

indications spéciales : si la blessure de l'iris est accompagnée d'une hernie du diaphragme à travers la cornée, on cherche à en obtenir la réduction par les moyens que nous ferons connaître (voir *Hernie de l'iris à travers la cornée*) ; s'il existe un corps étranger dans l'épaisseur de l'iris, on se comporte comme nous le dirons à l'article suivant. Si la blessure a produit un lambeau qui ne tient plus à la membrane que par un pédicule, on l'excise. Les déchirures ou les plaies qui n'entament que le petit cercle de l'iris doivent faire proscrire les mydriatiques qui favoriseraient l'écartement des lèvres de la plaie. Ces agents seraient au contraire indiqués dans les solutions de continuité parallèles à la pupille.

CHAPITRE III.

CORPS ÉTRANGERS DE L'IRIS.

Ces corps pénètrent à travers la sclérotique ou la cornée. Ce sont des fragments de capsule fulminante, un fragment de minéral, un éclat de pierre, d'ardoise, des grains de poudre ou de plomb. Les phénomènes auxquels ces blessures donnent lieu ne diffèrent pas de ce que nous avons exposé (p. 49) en faisant l'histoire des corps étrangers engagés dans les chambres de l'œil. Le plus communément, il se développe une phlegmasie grave qui compromet la vision. Quelquefois des grains de poudre restent incrustés dans l'iris sans déterminer aucun trouble fonctionnel. On a aussi noté l'*enkystement* des corps étrangers engagés dans l'iris.

L'indication à remplir, en cas de corps étranger fixé dans l'iris, est d'en pratiquer l'extraction immédiate, en ponctionnant la cornée, comme dans la kératotomie, en introduisant par cette plaie une pince que l'on conduit jusqu'au corps étranger. Quelquefois celui-ci est fixé d'une manière tellement solide, qu'on ne peut le détacher qu'en emportant la portion correspondante de l'iris, ce qui laisse dans le diaphragme une perforation.

CHAPITRE IV.

INFLAMMATIONS DE L'IRIS. IRITIS.

L'iritis se présente sous deux formes subordonnées à la marche générale de l'affection. Celle-ci est tantôt aiguë, tantôt chronique.

§ 1. Iritis aiguë.

Causes. Il en est de *traumatiques* : les blessures de l'iris par instruments piquants ou tranchants. C'est un des modes de production de l'iritis,

après les opérations de cataracte par abaissement ou par extraction. D'autres fois, l'iritis est la conséquence d'une propagation au diaphragme oculaire d'une inflammation de la cornée. Chez d'autres sujets, l'inflammation se développe *primitivement* dans l'iris, sous l'influence d'une cause générale. Quelques auteurs ont multiplié ces formes d'iritis, sans apporter de preuves en faveur de l'existence de chacune d'elles. Cette remarque s'applique, au moins, aux iritis *psorique, plicosique, scorbutique, pléthorique*. Il n'en est pas de même des iritis *scrofuleuse, rhumatismale, arthritique et syphilitique*. L'iritis *scrofuleuse* se montre chez de jeunes sujets ayant les attributs du tempérament lymphatique et présentant des manifestations qu'on rattache à la scrofule, telles qu'adénites suppurées, arthropathies, lésions osseuses. Elle succède, en général, dans ce cas, à la kératite. L'iritis *rhumatismale* est le plus souvent la conséquence du passage subit du chaud au froid, de l'exposition de l'œil à un courant d'air froid. Elle est alors accidentelle. Quelquefois on l'observe chez les sujets qui sont atteints depuis longtemps, et par intervalles, de douleurs rhumatismales, et elle se manifeste par des attaques. Elle semble alors se développer sous l'influence d'une diathèse. Ceux qui admettent une diathèse *arthritique* pensent qu'il peut se développer une iritis sous l'influence de cette prédisposition de l'économie. D'autres, comme Mackenzie, rattachent l'iritis *arthritique* à un état maladif du corps produit par l'action longtemps continuée de certaines substances toxiques, telles que l'alcool, le tabac, sans y attacher le sens que l'on donne à la dénomination de *goutte*. Une autre cause incontestable de l'iritis est la diathèse *syphilitique*. Cette espèce d'iritis appartient au groupe des accidents *secondaires*. Elle se montre à une époque variable, à partir du moment de l'infection générale. Elle est très-rare chez les enfants.

Symptômes. Ils se manifestent, dès le début, par une injection de la conjonctive scléroticale et un trouble de la vision. L'injection de la conjonctive se présente sous la forme *radiée*. En général, la conjonctive palpébrale et le cul-de-sac oculo-palpébral offrent une vascularisation insignifiante, ce qui distingue déjà l'injection propre à l'iritis de celle qui appartient à la conjonctivite. En étudiant le mode de formation de l'injection de la conjonctive scléroticale dans l'iritis, on découvre des troncs vasculaires de couleur carmin, par conséquent *artériels*, qui émergent du cul-de-sac oculo-palpébral, et se dirigent, parallèlement entre eux, vers la circonférence de la cornée, où ils s'arrêtent. Ces troncs se divisent en branches, rameaux, et ramuscules, qui s'en séparent généralement à angle aigu, et qui ne s'envoient qu'un petit nombre de branches dans leur trajet. Toutes ces divisions vasculaires appartiennent aux *artères ciliaires antérieures*, qui traversent la sclérotique, à une petite distance de la cornée, pour aller se distribuer au tissu de l'iris. Chez quelques sujets, la conjonctive est soulevée légèrement par une *effusion séreuse* qui occupe le tissu cellulaire sous-conjonctival, ce qui permet de bien reconnaître que le plan vasculaire dont nous venons de parler fait corps avec la conjonctive. Plus profondément, on distingue un second plan vasculaire, plaqué sur la sclé-

rotique et formé de stries de couleur lie de vin : ce sont les divisions des *veines ciliaires antérieures* émanées du cercle veineux de l'iris. Près de la circonférence de la cornée, les divisions artérielles et veineuses sont parfois assez multipliées pour donner lieu à la formation du CERCLE VASCULAIRE PÉRICORNÉAL, dont il a été question dans l'histoire de la kératite. Lorsque l'iritis est arrivée à une période plus avancée, la vascularisation conjonctivale est plus serrée et se rapproche de celle de la conjonctivite. Dans certains cas, la conjonctive prend l'apparence qu'offre la pie-mère dans certaines méningo-encéphalites. C'est alors qu'on voit parfois un bourrelet chémosique s'avancer autour de la cornée.

Le trouble de la vision est le résultat de la sécrétion d'une certaine quantité de lymphe plastique par la séreuse qui tapisse l'iris, lymphe qui, en se mélangeant avec l'humeur aqueuse, trouble la transparence de la pupille. Cette même sécrétion se déposant à la surface de l'iris rend l'aspect de celui-ci moins brillant, plus terne. Déjà, à cette période, la pupille est devenue paresseuse, c'est-à-dire qu'elle se dilate et se resserre plus lentement que dans l'état sain. Bien qu'elle conserve la régularité de son contour, on ne saurait nier que cette tendance à l'immobilité est le résultat des adhérences qui tendent à s'établir entre l'iris et la capsule cristalline par la lymphe plastique qui tend à s'organiser. Sous l'influence du travail congestionnel dont l'œil est le siège, l'humeur aqueuse est souvent sécrétée en plus grande abondance ; l'iris repoussé en avant diminue la capacité de la chambre antérieure, en même temps que la cornée, quelquefois plus convexe, offre un aspect brillant. Les malades accusent des douleurs au front, à la tempe, dans l'œil lui-même ; elles occupent les ramifications de la branche ophthalmique de Willis et du nerf auriculo-temporal. Parfois il existe de la *photophobie*, mais ce symptôme est loin d'être constant. Je l'ai surtout noté dans les cas, fort rares du reste, où la conjonctive palpébrale participe à l'injection de la conjonctive scléroticale ; il y a alors en même temps un *larmolement* abondant dès qu'on écarte les paupières. Les symptômes que nous venons d'indiquer appartiennent à la première période de l'iritis, désignée par les auteurs sous les noms d'*iritis congestive, séreuse, corticale*.

Plus tard, si l'affection n'est pas enrayée dans sa marche, le trouble de la vision augmente, ce qui est dû à ce que la lymphe plastique sécrétée en plus grande abondance, et plus épaisse, forme un voile derrière la pupille et dans l'aire de cette membrane. Le contour de la pupille perd sa régularité ; il devient inégal, ce qui est dû aux adhérences qui se forment entre lui et la capsule antérieure du cristallin (*synéchies postérieures*). La déformation de la pupille est rendue apparente surtout quand on a instillé de l'atropine à la surface du globe. La pupille se dilatant dans les points de sa circonférence qui ne sont pas encore adhérents, restant immobile dans ceux qui sont unis à la capsule cristalline, prend les formes les plus bizarres. Cette dilatation artificielle a encore une autre conséquence : le pigment qui revêt la face postérieure de l'iris se dépose sur la capsule cristalline sous forme d'îlots, parce que, la dilatation de l'iris rompant quelques-unes

des adhérences encore molles, celles-ci enlèvent la matière pigmentaire (voy. les figures chromo-lithographiques qui se trouvent à la fin du tome I de mon *Traité des maladies des yeux*). En même temps, la coloration de la face antérieure de l'iris est modifiée, ce qu'on explique par l'augmentation de vascularité de cette membrane et par la combinaison de la couleur rouge du sang avec la couleur normale de l'iris ; à quoi il faut ajouter le mélange de la couleur jaunâtre propre à la lymphe plastique exhalée dans les mailles du tissu iridien et à la transsudation de cette matière sur les faces antérieure et postérieure du diaphragme. C'est ainsi qu'un iris bleu devient verdâtre ou jaunâtre ; un iris gris, brun ; un iris brun, rougeâtre. Ces changements de coloration commencent par la portion attenante au petit cercle ; plus tard, ils se propagent jusqu'à l'anneau ciliaire. Quelques auteurs admettent qu'à cette période, on aperçoit dans l'épaisseur de l'iris des vaisseaux en plus ou moins grand nombre. Les douleurs sont vives dans cette période ; elles sont souvent exaspérées la nuit ; bornées le plus souvent au pourtour de l'orbite, elles s'étendent quelquefois à toute une moitié du crâne. Chez quelques sujets, il se fait une effusion de sang dans la chambre antérieure. L'œil est parfois augmenté de volume, tendu. C'est à cette forme qu'on a donné le nom d'*iritis parenchymateuse, iritis plastique*.

Dans la troisième période, la pupille est plus irrégulière, remplie de lymphe plastique blanchâtre qui s'organise, en adhérant, de tous côtés, au contour de cette ouverture, où elle est généralement bordée par un anneau brun noirâtre de pigment. La vision est profondément troublée ou abolie. L'iris a perdu sa structure fibrillaire et est parfois recouvert lui-même d'une exsudation plastique.

Marche. Terminaisons. Abandonnée à elle-même, l'iritis produit des désordres toujours graves. La lymphe plastique, sécrétée en plus ou moins grande abondance, colle le contour de la pupille à la capsule cristalline (*synéchies postérieures*), d'où une déformation de cette ouverture ; ou bien, remplissant l'aire de la pupille, elle s'organise et forme une *fausse membrane* d'épaisseur variable, qui tantôt laisse à la pupille des dimensions moyennes, qui tantôt, par la force de rétraction dont elle est douée, attire de la périphérie vers le centre tous les points de la circonférence de la pupille ; celle-ci est ainsi complètement effacée (*atrésie de la pupille*). D'autres fois, la phlegmasie se propage aux autres membranes, notamment à la choroïde et à la sclérotique ; celle-ci amincie n'offre plus une résistance suffisante à la choroïde et au corps ciliaire, qui sont incessamment repoussés de dedans en dehors par l'hypersécrétion des humeurs de l'œil (*staphylômes de la choroïde et du corps ciliaire*). Le globe augmente de volume et change de forme. La vision est notablement diminuée, ou abolie.

La marche de l'iritis aiguë est régulière, c'est-à-dire qu'il existe une période d'augment, une période d'état et une période de décroissance des symptômes inflammatoires. On n'observe pas de périodes où les phénomènes phlegmasiques sont enrayés et d'autres où ils reprennent une nouvelle intensité. Quelques auteurs ont cependant admis des *iritis intermittentes*. Les observations de ce genre, rapportées par Fallot et Snabillé, sont