

l'atropine et même en suspendre l'usage, si l'on trouvait qu'après l'instillation, les douleurs augmentent. De même, lorsqu'une iridocyclite est accompagnée d'hypertonie, il faut renoncer à l'atropine et la remplacer éventuellement par un miotique.

Lorsque l'inflammation est violente, les compresses chaudes ou les cataplasmes rendent les meilleurs services, notamment pour soulager les douleurs. Les compresses froides ne sont le plus souvent pas bien supportées et ne sont indiquées que pour les cas récents d'iritis traumatique. La dionine, introduite dans le sac conjonctival sous forme de poudre ou instillée en solution à 5 p. 100, n'agit pas seulement contre les douleurs ciliaires, mais manifeste une influence favorable sur la marche de la maladie. — Une large émission sanguine, au moyen de six à dix sangsues placées à la tempe, ou au moyen d'une sangsue artificielle de Heurteloup, peut, dans les cas graves, amener une diminution sensible des phénomènes inflammatoires. Il n'est pas même rare qu'après une pareille émission sanguine, la pupille cède pour la première fois à l'action de l'atropine, tandis que jusque-là elle était toujours restée spasmodiquement contractée. Si l'affection dure longtemps, on peut, quand la chose est nécessaire, encore répéter l'émission sanguine une ou deux fois. — Un des moyens les plus actifs est une cure énergique de sudation (p. 335); elle combat l'inflammation et favorise la résorption de l'exsudat. En vue de cette résorption, on peut tenter également une cure mercurielle (même dans les cas non syphilitiques) ou des injections sous-conjonctivales; pour ces dernières, il ne faut pas qu'il existe une forte inflammation, parce qu'elle pourrait augmenter sous l'influence des injections.

Le *traitement opératoire* est le plus souvent indiqué plutôt pour les suites de l'iritis que pour l'inflammation actuelle elle-même. Lorsqu'il survient de l'hypertonie, on a recours à la ponction. On peut également essayer cette opération dans le cas d'une inflammation de longue durée, qui ne cède pas aux autres moyens. Au moment où l'humeur aqueuse s'échappe, elle entraîne souvent des précipitations; ce que l'on peut faciliter encore par le massage sur la cornée. Cependant, le but principal de la ponction n'est pas l'expulsion des précipitations. — On pratique l'iridectomie, mais seulement par exception, dans le cours de l'inflammation, parce qu'il est à craindre que la nouvelle pupille ne soit fermée de nouveau par l'inflammation persistante. On ne s'y décide que si l'on y est contraint par l'hypertonie ou comme dernier moyen de mettre fin à une iritis qui résiste à tous les autres moyens. Sinon, on attend que l'inflammation ait disparu, et l'on fait alors l'iridectomie pour supprimer une séclusion ou une occlusion pupillaire, ou bien dans un but préventif pour empêcher les réci-

dives dans une iritis à rechutes fréquentes. Maintes fois, en effet, on a de cette façon mis définitivement fin aux récidives; mais il faut avouer qu'on ne réussit pas toujours.

Comme *traitement diététique*, l'iritis exige avant tout que l'œil soit soustrait à l'action de la lumière, non pas seulement parce que cette affection est le plus souvent accompagnée de photophobie, mais encore parce que l'action de la lumière force la pupille à se contracter. Pour ce dernier motif, les deux yeux doivent être mis à l'abri de la lumière, puisque la contraction pupillaire d'un des yeux provoque aussi celle de l'autre. On place donc le patient dans une chambre assez obscure, ou on lui fait porter des lunettes foncées; cela vaut mieux qu'un bandeau, que l'on ne pourrait d'ailleurs que difficilement appliquer sur les deux yeux. — Le patient se nourrira modérément et s'abstiendra de boissons spiritueuses. En outre, il gardera le repos et évitera tout effort physique; dans les cas graves, il tiendra le lit. L'œil sain ne peut pas se fatiguer à lire, etc. Il est important aussi de veiller à la liberté du ventre.

2° *Indication causale*. — Eu égard à l'étiologie, l'*iritis syphilitique* comporte le pronostic le plus favorable, puisque, sous l'influence d'un traitement antisiphilitique énergique, elle cède d'ordinaire rapidement. Il est surtout nécessaire de l'attaquer promptement, car il s'agit d'une affection où, au bout de quelques jours, il peut survenir des lésions importantes et durables (développement d'une occlusion ou séclusion de la pupille). On prescrit donc le mercure, que l'on emploie de préférence sous forme d'onctions (friction journalière avec 2 à 4 grammes d'onguent gris). Il faut continuer les frictions jusqu'à ce que l'œil soit devenu complètement pâle; alors on prescrit, comme traitement final, l'iodure de potassium (jusqu'à 3 grammes par jour). Dans l'iritis suite de syphilis héréditaire, l'on doit moins compter sur le traitement antispécifique que sur les fortifiants généraux de l'organisme.

Dans l'*iritis rhumatismale*, on administre le salicylate de soude ou l'aspirine, mais pas toujours avec succès. Ces médicaments rendent aussi quelquefois de bons services dans d'autres iritis, et particulièrement dans l'iritis blennorragique.

Dans l'*iritis traumatique*, il faut avant tout écarter la cause, dans le cas où elle continue à agir. Si des corps étrangers se trouvent dans l'iris, on les enlève; les parties de cet organe fortement contuses ou enclavées doivent être excisées. Il faut extraire un cristallin tuméfié ou luxé qui devient la cause d'une iritis. Pour empêcher l'iris de s'enflammer, outre l'atropine, on applique, dans les cas tout à fait frais, des compresses glacées. — En ce qui concerne les iritis qui succèdent à une opération, c'est la prophylaxie qui y joue le principal rôle. Elle consiste à faire une anti-

sepsie des plus sévère. Aussi, depuis que cette pratique a été introduite, les iritis sont devenues beaucoup plus rares.

L'*iridocyclite sympathique* réclame également des mesures prophylactiques ; mais, une fois déclarée, elle résiste souvent à tous les efforts de la thérapeutique.

a) La seule *prophylaxie* certaine de l'inflammation sympathique consiste à énucléer l'œil qui pourrait y donner lieu. C'est le cas pour tout œil qui a perdu la vue par suite d'un traumatisme et qui est sensible soit spontanément, soit à la pression. Un tel œil doit être énucléé, surtout si l'on y soupçonne la présence d'un corps étranger. L'énucléation n'est contre-indiquée que dans les cas où l'œil blessé a conservé un peu de vision utile, ou bien peut en acquérir à l'aide d'une opération. Lorsqu'il n'en est pas ainsi, on ne peut, dans les circonstances indiquées plus haut, recourir trop tôt à l'énucléation.

b) Une fois que l'ophtalmie sympathique a éclaté, l'efficacité de l'énucléation devient incertaine. Cependant, dans les cas légers, elle paraît encore exercer une influence favorable sur la marche de l'inflammation sympathique. Dans les cas graves, au contraire, son efficacité est nulle.

Quant à l'inflammation sympathique elle-même, on la traite suivant les règles générales. Il est particulièrement important de préserver l'œil malade de l'action de la lumière, ce que l'on obtient surtout par l'application longtemps prolongée du bandeau. Les opérations restent généralement sans succès, parce qu'elles ne servent qu'à rallumer l'inflammation, et la pupille nouvellement formée s'oblitére par un exsudat fraîchement produit. On n'opérera donc que dans les cas d'absolue nécessité — par exemple pour cause d'hypertonie. Sinon, mieux vaut remettre le plus longtemps possible, pendant des années même, toute espèce d'opération, telle, par exemple, que l'iridectomie exécutée dans un but optique.

§ 72. TRAITEMENT DES ÉTATS PATHOLOGIQUES CONSÉCUTIFS A L'IRITIS ET A LA CYCLITE. — Les *synéchies postérieures isolées* peuvent souvent être rompues par l'application de l'atropine, seule ou combinée à la cocaïne. Pour obtenir ce résultat, il n'est pas tant besoin d'employer l'atropine pendant longtemps que de l'appliquer avec énergie, ce qui se fera le mieux en introduisant de l'atropine en substance dans le sac conjonctival. Un procédé plus actif quelquefois consiste à employer alternativement les miotiques et mydriatiques : on rétrécit la pupille au moyen de l'ésérine, puis, par l'atropine, on la dilate brusquement et énergiquement. Cependant, en raison de l'hyperémie iridienne provoquée par l'ésérine, il faut retarder ces tentatives jusqu'à ce qu'un certain laps de temps se soit écoulé depuis la terminaison de l'iritis. — On réussira souvent à rompre des syné-

chies minces et filiformes, tandis que les larges adhérences (comme celles qui s'établissent après une iritis syphilitique ou sympathique) résistent.

La *synéchie annulaire postérieure* (séclusion pupillaire) réclame dans tous les cas l'iridectomie. Le but de cette opération est le rétablissement de la communication entre les chambres antérieure et postérieure. Mais l'exécution en est souvent rendue difficile par l'exiguïté de la chambre antérieure (à cause de la protrusion de l'iris), ainsi que par l'atrophie de l'iris. Aussi, on doit souvent se déclarer satisfait quand on réussit à pratiquer une petite ouverture dans l'iris. Mais, par suite du rétablissement de la communication entre les deux chambres, l'antérieure regagne sa profondeur normale, de manière que plus tard on peut entreprendre une seconde iridectomie dans de meilleures conditions.

C'est encore par l'iridectomie qu'on attaque la *synéchie postérieure totale*. Cependant, il arrive souvent que l'opération ne réussit pas, parce que, en raison de l'adhérence de la surface de l'iris avec le cristallin, on ne parvient pas à exciser un lambeau iridien suffisant, ou encore parce que la couche pigmentaire de l'iris, solidement adhérente au cristallin, y demeure attachée. Dans ces cas, il ne reste pas autre chose à faire que d'extraire en même temps le cristallin, alors même qu'il serait encore transparent (extraction suivant Wenzel, § 163, remarque). Dans le cas où le cristallin est ratatiné ou absent, il convient de recourir à l'iridotomie (voir § 158).

On ne peut assez prémunir contre l'emploi inconsidéré de l'*atropine*, comme le pratiquent malheureusement une foule de praticiens, qui s'en servent dans n'importe quelle affection oculaire. Dans un grand nombre de cas, tels que le cataracte conjonctival, l'atropine non seulement est inutile, mais encore elle incommoder le malade par le trouble visuel qu'elle occasionne. Dans les yeux prédisposés au glaucome, l'atropine peut, en provoquant l'explosion d'un accès aigu, exercer des ravages considérables. C'est donc un médicament qu'on n'appliquera que dans certains cas déterminés, et juste autant qu'il le faut pour obtenir le résultat désiré. Dans l'iritis même, l'atropine est inutile dès que le bord pupillaire est adhérent au cristallin dans tout son pourtour, de façon que l'iris n'est plus susceptible de se contracter.

Lorsqu'à la suite d'une iritis, il persiste des *synéchies postérieures isolées*, qu'on n'est pas parvenu à rompre par l'emploi énergique de l'atropine, alors on renonce à tout traitement ultérieur, car ces *synéchies* n'amènent le plus souvent aucun inconvénient. On a complètement abandonné l'opération qui consiste à les détacher (coréylisis). S'il existe une *synéchie annulaire*, on ne doit pas la laisser subsister; alors il faut recourir à l'*iridectomie*. Cette opération est encore indiquée dans les cas où la séclusion de la pupille n'est pas encore complète, mais où elle est sur le point de le devenir, le bord pupillaire n'étant plus libre que sur une petite étendue. Car il s'agit d'une *iridocyclite chronique*, sans aucun doute, ce point ne tardera pas non plus

à se fermer, et il vaut mieux, par conséquent, ne pas attendre que la séclution soit complète. Cette manière de procéder est particulièrement recommandable, quand le patient habite loin du médecin, de façon que le moment propice pour l'iridectomie pourrait être facilement méconnu. — Dans la séclusion pupillaire, on fait l'iridectomie en haut. S'il y a en même temps occlusion pupillaire, on devrait placer le colobome en bas et en dedans, selon les règles fixées pour l'iridectomie optique au paragraphe 156. Pourtant il est préférable, dans ces cas, de faire l'iridectomie en haut, parce que le cristallin s'opacifie souvent plus tard et que le colobome en haut servira à son extraction.

Dans les cas d'iridochoroïdite chronique, l'iridectomie ne se borne pas à supprimer mécaniquement la séclusion pupillaire, mais encore elle influence favorablement la nutrition générale de l'œil. En effet, le corps vitré s'éclaircit et l'acuité visuelle s'améliore souvent encore pendant longtemps. Lorsqu'on opère des yeux qui commencent déjà à se ramollir, donc qui marchent vers l'atrophie, dans les cas favorables, les liquides oculaires se reproduisent de nouveau et la pression redevient normale.

Quoique généralement l'énucléation constitue un préservatif certain contre l'inflammation sympathique, l'on connaît néanmoins une série de cas où, en dépit de cette opération, l'ophtalmie sympathique a éclaté. Celle-ci survient chaque fois après un court intervalle — quelques jours à quelques semaines — après l'opération (l'intervalle le plus long observé jusqu'ici est de 47 jours [Shaw]). Il faut donc bien admettre qu'au moment où l'énucléation a été pratiquée, l'autre œil était déjà envahi par l'inflammation. Cependant, ici encore, l'énucléation ne manque pas d'agir favorablement, car, dans la plupart des cas, l'inflammation sympathique eut ensuite une marche fort bénigne, probablement parce qu'un œil énucléé cesse de stimuler constamment l'inflammation.

II. — BLESSURES DE L'IRIS.

§ 73. — En dehors de ce qui a déjà été dit, dans les chapitres précédents, touchant les lésions traumatiques de l'iris et leurs conséquences, nous mentionnerons encore les espèces particulières suivantes de traumatismes de cet organe. Ceux-ci s'observent le plus souvent après les contusions de l'œil.

1° *L'iridodialyse* (1). — On désigne sous ce nom l'arrachement de l'iris du corps ciliaire. Sur l'un des côtés de l'œil, au niveau du bord ciliaire de l'iris, on trouve un espace semilunaire noir, dans lequel l'iris est séparé de son insertion ciliaire. A cet endroit, on peut regarder directement

(1) De ἴρις et διάλυσις, séparation.

dans l'intérieur obscur de l'œil (fig. 149). Lorsque la partie arrachée est très large, dans l'ouverture ainsi produite, on reconnaît à l'éclairage latéral le bord du cristallin (*l*) et les procès ciliaires (*p*) reliés par les fibres de la zonule de Zinn. La pupille a perdu sa forme circulaire, parce que, du côté de l'iridodialyse, le bord pupillaire perd sa forme d'arc pour prendre celle de la corde (fig. 149, *a*). La cause du déplacement du bord pupillaire résulte du fait que la partie arrachée de l'iris se tend en ligne droite, par suite du raccourcissement du sphincter. C'est ainsi que l'iris s'écarte de son insertion au corps ciliaire et rend toute réunion ultérieure impossible. — L'acuité visuelle n'est souvent que peu gênée par l'existence de l'iridodialyse ; seulement — lorsque l'œil n'est pas bien accommodé — il se manifeste de la diplopie monoculaire, parce que le faisceau lumineux qui traverse l'ouverture périphérique, aussi bien que celui qui pénètre par la pupille elle-même, forment chacun une image sur la rétine (voir § 123).

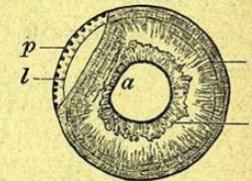


FIG. 149. — Iridodialyse. Gross. 2/1. — Le bord pupillaire est tracé en ligne droite en *a*. L'iris, dans la partie correspondant à cette place, s'est détaché de son insertion au corps ciliaire, s'est rétréci et plissé légèrement. Dans l'intervalle compris entre l'iris et la cornée se voient le bord du cristallin *l* et les sommets des procès ciliaires *p*; la fine striation radiale qu'on remarque entre ces deux organes répond à la zonule de Zinn. *k*, petit cercle de l'iris; *c*, sillons de contraction.

L'iridodialyse peut occuper une étendue très différente, depuis une rupture à peine visible jusqu'à l'arrachement total de l'iris de son insertion ciliaire. Dans le dernier cas, il prend la forme d'une masse pelotonnée sur elle-même, occupant le fond de la chambre, où il ne tarde pas à se transformer les jours suivants en un petit amas ratatiné, gris et peu apparent. Si le traumatisme avait en même temps causé une rupture de la sclérotique, l'iris arraché pourrait être entièrement expulsé de l'œil. Dans les deux cas, l'iris fait entièrement défaut, — *iridémie* (1) ou aniridie traumatique.

Une partie seulement de l'iris peut aussi être expulsée de l'œil, notamment en cas de rupture de la sclérotique, de façon qu'il se produit un *colobome* traumatique.

2° *Ruptures radiales partant du bord de la pupille*. — Elles peuvent s'étendre jusqu'au bord ciliaire, de sorte qu'au niveau de la rupture, la pupille, à la façon d'une ogive gothique, se prolonge jusqu'au bord cornéen (fig. 150). Cependant, des ruptures aussi étendues sont rares. D'ordinaire la rupture n'a qu'une petite étendue et s'entrebâille si peu qu'on ne peut l'observer que par un examen minutieux, notamment à la loupe (fig. 151). Ces petites déchirures sont la cause la plus fréquente de la

(1) De ἴρις et ἔρημις, solitude, absence.