaire.

§ 239. L'œil est un terrain expérimental favorable à l'inoculation tuberculeuse. Défendu à l'extérieur par des conditions biologiques défavorables au bacille de Koch, il permet à celui-ci un rapide développement dans son intérieur. L'humidité, la chaleur et l'alcalinité légère de la conjonctive favorisent le développement microbien sous-conjonctival, et, malgré le courant lacrymal, entretiennent, comme on dit, une riche flore bactérienne; mais le bacille de Koch n'y prospère pas.

On a vainement déposé sur la conjonctive du lapin des cultures tuberculeuses; avec ou sans plaie, malgré la suture palpébrale, l'inoculation a échoué (Valude). Par l'injection sous-conjonctivale ou l'infection spécifique d'une large plaie, on obtient une inoculation fréquente, et, au bout de quinze jours, une éruption tuberculeuse manifeste.

Panas et Vassaux ont inoculé la cornée et indiqué les stades suivants d'évolution :

Pendant huit à dix jours, pas de trouble cornéen, *incubation*; les tubercules *évoluent* du huitième au vingt-deuxième jour dans l'épithélium, puis produisent des colonies diffuses et aboutissent à l'*ulcération*; enfin, du douzième au quarante-quatrième jour, il se fait de la vascularisation, la plaie se déterge, se répare et se *cicatrise*.

Les inoculations cornéennes ont peu de tendance à se généraliser. Dans les expériences précédentes, la cornée seule a été affectée et, malgré l'observation des animaux pendant six et huit mois, il n'y a pas eu d'infection générale.

La chambre antérieure est un milieu fertile pour la tuberculose. Dès 1877, Cohnheim, en y portant des matières tuber-

culeuses, obtint des résultats complets. Comme il est aisé de le constater, la marche infectieuse est très régulière.

Les matières tuberculeuses provoquent une faible réaction et sont résorbées; vers le vingtième jour chez le lapin et le douzième chez le cobaye, on voit une iritis, et simultanément, ou quelques jours après, il survient des nodosités tuberculeuses. Dès lors, les tubercules se développent, envahissent l'iris, la plaie cornéenne expérimentale, perforent l'œil et subissent la dégénérescence caséuse. Le corps ciliaire et la choroïde sont souvent infectés. Gillet de Grandmont a inoculé avec succès à un lapin du tubercule pris sur un sujet mort depuis quarante-huit heures; le tubercule avait été préalablement plongé dans une solution alcoolique phéniquée au quart. Deutschmann a injecté, avec une seringue de Pravaz, à de jeunes animaux, du pus tuberculeux sous la voûte crânienne; il s'est produit de la méningite tuberculeuse, de l'œdème et de la rougeur, puis de l'atrophie papillaire, sans tuberculose des membranes de l'œil.

La tuberculose oculaire primitive ou secondaire est relativement rare. Elle est connue depuis longtemps, mais n'a été étudiée que depuis la découverte du bacille de Koch. Elle est aussi très rare dans la tuberculose généralisée d'une manière certaine. Les cas publiés en Allemagne sont plus nombreux qu'en France, non parce qu'on les reconnaît mieux, mais parce qu'on a pris pour tuberculeuses des lésions différentes (Vossius).

Guéneau de Mussy, dès 1837, signalait dans la choroïde d'une jeune fille morte phtisique de petits grains jaunâtres. En 1869, Gradenigo a relaté un cas de tuberculose irienne et Bouchut un autre de tuberculose optique. Des conjonctivites, des sclérotites, des kératites du même ordre ont été publiées depuis. A. Kœlher, élève du professeur Rohmer, de Nancy, a fait de la question une étude complète que nous mettrons largement à profit.

L'œil est rarement tuberculeux; il le devient par infection primitive ou secondaire. La conjonctive, la cornée, les voies