

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*.