

la tension intra-oculaire par la *paracentèse de la chambre antérieure* ; on y joindra une *compression méthodique*. Si le staphylome continue à progresser, il faut pratiquer l'*iridectomie*. Lorsque le staphylome est très développé, qu'il devient l'occasion de vives douleurs névralgiques, il est indiqué,

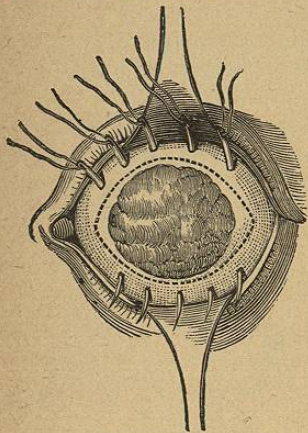


Fig. 151. — Opération du staphylome d'après Critchett. — Les aiguilles sont placées, la ligne ponctuée indique l'incision.

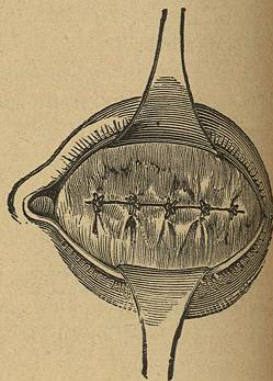


Fig. 152. — Opération du staphylome d'après Critchett. — Aspect du moignon après les ligatures.

suivant les cas, de le réséquer ou de pratiquer l'extirpation du globe oculaire.

Ces opérations font disparaître les névralgies et même la difformité, en permettant l'application d'un œil de verre.

La résection du staphylome sera pratiquée par le procédé de Critchett. Une série d'aiguilles, légèrement courbes et pourvues d'un fil de soie, seront enfoncées, de haut en bas, dans le globe oculaire, de façon à embrasser le staphylome dans leur concavité. Cela fait, le staphylome est divisé transversalement en deux masses, l'une supérieure, l'autre inférieure ; chacune d'elles est réséquée avec des ciseaux courbes. Puis les aiguilles sont retirées, elles entraînent les fils de soie que l'on noue. Le segment postérieur du globe oculaire se trouve ainsi fermé, la cicatrisation s'effectue

rapidement, et il reste un moignon volumineux et mobile, très propre à supporter un œil de verre <sup>1</sup>.

#### J. — GÉRONTOXON.

On donne ce nom à l'opacité de la partie périphérique de la cornée, opacité fréquente chez les vieillards et coexistant fréquemment avec l'athérome artériel, mais très rarement avec une cataracte. Cette opacité, qui est le fait de la dégénérescence graisseuse des cellules de la cornée, a d'abord la forme d'un croissant (*arc sénile*) ; mais tôt ou tard elle devient circulaire ; elle ne gêne ni la vision ni la cicatrisation des plaies qui peuvent atteindre cette partie de la cornée.

### III. — Maladies de la sclérotique.

#### INFLAMMATIONS (ÉPISCLÉRITE).

On donne le nom d'épisclérite à une inflammation chronique de la partie antérieure de la sclérotique, inflammation que l'on observe parfois chez les rhumatisants, ou chez les femmes vers l'âge de retour.

**Symptômes.** — Sur un point bien circonscrit du blanc de l'œil, au voisinage de la cornée, vous voyez apparaître une *tache rouge lie de vin* ; cette tache peut s'effacer en quelques semaines, mais habituellement elle s'élève *sous la forme d'un bouton* dont le sommet prend une teinte jaunâtre.

On voit la *cornée s'opacifier* dans le point correspondant à ce bouton <sup>2</sup>.

En général l'épisclérite est indolente, les douleurs circumorbitaires sont une rare exception.

L'épisclérite dure plusieurs mois, parfois deux années, car à diverses reprises elle peut faire le tour de la cornée ; mais elle guérit constamment, le bouton s'affaisse et disparaît en

<sup>1</sup>. Les tumeurs primitives de la cornée sont tellement rares, que nous n'en parlons pas. Les lésions traumatiques seront étudiées avec celles du globe oculaire.

<sup>2</sup>. Soit par le fait d'une extension de la phlegmasie, soit en raison des troubles nutritifs qui résultent de la compression exercée par l'épisclérite.

laissant après lui une tache plus ou moins foncée ; les opacités de la cornée s'effacent de même.

**Traitement.** — Il parvient rarement à abrégier la durée de la maladie ; on a cependant retiré quelques avantages de l'application de compresses chaudes, de l'usage des lunettes bleues, d'un traitement antirhumatismal. S'il survenait des douleurs capables de faire craindre quelques complications du côté des parties profondes, il faudrait pratiquer des instillations d'atropine dans l'œil et des injections sous-cutanées de morphine à la tempe <sup>1</sup>.

#### IV. — Maladies de l'iris.

L'iris est ce diaphragme de couleur foncée, qui se trouve verticalement placé entre la chambre antérieure et le cristallin. Il présente, à peu près vers son centre, une ouverture désignée sous le nom de pupille, à travers laquelle pénètrent les rayons lumineux qui doivent aller impressionner la rétine, rayons dont la quantité se trouve graduée par les dimensions de la pupille qui se dilate dans l'obscurité, se rétrécit à une vive lumière, et sous une foule d'autres influences.

L'iris est donc essentiellement formé par deux systèmes de fibres musculaires : les unes, disposées en sphincter autour de la pupille, la rétrécissent par leurs contractions, elles sont placées sous la dépendance du nerf moteur oculaire commun ; les autres, disposées à la façon des rayons d'une roue, de la grande circonférence de l'iris vers la pupille, sont les antagonistes du sphincter ; leur contraction dilate la pupille, elles sont innervées par le grand sympathique.

Le système vasculaire de l'iris est très important à connaître, il est presque en entier commun à l'iris et à la choroïde, ce qui nous explique la coexistence fréquente de la phlegmasie de ces deux membranes (irido-choroïdites).

**Vaisseaux de l'iris et de la choroïde.** — Les artères se nomment ciliaires, et se divisent en trois groupes : 1<sup>o</sup> Les artères ciliaires

<sup>1</sup> Nous réunissons aux maladies de la choroïde les lésions de la sclérotique, désignées sous les noms de staphylome antérieur et postérieur de la sclérotique, ou encore de scléro-choroïdites antérieure et postérieure. — Les lésions traumatiques de la sclérotique seront étudiées en même temps que celles du globe oculaire.

*courtes postérieures*, au nombre de quinze à vingt, forment une couronne au nerf optique, perforent la sclérotique et se distribuent à la moitié postérieure de la choroïde.

2<sup>o</sup> Les artères ciliaires longues, au nombre de deux, perforent la sclérotique, cheminent entre elle et la choroïde, en suivant le diamètre transversal du globe oculaire, et, au voisinage de l'iris, se bifurquent pour former, avec les ciliaires courtes antérieures, le grand cercle artériel de l'iris.

3<sup>o</sup> Les artères ciliaires courtes antérieures, au nombre de trois ou quatre de chaque côté, perforent la sclérotique, non plus en arrière comme les précédentes, mais vers l'iris ; aussitôt elles s'anastomosent avec les ciliaires longues, pour former le grand cercle artériel de l'iris.

De ce cercle partent des rameaux dont les uns se rendent à l'iris et vont former, autour de la pupille, un second cercle artériel, et dont les autres se distribuent à la partie antérieure de la choroïde, aux procès ciliaires et au muscle ciliaire ; et, chose remarquable, les artères qui se rendent à l'iris et aux procès ciliaires traversent le muscle ciliaire : de plus, ce cercle s'anastomose, au pourtour de la cornée, avec le réseau capillaire sous-conjonctival et sclérotical antérieur.

Les veines de l'iris et de la choroïde se réunissent, pour la plupart, en quatre troncs (vasa vorticosae) et vont se jeter dans la veine ophthalmique.

Mais il en est d'autres, beaucoup plus ténues, qui, au nombre d'une quinzaine environ, perforent la sclérotique vers le bord antérieur du muscle ciliaire, et de là se jettent dans le canal de Schlemm et dans les réseaux veineux du tissu sous-conjonctival. Dans les cas de pression intra-oculaire, les vasa vorticosae sont comprimés, et c'est surtout par le système veineux antérieur que se fait la circulation de retour (cercle kératique).

#### A. — IRITIS.

C'est l'inflammation de l'iris, maladie fréquente en raison de la richesse vasculaire de cette membrane et de l'étendue de ses connexions. Nous décrirons une iritis aiguë et une iritis chronique <sup>1</sup>.

<sup>1</sup> On a admis plusieurs variétés d'iritis dont il est inutile de faire des formes distinctes. Suivant ses causes, on a décrit une *iritis syphilitique*, *rhumatismale*, *arthritique*, etc. ; suivant le siège anatomique de la maladie, une *iritis séreuse limitée*

**Étiologie.** — L'iritis est surtout une maladie de l'âge adulte, il est rare dans l'enfance et la vieillesse et c'est une maladie essentiellement d'origine diathésique.

**Diathèses.** — Le rhumatisme, l'arthritisme, la goutte et surtout la syphilis, sont les diathèses qui exercent l'influence la plus grande sur le développement de l'iritis<sup>1</sup> (c'est un accident syphilitique parfois précoce, souvent secondaire).

**Propagation.** — L'iritis accompagne parfois les conjonctivites et kératites graves, elle se trouve très fréquemment liée aux choroidites (irido-choroidites).

**Traumatismes.** — Les plaies de l'iris, les contusions du globe oculaire, surtout la présence de corps étrangers, sont des causes d'iritis ; toutefois la pratique de l'iridectomie a démontré que l'iris était moins sensible aux traumatismes qu'on le croyait jadis. L'action du froid, celle de la blennorrhagie, ont été reconnues dans certaines iritis. Enfin on en a vu chez certaines femmes, qui coïncidaient avec la ménopause.

**Symptômes.** — On admet trois périodes dans l'évolution de l'iritis. Cette division absolument artificielle indique seulement les étapes successives de la maladie, et correspondrait aux mots : inflammation légère, moyenne et grave. Nous étudierons : les altérations anatomiques, les troubles fonctionnels.

**ALTÉRATIONS ANATOMIQUES.** — L'iris perd son éclat et son velouté, l'œil paraît terne (c'est le fait de l'altération de l'épithélium irien). A mesure que l'inflammation s'accroît, l'iris devient turgescence, sa couleur se modifie, et prend une teinte plus foncée, des exsudats, des ecchymoses, forment à sa surface des dépôts jaunes ou noirâtres. Dans les iritis syphilitiques on a noté des altérations semblables : à celles de la peau, des papules, des condylomes, des gommes du volume d'un grain de millet à celui d'une lentille.

L'humour aqueux perd sa transparence ; elle tient en suspen-

à la membrane épithéliale qui tapisse la face antérieure de l'iris, une iritis parenchymateuse, généralisée à tout le diaphragme irien, etc.

<sup>1</sup> On a dit que l'iritis pouvait être scrofuleuse : cependant la cornée et la conjonctive sont, bien plutôt que l'iris, le siège des manifestations de cette diathèse.

sion des flocons albumineux, exsudats inflammatoires provenant de l'iris ou de la membrane de Demours. Parfois la chambre antérieure est occupée par du sang (*hypohæma*) ou du pus (*hypopyon*)<sup>1</sup>.

La cornée conserve sa transparence ; cependant il n'est point rare d'observer à l'aide de l'éclairage latéral un pointillé fin sur sa face profonde (inflammation de la membrane de Demours).

Au pourtour de la cornée apparaît un cercle vasculaire très remarquable (*cercle perikératique*), constitué par l'injection des vaisseaux sous-conjonctivaux qui, en ce point, ont, comme nous l'avons dit, des relations étroites avec la circulation de l'iris.

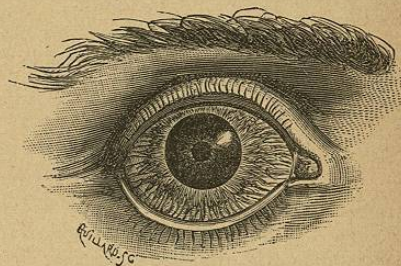


Fig. 453. — Iritis. — L'iris est foncé, terne, la pupille rétrécie et paresseuse. Les vaisseaux injectés autour de l'iris lui forment une couronne dite cercle péri-kératique.

Ces vaisseaux partent de la périphérie de la cornée, ils sont fins, rectilignes, immobiles et violacés, ce qui permet de les distinguer des vaisseaux dilatés de la conjonctive car ceux-ci sont volumineux, d'un rouge sombre, flexueux et mobiles sur le globe de l'œil.

La conjonctive participe dans les cas graves à l'inflammation de l'iris, et elle est parfois congestionnée au point de faire méconnaître l'iritis ; enfin, on sait combien est fréquente la complication de choroidite (irido-choroidite).

**TROUBLES FONCTIONNELS.** — 1<sup>o</sup> Paralyse de l'iris ; irrégularités de la pupille. — La pupille est rétrécie, et, dès le début, elle

<sup>1</sup> Dans ce cas, il est probable que l'inflammation s'est propagée au corps ou aux procès ciliaires.

se montre  *paresseuse*  sous l'action de la lumière et de la beladone ; elle finit par être absolument insensible.

Perdant alors sa forme circulaire, elle est inégale, frangée ; les exsudations plastiques, produits de la phlegmasie, créent des adhérences entre elle et les parties voisines sur lesquelles la tuméfaction de l'iris l'a fortement appliquée (*synéchies antérieures et postérieures*).

2° *Douleur*. — Au début, il n'existe qu'un sentiment de gêne et d'embarras dans l'œil ; tout même peut se borner là dans les iritis légères. Mais, d'ordinaire, les douleurs augmentent, elles s'irradient autour de l'orbite ou sur le trajet des branches du trijumeau (*douleurs circumorbitaires*), et présentent les caractères des douleurs névralgiques, elles sont souvent intermittentes et parfois intolérables<sup>1</sup>.

3° *Troubles visuels*. — Il n'existe guère de photophobie dans les iritis exemptes de complications : l'affaiblissement de la vue est en rapport avec l'obstacle que les dépôts plastiques disséminés dans la chambre antérieure et le champ pupillaire apportent au passage des rayons lumineux.

4° *Troubles généraux*. — Dans les iritis intenses, surtout d'origine traumatique, il existe de la fièvre. En ce cas la suppuration est imminente ; cette réaction fébrile annonce plutôt l'irido-choroïdite que l'iritis simple.

**Marche**. — L'iritis peut guérir en quelques jours (de vingt à trente), elle peut passer à l'état chronique : tant que les exsudats, les synéchies, les adhérences ne sont que peu prononcés, tout peut revenir *ad integrum* ; sans cela l'iritis laisse des traces plus ou moins sérieuses de son passage.

**Diagnostic**. — *Le changement de couleur de l'iris, la paresse et le resserrement de la pupille, les douleurs circumorbitaires, le cercle périkératique, feront aisément reconnaître l'iritis* : c'est surtout lorsqu'elle coexiste avec une kératite ou une conjonctivite que l'on s'expose à la laisser passer inaperçue.

1. On a attribué ces douleurs si vives à la compression des nerfs ciliaires par augmentation de la tension intra-oculaire, et, en effet, elles cèdent promptement à une paracentèse de la chambre antérieure.

Quant à sa variété, c'est d'après l'état général (rhumatisme, syphilis), plutôt que d'après les caractères de la phlegmasie, qu'on arrive à la diagnostiquer.

**Pronostic** grave, en raison des désordres qui peuvent se produire dans l'œil, de la fréquence des récidives. Les cas graves entraînent souvent la perte de la vue.

#### B. — IRITIS CHRONIQUE.

Bien plus fréquente que l'iritis aiguë, l'iritis chronique s'établit souvent d'emblée sous l'influence des *diathèses* dont nous avons parlé.

Les altérations de l'iris, les troubles fonctionnels, sont ceux que nous avons indiqués, mais les *douleurs sont moins intenses*. C'est surtout dans ces iritis chroniques que les rechutes sont fréquentes, les adhérences et les synéchies nombreuses. Ces iritis chroniques présentent plusieurs particularités importantes. La congestion vasculaire est très peu accentuée, aussi le cercle périkératique est-il peu ou point visible.

Les synéchies postérieures (c'est-à-dire les adhérences de la face profonde de l'iris avec la capsule du cristallin) sont très fréquentes ; or, non seulement elles immobilisent la pupille, mais encore elles irritent l'iris, provoquent des rechutes, une hypersécrétion des liquides intra-oculaires et par suite des poussées glaucomateuses.

Très fréquemment les *membranes voisines (choroïde, rétine)*, sont *altérées*, le cristallin lui-même a de la tendance à s'opacifier sous l'influence de semblables troubles de nutrition.

**Traitement**. — 1° Si l'inflammation est vive, *purgatifs et sangsues*, au nombre de six à huit sur la tempe.

2° Instillation matin et soir d'un collyre concentré de *sulfate d'atropine* (3 à 5 centigrammes pour 10 grammes d'eau, six gouttes matin et soir). Ce médicament irrite parfois la conjonctive, mais il a le grand avantage de diminuer l'hyperhémie et la tension intra-oculaire, et en même temps de dilater la pupille, de telle sorte que, dans le cas où des synéchies la fixe-

raient à la cristalloïde, les rayons lumineux trouveraient toujours une large voie pour gagner la rétine <sup>1</sup>.

3° Autour de l'orbite, badigeonnage avec l'onguent napolitain belladoné.

4° Dans les iritis très douloureuses avec tension oculaire très considérable on pourrait pratiquer la *paracentèse* de la chambre antérieure. De plus, dans ces cas, il faut craindre le *glaucome* et se préparer à pratiquer l'*iridectomie* <sup>2</sup>.

Si le champ visuel était obstrué, il faudrait pratiquer l'*iridectomie* <sup>3</sup>.

Le *traitement général* a une importance capitale, puisque l'iritis reconnaît habituellement pour cause la syphilis ou le rhumatisme.

Si l'iritis est syphilitique il faut employer le traitement mixte, frictions mercurielles avec l'onguent napolitain (10 gr. environ par friction) ou injections sous-cutanées de l'iode de mercure dissous dans l'huile stérilisée et usage interne de l'iode de potassium à dose croissante de 1 à 5 grammes par jour. L'iritis est considérée comme un accident secondaire, ou plutôt comme un accident de transition entre les secondaires et les tertiaires; elle survient de 6 mois à un an après l'accident initial.

Si l'on reconnaissait sa nature rhumatismale ou gouteuse, il faudrait recourir à l'*eau de Vichy*, de *Contrexéville*, aux sudorifiques, au salicylate de soude et aux injections sous-cutanées de pilocarpine, etc.; le régime doit être très sobre.

#### C. — LÉSIONS DIVERSES DE L'IRIS.

Les tumeurs de l'iris sont rares; on a cependant signalé

1. Pour éviter l'intoxication par l'atropine qui se traduit par la sécheresse de la gorge, on comprime, avec le doigt, le sac lacrymal au moment de l'instillation et on engage le patient à faire de fréquentes expirations.

2. Dans l'iritis chronique, si la pupille dilatée ne pouvait revenir sur elle-même, on emploierait la *calabarine* ou *ésérine*, qui a le pouvoir de faire contracter le sphincter interne; on a même cherché à l'aide d'un couteau lancéolaire à détruire les synéchies.

3. Lorsque les synéchies entraînent les inconvénients et les dangers dont nous avons parlé, on a essayé de les rompre, à l'aide de tractions exercées sur l'iris, avec une petite pince introduite par une ouverture pratiquée avec un couteau lancéolaire sur les parties périphériques de la cornée.

l'existence de *kystes translucides*; s'ils déterminaient des douleurs ou des troubles visuels notables, on devrait les enlever en pratiquant l'*iridectomie* de la portion de l'iris sur laquelle ils sont implantés.

On y a observé des gommés, des *dépôts pigmentaires* et des *cancers* qui ne sont qu'une extension de tumeurs semblables développées dans le voisinage, bien qu'on ait signalé certains cancers ou *sarcomes mélaniques* comme pouvant prendre naissance sur l'iris lui-même.

Les *troubles fonctionnels* de l'iris sont moins rares: tantôt la pupille est fortement dilatée (*mydriase*); l'œil est ébloui par la trop grande quantité de lumière qui arrive jusqu'à la rétine, mais cet éblouissement cesse dès qu'on fait regarder le malade à travers une petite ouverture circulaire, *sténopéique*.

La *MYDRIASE* ou dilatation de la pupille est un symptôme commun à des causes très diverses: 1° à la *paralysie du nerf moteur commun* (3° paire); 2° ou, au contraire, à une *excitation du grand sympathique* (hystérie, hypochondrie, présence de vers dans l'intestin); 3° à une *affection cérébrale* qui diminue la sensibilité de la rétine <sup>1</sup>; 4° à une *amaurose*, à un *glaucome*, etc.

Le *myosis* est, au contraire, le rétrécissement de la pupille; il occasionne par lui-même peu de troubles visuels. Tandis que l'atropine détermine la mydriase, la fève du Calabar produit le myosis <sup>2</sup>.

L'*hippus* est un changement incessant dans les dimensions de la pupille, qui se dilate et se rétrécit successivement, et cela en dehors des causes ordinaires de ses variations de dimensions. On l'observe conjointement avec le nystagmus et après la guérison des paralysies de la 3° paire.

1. La mydriase appartenant à la pathologie générale, nous ne voulons pas ici entrer dans plus de détails.

2. Nous renvoyons à la *Pathologie générale* pour l'étude de ses causes.