

ou bien des cas de *névralgie intermittente de la cinquième paire*, ou bien des iritis compliquées de cette sorte de névralgie.

On a aussi admis pour l'iritis des degrés ; les auteurs ne sont pas d'accord sur les caractères propres à chacun d'eux ; les uns fondant leur division sur l'intensité des désordres, d'autres sur la nature de la sécrétion fournie par l'iris enflammé.

Complications. Si l'iritis succède parfois à la kératite, celle-ci peut à son tour se montrer en même temps que l'iritis, ou se développer dans le cours de cette dernière affection. La forme *ponctuée* de la kératite (p. 14 de ce volume) est celle qu'on rencontre communément. Quelques ophthalmologues admettent que l'iritis se complique parfois de conjonctivite ; cela est extrêmement rare. L'erreur provient de ce qu'ils considèrent l'injection conjonctivale qui accompagne toute iritis comme un indice de l'inflammation de la conjonctive. Si on examine l'œil avec attention, on reconnaît que, même dans les cas où le réseau conjonctival est serré, les caractères principaux de la conjonctivite manquent : le cul-de-sac oculo-palpébral ne présente qu'une vascularisation discrète, le repli semi-lunaire et la caroncule sont peu ou point tuméfiés ; la sécrétion muqueuse de la conjonctive n'existe pas.

Diagnostic. Il est facile : la forme de l'injection conjonctivale propre à l'iritis permet souvent à elle seule de reconnaître l'affection. Les irrégularités de la pupille, le trouble de celle-ci complètent le diagnostic. En cas d'iritis légère, on rend apparentes ces irrégularités, c'est-à-dire les *synéchies postérieures* commençantes, par l'instillation du sulfate d'atropine : la pupille, en se dilatant, change de forme. On ne se laissera pas imposer par certaines colorations anormales de l'iris qui sont parfois congénitales, et qu'on pourrait être tenté d'attribuer à la phlegmasie de cette membrane. Les caractères vraiment essentiels de cette inflammation sont l'*injection conjonctivale* et les *synéchies*. Il est un cas de nature à embarrasser le praticien le plus exercé, celui où une hyperhémie de la conjonctive scléroticale se développe chez un sujet qui, à la suite d'iritis remontant à une époque plus ou moins éloignée, a eu des *synéchies postérieures*. Mais alors, s'il n'y a pas une nouvelle attaque d'iritis, la vision n'est pas troublée ; l'éclairage de la pupille montre celle-ci indemne de toute exsudation plastique récente, c'est-à-dire que la pupille n'est pas trouble.

Une iritis étant reconnue, il convient, au point de vue du traitement, de rechercher si elle est de nature scrofuleuse, syphilitique, rhumatismale. C'est en examinant le malade, sous le rapport des antécédents et des symptômes concomitants, qu'on arrive à cette détermination.

Pronostic. Il est toujours grave, en raison des désordres qui surviennent du côté de la pupille et qui compromettent plus ou moins la vision. On n'oubliera pas que l'iritis syphilitique est sujette à des récidives ou à des rechutes. Même dans les cas les plus heureux, et alors que l'iritis est traitée au début, il reste souvent quelques altérations indélébiles, telles que des dépôts de pigment sur la capsule antérieure du cristallin.

Traitement. Il comporte trois indications : 1° prévenir les déformations de la pupille, et, à plus forte raison, l'oblitération de cette ouverture ;

2° combattre l'inflammation de l'iris par des moyens généraux et locaux appropriés ; 3° modifier l'économie par une médication appropriée, si l'iritis dépend d'une diathèse ou d'un état général.

1° Pour prévenir les *déformations et l'atrophie de la pupille*, on prescrit, dès le début, l'instillation, toutes les trois heures, d'un collyre composé d'eau distillée, 30 grammes ; *sulfate d'atropine*, 10 centigrammes. Par l'emploi méthodique de cette solution, continuée plusieurs jours de suite, on détruit des *synéchies postérieures récentes*, c'est-à-dire qu'on rompt les tractus plastiques établis entre la pupille et la cristalloïde antérieure. Une fois la pupille dilatée, on continue les instillations les jours suivants, trois fois par vingt-quatre heures seulement, tant que la vascularisation persistante de la conjonctive annonce que la phlegmasie n'est pas au déclin.

2° On combat la phlegmasie par des moyens généraux et locaux. Il faut citer en première ligne les saignées. Celles-ci sont générales ou locales : les premières nous paraissent convenir dans les cas exceptionnels, alors que l'affection prend d'abord une intensité marquée. Hors ces circonstances, il est préférable d'avoir recours à l'application de sangsues ou de ventouses scarifiées à la région temporale. Dans le plus grand nombre des cas, les émissions sanguines peuvent, selon nous, être remplacées par des *antiplastiques*, notamment par les préparations mercurielles. Celles-ci s'emploient sous forme d'*onguent mercuriel*, auquel on associe alors généralement de l'*extrait de belladone* pour moitié, pour un tiers, un quart ou un dixième. La pommade est étendue trois fois par jour sur l'orbite et les paupières ; on en emploie, chaque fois, gros comme une noisette, et on la laisse sur les parties. On administre aussi à l'intérieur le *calomel* à dose fractionnée, de façon à produire une salivation rapide. On favorise le ptyalisme, en associant au calomel de l'opium. On rencontre des sujets plus ou moins réfractaires à cette médication, c'est-à-dire que chez eux on n'obtient pas de salivation ; le calomel agit comme purgatif.

Les *douleurs* qui accompagnent l'iritis sont parfois assez fortes pour motiver des indications spéciales. On peut incorporer une certaine quantité d'*extrait gommeux thébaïque* dans la pommade mercurielle avec laquelle on pratique des onctions sur l'orbite. Cunier conseille une pommade composée de parties égales d'*huile d'amandes amères* et de *beurre de cacao*. On emploie aussi avec succès la pommade au *chlorhydrate de morphine*, un mélange de *baume tranquille* et de *chloroforme*. Lorsque les douleurs persistent, on obtient un soulagement marqué des *pilules de Meglin*, de petits *vésicatoires* volants promenés autour de l'orbite.

3° Les moyens propres à combattre l'état général, sous l'influence duquel l'iritis s'est développée, varient en raison de l'espèce de diathèse. Dans l'iritis *syphilitique*, on administre à l'intérieur le *protoiodure de mercure*, à la dose de 5 centigrammes, deux fois par jour. J'ai observé des cas d'iritis syphilitique qui étaient peu améliorés par cette préparation, et dans lesquels on obtenait une amélioration prompte au moyen de la *liqueur de Van Swieten*, à la dose d'une cuillerée à bouche par jour ; ou avec les pilules de sublimé, à la dose de 1 centigramme par jour, lorsque les malades ont une

trop grande répugnance pour la liqueur. Chez les petits enfants atteints d'iritis syphilitique, on emploie le mercure en onctions sur le cou, les aisselles, derrière les oreilles. Dans l'iritis *scrofuleuse*, on administre les anti-lymphatiques. Dans l'iritis *rhumatismale*, on conseille au malade de se vêtir de flanelle sur tout le corps, de prendre des bains de vapeur dans son lit, de faire pratiquer matin et soir des frictions sèches sur les membres supérieurs et inférieurs, de se mettre à l'abri de l'impression du froid et surtout de l'humidité. L'habitation d'un climat tempéré, pendant l'hiver, est quelquefois nécessaire pour prévenir les récidives.

§ 2. Iritis chronique.

L'iritis chronique succède à l'aiguë ou s'établit d'emblée. On l'attribue à la suppression d'hémorragies habituelles : flux hémorroïdal, règles ; à la suppression brusque d'ulcères, d'une affection cutanée ; à la syphilis.

Elle est caractérisée par les symptômes suivants : l'iris perd son poli, c'est-à-dire prend un aspect terne ; quelquefois on aperçoit à la surface, ou dans l'épaisseur du diaphragme, une vascularisation plus ou moins riche, et semblable à celle que quelques auteurs ont attribuée à l'iritis aiguë. Tantôt deux ou trois vaisseaux filiformes se portent du bord adhérent au bord libre, où ils se ramifient. D'autres fois il existe, aux limites du grand et du petit cercle, une couronne vasculaire. Chez quelques sujets, l'injection iridienne est constituée par des plaques formées de nombreux vaisseaux entrelacés. Le tissu de l'iris est altéré ; la face antérieure du diaphragme présente par places une coloration noirâtre, parfois si obscure que, dans ces points, le tissu iridien semble avoir été absorbé ou retranché, comme si on avait pratiqué une pupille artificielle. Jæger attribue ces apparences à une hernie de l'uvée à travers le tissu de l'iris aminci, tandis que Klemmer y voit un épaississement de l'iris par un dépôt de lymphe plastique dans son parenchyme. La première interprétation est plus rationnelle ; aussi quelques ophthalmologues ont-ils désigné cette altération sous les noms de *staphylôme de l'uvée*, *iridoncosis*, *iridoncus*. Dans certains cas, il se forme une ou plusieurs pupilles artificielles à la suite de la résorption complète de toute l'épaisseur de l'iris dans les points donnés, ou d'un décollement spontané de la circonférence de cette membrane. En même temps, la pupille normale est déformée, rétrécie ou oblitérée par les exsudats plastiques qui s'établissent lentement. Les malades accusent peu ou point de douleurs. La vision est notablement diminuée ou abolie.

CHAPITRE V.

LÉSIONS CONSÉCUTIVES A L'IRITIS.

Ces lésions sont : 1° des dépôts de pigment sur la capsule antérieure du cristallin ; 2° les adhérences du contour de la pupille à cette capsule, ou *synéchies postérieures* ; 3° les *fausses membranes pupillaires*.

1° DÉPÔTS DE PIGMENT SUR LA CAPSULE CRISTALLINE.

C'est une lésion commune après l'iritis la mieux traitée, à moins que, reconnaissant l'affection tout au début, on ne maintienne la pupille dilatée. Il est facile de s'en rendre compte : toute phlegmasie de l'iris a pour conséquence de donner lieu à la sécrétion d'une certaine quantité de lymphe plastique qui colle le rebord pupillaire ou la face postérieure de l'iris à la capsule antérieure du cristallin. Que, par le fait d'une dilatation artificielle de la pupille, les adhérences soient rompues ; ou que cette rupture se fasse spontanément, après la guérison, par les mouvements alternatifs de dilatation et de resserrement de la pupille ; pendant le retrait de l'iris, c'est-à-dire son retour à la situation normale, quelques parcelles du pigment qui revêt la face postérieure du diaphragme, où se trouve l'uvée, restent accolées à la capsule antérieure du cristallin.

Ces dépôts ne sont visibles que par l'éclairage latéral à la lampe, qui montre leur couleur cuivrée. Si on les examine avec le miroir ophthalmoscopique seul, ils paraissent noirs. On en découvre par l'éclairage latéral qui échappent à l'examen avec le miroir. Ils se présentent sous forme de lignes, longues d'un demi à 1 millimètre, en nombre variable, diversement espacées et groupées (voy. les figures chromo-lithographiques annexées au tome I de mon *Traité des maladies des yeux*). Je les ai vus former par leur ensemble la figure d'un fer à cheval.

Tant que ces dépôts n'ont qu'une épaisseur insignifiante, qu'ils sont disséminés en petit nombre sur la capsule antérieure du cristallin, ils ne troublent pas la vision. Le pigment s'accumule-t-il, au contraire, en plus grande quantité, la capsule peut devenir complètement opaque dans les points correspondants. C'est ainsi que se forme la variété de cataracte fautive appelée *pigmenteuse* (voy. p. 69).

Je ne connais aucun moyen propre à faire résorber les dépôts de pigment sur la capsule du cristallin. Les collyres de tout genre, notamment ceux à l'*iodure de potassium*, ne donnent aucun résultat.

2° ADHÉRENCES OU SYNÉCHIES DE L'IRIS.

L'iris peut contracter des adhérences avec la capsule antérieure du cristallin : *synéchies postérieures* ; ou bien le diaphragme oculaire adhère à la cornée transparente : *synéchies antérieures*. Plus rarement, l'iris adhère à la fois à la capsule cristalline et à la cornée : *synéchies mixtes*.

1° SYNÉCHIES ANTÉRIEURES. Elles sont presque toujours la conséquence d'une perforation traumatique ou accidentelle de la cornée. Après une blessure du miroir oculaire, l'iris tend à s'engager dans l'ouverture ; la portion d'iris, sortie par la plaie, contracte des adhérences avec les bords de celle-ci ; une cicatrice se forme au-devant de ces parties. Pareil résultat s'observe après les perforations ulcéreuses de la cornée ; il y a alors un *leucome adhérent*.