

essentielle, l'iritis rhumatismale, la goutteuse, la scrofuleuse, la scorbutique, la syphilitique, la pseudo-syphilitique, la mercurielle, la traumatique, etc. Nous verrons plus loin que ces divisions ne doivent point être conservées. Enfin on a encore admis une *iritis intermittente*.

### I. — IRITIS AIGUE.

L'iritis, pour être étudiée d'une manière générale, doit être considérée selon les divers degrés de l'inflammation. Cette division nous permettra de réunir dans un ensemble exact tous les caractères de cette maladie.

SYMPTÔMES ANATOMIQUES. — *Premier degré.* — *Iritis séreuse.* — C'est le degré le plus léger de l'inflammation de l'iris, et, pour quelques auteurs, c'est l'inflammation du feuillet iridien de la membrane de l'humeur aqueuse que nous avons décrite. (*Comparez le premier degré de l'iritis avec l'inflammation de la membrane de l'humeur aqueuse, voy. p. 409.*)

Au début, l'iris présente les symptômes suivants :

A sa surface on voit répandue d'une manière, tantôt générale, tantôt partielle, selon que l'inflammation s'est ou non limitée, une teinte mate, terne, grisâtre, assez facile à distinguer, surtout si on la compare avec la couleur de l'iris sain ; les fibres de l'iris et sa surface veloutée paraissent moins dessinées, et le petit cercle ne se distingue plus aussi nettement du grand : phénomènes qui tiennent tous au gonflement de la surface de l'iris, ou, si l'on veut, à celui de la séreuse de Descemet. Celle-ci ou l'iris se couvre quelquefois de petits vaisseaux très fins qui se replient vers la cornée, lorsque la maladie s'étend à la face concave de cette membrane. Il n'est pas toujours nécessaire de se servir d'une loupe pour les apercevoir.

La pupille, légèrement trouble et remplie d'une sorte de fumée vague presque insaisissable, laisse voir, comme à travers une gaze très légère, le fond de l'œil qui ne paraît plus noir et semble avoir pris une teinte grisâtre. Cette fumée n'est qu'une exsudation fournie par l'iris, ainsi qu'on peut s'en assurer en l'isolant au centre de la capsule par la dilatation de la pupille avec l'atropine ou la belladone. Selon tous les auteurs, elle n'a plus que des mouvements limités ou lents, et est ordinairement contractée ; cependant si l'on étudie le *premier degré* de l'iritis au début de l'inflamma-

tion, il n'est pas rare de reconnaître que les contractions de la pupille sont au contraire plus rapides et plus étendues qu'à l'état normal, circonstance facile à expliquer par l'excitation nerveuse que produit l'inflammation commençante et encore légère. Mais bientôt ces mouvements diminuent de plus en plus, et ils finissent par disparaître. Rarement la pupille présente une déformation manifeste à ce degré de la maladie ; pourtant elle peut offrir quelques angularités peu marquées.

La cornée, saine le plus souvent, paraît brillante tout au commencement de l'affection, mais ne tarde pas, dans beaucoup de cas, à prendre une teinte grisâtre plus ou moins étendue, surtout lorsque l'inflammation de la membrane de Descemet s'étend en avant ; alors on peut suivre quelques vaisseaux à sa face concave. Ce caractère manque assez fréquemment. La cornée peut être aussi parsemée de nombreux petits points opaques. Il y a alors complication de kératite ponctuée. (Voy. p. 245.)

La sclérotique est rosée dans toute sa surface sans qu'on puisse y reconnaître une vascularisation pathologique. A la partie antérieure elle offre un *cercle rouge* ordinairement peu marqué, qui est composé de très petits vaisseaux situés, selon d'Ammon, dans l'anneau de la conjonctive, et communiquant avec les vaisseaux distendus du ligament ciliaire, lequel serait enflammé en même temps que la membrane séreuse de la chambre antérieure (1). Cet anneau rouge, qui se montre dans toutes les ophthalmies internes, est décrit avec plus de détail au deuxième degré de la maladie qui nous occupe.

La conjonctive n'offre le plus souvent aucune trace d'inflammation ; parfois elle présente une faible injection.

Le *cul-de-sac conjonctival* est quelquefois plus rempli de larmes, ce qui donne à l'œil, considéré de loin, un aspect brillant tout particulier.

*Deuxième degré.* — C'est l'iritis *parenchymateuse* de quelques auteurs, c'est la véritable iritis. Ce degré débute très souvent d'emblée par les symptômes que nous allons décrire ; parfois il est consécutif du premier degré, ou, si l'on aime mieux, de l'inflammation de la séreuse qui recouvre la membrane en avant.

(1) D'Ammon, *De l'iritis séreuse et de ses différentes espèces* (*Annales de la chirurgie française et étrangère*, avril 1844, p. 411).

Mais une chose digne de remarque, c'est que le premier degré ayant existé pendant quelque temps, passe plus fréquemment à l'état chronique qu'au second degré.

*Couleur de l'iris.* — La teinte pathologique que prend cette membrane varie nécessairement selon la couleur primitive des iris. On pourrait dire, en général, qu'une certaine proportion de rouge sale s'est mêlée à la couleur normale de la membrane; tantôt cette teinte est limitée à une portion du diaphragme (*iritis partielle*); tantôt, au contraire, elle est générale (*iritis générale*); jamais elle n'est uniforme. Le petit cercle de l'iris est toujours plus coloré que le grand qui le renferme. C'est par le petit, d'ordinaire, que commence la coloration morbide. Dans les yeux brun clair, l'iris prend une teinte brun rougeâtre qui, au troisième degré de la maladie, devient, par places, orangée. Lorsque l'iris est naturellement très foncé, la teinte rouge sale prédomine. Dans l'iris bleu, le petit cercle en prend une verdâtre, dans laquelle, avec un peu d'attention, on reconnaît encore une légère nuance de rouge. Au reste, quelle que soit la couleur primitive de l'iris, dès lors qu'un changement y survient pendant le cours d'une inflammation interne de l'œil, c'est toujours le petit cercle qui présente les modifications de couleur les plus importantes.

*Gonflement de l'iris.* — En même temps que l'on constate la décoloration que nous venons de signaler, on peut reconnaître que l'iris est moins lisse à sa surface, dont les stries convergentes sont plus difficiles à saisir, et semblent recouvertes d'une sorte d'exsudation. C'est surtout à la réunion du grand cercle avec le petit qu'on trouve cette altération. L'iris entier paraît se gonfler et s'épaissir; parfois il présente çà et là quelques plaques grisâtres, qu'on dirait placées sous la séreuse enflammée. D'autres fois ce sont des saillies jaunâtres, qui s'élèvent un peu au-dessus de la surface de la membrane et ne sont autre chose que des abcès renfermant du pus.

*Injection de l'iris.* — Elle se borne assez fréquemment à un ou deux vaisseaux, d'une ténuité extrême, qui sillonnent la membrane de la circonférence au centre. Arrivés au petit cercle de l'iris, ces vaisseaux, qu'on ne peut voir quelquefois sans l'aide d'une loupe, présentent une courbure, de laquelle s'échappent des ramifications vasculaires très fines qui vont se perdre vers le bord pupillaire.

On n'oubliera pas que ce sont des vaisseaux iridiens, invisibles

à l'état normal, qui se sont développés sous l'influence de l'inflammation, comme cela arrive si souvent pour la conjonctive bulbaire.

Il faut bien se garder de croire, comme plusieurs auteurs l'ont avancé, qu'au degré d'inflammation qui nous occupe, l'injection de l'iris soit nettement marquée dans tous les cas: loin de là, ce n'est que par exception, pour ainsi dire, qu'on peut la reconnaître, et cela est fort heureux, car elle est le plus souvent d'un pronostic assez fâcheux.

Lorsque les vaisseaux deviennent apparents, on voit qu'ils sont onduleux, et qu'ils forment çà et là sur l'iris de très fines plaques de sang, produites ordinairement par un lacis vasculaire d'une ténuité extrême. Quelquefois il y a une véritable exhalation sanguine à l'extrémité ou le plus souvent sur le trajet de ces vaisseaux.

*Pupille.* — Elle perd ses mouvements à cette période de la maladie et devient étroite, inégale, frangée; assez souvent elle présente un angle rentrant profond, auquel on a voulu donner une valeur qu'il n'a certes pas. Lorsque l'inflammation de l'iris porte plus particulièrement sur un point de sa surface, les fibres de la membrane, gonflées, privées de mouvement, se retirent plus ou moins vers l'endroit enflammé; les épanchements de sang même très limités, et les petits abcès qui se forment alors dans l'épaisseur de la membrane, contribuent aussi nécessairement à la déformation pupillaire. Si, sur l'œil d'un animal, on irrite dans un point donné le diaphragme, on ne tarde pas à voir la pupille présenter un angle rentrant, dont le sommet se rapproche incessamment du siège de l'inflammation. Ces faits expliquent trop bien la cause de la déformation pupillaire, pour qu'on attache quelque valeur à l'observation des auteurs qui ont cru que l'allongement de la pupille dans tel ou tel sens signifiait que l'iritis était de telle ou telle nature. Pour ne citer qu'un exemple, Middlemore croit que, dans l'iritis qu'il nomme *rhumatisme*, la pupille est allongée en dedans et en haut; tandis qu'elle serait tirillée en haut, en dehors ou horizontalement dans l'iritis syphilitique. La direction de cette déformation varie suivant chaque auteur, qui a voulu la rapporter à une affection spéciale; aussi ne devons-nous point nous en occuper plus longtemps.

La déformation de la pupille tient assez souvent à des exsudations qui s'établissent entre l'iris et la capsule; c'est là un fait

que le praticien ne doit pas perdre de vue dans le traitement de l'iritis, parce que ces produits amènent souvent l'atréisie pupillaire (voyez ce mot).

Au second degré de l'iritis, la pupille est trouble; cette espèce de nuage que nous avons signalé au premier degré a singulièrement épaissi; le fond de l'œil paraît rempli d'un brouillard, qui prend quelquefois une teinte verdâtre.

*Cornée.* — Ce n'est que lorsque l'inflammation de la séreuse a gagné la face postérieure de la cornée que cette membrane semble perdre sa transparence; souvent, à son centre, comme dans le premier degré, on aperçoit de petits points bruns, dont le nombre augmente en même temps que l'inflammation iridienne: c'est une complication de *kératite ponctuée* (voyez ce mot, page 245, et *Irido-kératite*, page 297). D'autres fois, considérée de côté, la cornée offre une teinte un peu verdâtre, dans la période aiguë de l'iritis, ce qui, avec raison, paraîtrait résulter, selon Hasner, d'une infiltration œdémateuse symptomatique de la phlogose du diaphragme.

*Chambre antérieure.* — Elle diminue de capacité sous l'influence du gonflement de l'iris; quelquefois elle est agrandie aux dépens de la postérieure, lorsque des adhérences sont établies entre l'iris et la capsule. Très souvent du pus s'accumule en quantité variable à la partie la plus déclive (*hypopyon*). On y voit aussi quelquefois une certaine quantité de sang (*hyphéma*). L'*humour aqueuse* paraît perdre sa transparence lorsque la cornée est malade; elle demeure au contraire très claire lorsque l'iris seul est enflammé.

*Capsule.* — Elle est souvent trouble par suite des exsudations dont elle est recouverte, et qui sont sécrétées par l'iris. Parfois on voit à sa surface des flocons blanchâtres, souvent sous forme de bandelettes semi-annulaires, qui la fixent à l'iris (*uvéitis de d'Ammon*). Ces flocons, plus ou moins nombreux, se recouvrent fréquemment de pigmentum uvéen et forment des synéchiés postérieures, d'étendue variable et de forme triangulaire, qui naissent du cercle ciliaire de l'iris par une base large, et dirigent leur sommet vers le centre de la capsule. D'Ammon les désigne sous le nom de *ptérygions de l'iris* (1). Les dépôts sur la capsule sont

(1) D'Ammon, *De l'uvéitis* (*Annales de la chirurgie française et étrangère*, juillet 1844, p. 242).

quelquefois si considérables, que l'oblitération complète de la pupille en est la conséquence.

*Sclérotique.* — Elle offre l'injection que nous avons décrite (voyez *Injection périkeratique*, page 394). Les vaisseaux, groupés circulairement autour de la cornée en forme d'anneau, touchent quelquefois à cette membrane dans le bord de laquelle ils se perdent, tandis que d'autres fois, surtout lorsque l'inflammation est moins forte, ils en sont éloignés de 1 millimètre environ. C'est dans cet espace sain qu'on voit un étroit cercle bleuâtre qu'on a nommé, je ne sais pourquoi, *cercle arthritique*, et qui n'est autre que le canal de Fontana, gorgé de sang veineux (voyez volume I, page 19). Au delà de l'anneau vasculaire sclérotical, qui peut avoir de 5 à 6 millimètres, la fibreuse est rosée et n'est point sensiblement injectée.

*Choroïde.* — Lorsqu'elle s'enflamme pendant l'iritis, la pupille se dilate plus ou moins largement au lieu de se contracter, et les vaisseaux du tissu cellulaire sous-conjonctival s'injectent au loin, en arrière du balbe. En même temps, l'affection prend un caractère névralgique de plus en plus prononcé. Souvent l'inflammation saute ainsi brusquement de l'iris à la choroïde, et réciproquement.

*Conjonctive.* — Elle est rarement enflammée dans l'iritis, seulement elle offre assez souvent une injection symptomatique plus ou moins prononcée.

*Paupières.* — Elles présentent une tuméfaction et une rougeur légères; la supérieure est un peu abaissée.

*Troisième degré.* — Tous les symptômes des deux degrés précédents augmentent d'intensité. La *couleur de l'iris* s'altère plus profondément, surtout dans le petit cercle. Le *gonflement* est de plus en plus marqué, et la surface de la membrane se recouvre de petites bosselures plus apparentes. Les plaques grisâtres sont plus larges, et les saillies jaunes que nous avons décrites s'élèvent quelquefois au-dessus du niveau de l'iris, en formant de petits abcès, qui s'ouvrent dans la chambre antérieure ou disparaissent plus tard par résorption.

L'*injection* de l'iris est plus vive; les vaisseaux sont plus nombreux, plus apparents, et les arcades qu'ils forment, plus marquées. On voit des ramifications vasculaires plus développées vers le bord de la pupille, dans lequel elles se perdent.

La *pupille* est entièrement immobile; elle est plus étroite, plus

irrégulière encore que dans le deuxième degré. Trop souvent, quand l'inflammation diminue, elle s'oblitére tout à fait en se recouvrant d'exsudations plastiques. Quand elle présente des angles, ils sont plus profonds, plus accentués : des brides, des filaments sous forme de frange, attachent définitivement l'iris à la capsule. Si la pupille est encore ouverte, le fond de l'œil ne peut plus être distingué que d'une manière très imparfaite ; un brouillard épais, résultat d'un exsudat déposé sur la capsule, le déroberait à l'observateur.

Il peut arriver que la pupille, au lieu d'être contractée et plus ou moins étroite, soit au contraire largement ouverte, et que l'inflammation s'accompagne de douleurs hors de proportion avec les signes anatomiques que donne l'examen de l'iris. On doit alors en conclure que le mal, qui a débuté par l'iris, s'est étendu à la choroïde, et qu'il a pris dans celle-ci un caractère aigu qu'il a perdu dans celle-là. On a, dès lors, affaire plutôt à une choroïdite qu'à une iritis, et l'on peut en avoir facilement la preuve par les autres caractères de la maladie, et plus tard par ses terminaisons.

La *cornée* est plus trouble lorsque les petits points bruns qu'elle présente quelquefois à sa surface se sont augmentés. Des épanchements assez larges s'y montrent parfois ; pourtant cette complication est rare.

La *chambre antérieure*, plus trouble aussi, est encore plus déformée que dans le deuxième degré ; l'humeur aqueuse paraît moins transparente. Souvent un hypopyon siège à la partie la plus déclive de la cavité ; d'autres fois c'est un épanchement de sang (*hyphéma*). Ces deux symptômes, déjà signalés au deuxième degré, deviennent plus sensibles ; assez souvent on trouve du pus et du sang superposés, et alors le mal présente beaucoup de gravité. La capsule offre, à sa surface, des exsudations épaisses, qui interceptent la lumière et s'étendent aux bords de la pupille.

L'*injection de la sclérotique et celle de la conjonctive* sont encore plus apparentes ; les paupières offrent un gonflement plus marqué.

SYMPTÔMES PHYSIOLOGIQUES. — *Premier degré.* — Les malades n'éprouvent ordinairement aucune douleur ; quelquefois, cependant, ils se plaignent d'une sensation de tension, incommode plutôt que douloureuse ; la lumière est rarement mal supportée, mais elle excite parfois la sécrétion de quelques larmes lorsque le

malade la reçoit directement. Ce symptôme indique assez que l'irritation s'est propagée à la rétine : c'est surtout au début de l'affection qu'il est facile de le constater. Très souvent il disparaît lorsque la maladie est depuis quelque temps établie et ne fait pas de progrès.

La vision est légèrement trouble, surtout lorsque la face concave de la cornée commence à s'enflammer.

*Deuxième degré.* — *Douleur.* — La pression et la tension gênantes que nous avons signalées dans le premier degré ont augmenté, et provoquent dans le fond de l'orbite une douleur qui se fait ressentir assez souvent sous la forme pulsative et quelquefois aussi sous celle d'élançements aigus et rares. Ordinairement elle affecte un siège tout particulier ; elle occupe le front et les tempes, s'irradie souvent à tout un côté de la face, et paraît avoir toujours son point de départ dans le nerf frontal et dans ses ramifications. Alors il est bien rare qu'il n'y ait pas une sérieuse complication de choroïdite. Assez souvent j'ai observé que la peau recouvrant les branches nerveuses était rouge et gonflée. Cette douleur aiguë, qui devient parfois très violente, est moins intense dans le jour, s'exaspère dans la soirée ou dans la nuit, et provoque des souffrances telles, que le malade s'échappe de son lit pour se promener à grands pas dans la chambre ; quelquefois elle disparaît complètement pour revenir à des heures fixes. Il ne faut pas oublier qu'au début de l'affection cette douleur est très légère, et que ce n'est que plus tard qu'elle prend une aussi grande intensité.

*Photophobie.* — Elle existe toujours à un degré variable, selon que l'inflammation réagit davantage sur la cornée et sur la rétine, et que le trouble des membranes et des humeurs permet à une plus ou moins grande quantité de rayons lumineux d'arriver au fond du globe.

En général, elle est moins grande que dans les kératites secondaires aiguës, à leur début.

On pourrait tout aussi bien expliquer cette circonstance par le peu de rayons lumineux qui arrivent à la rétine que par l'immobilité de l'iris et la prétendue absence de traction sur le corps ciliaire. On sait que c'est à cette hypothèse, proposée par M. Cade et admise par Bérard, que serait due la diminution de la photophobie.

Dans l'iritis, indépendamment du rétrécissement pupillaire, la cornée, la membrane de l'humeur aqueuse, la capsule, ayant perdu de leur transparence, empêchent les rayons de pénétrer au fond de l'œil, ainsi que l'atteste d'ailleurs l'abaissement considérable de la vision. N'est-ce point assez pour expliquer la diminution de la photophobie?

Regardez le soleil à travers un épais brouillard, et vous pourrez le fixer sans aucune difficulté, les rayons lumineux qu'il envoie étant absorbés en très grande quantité par l'opacité de l'air; pourquoi n'en serait-il pas de même pour cette sorte de brouillard interne, produit de l'inflammation qui nous occupe?

Les auteurs sont peu d'accord sur l'existence de la photophobie dans l'iritis.

MM. Mackenzie et Juengken, entre autres, avancent que ce symptôme est porté à un très haut degré, tandis que d'autres ne l'admettent qu'exceptionnellement. Cela tient, sans nul doute, à ce que, d'une part, ces praticiens ont observé la maladie à des degrés différents, et surtout à ce que, d'une autre, ceux qui n'admettent la photophobie que comme un caractère exceptionnel, n'ont pas tenu compte du trouble des milieux de l'œil, qui absorbent les rayons lumineux en si grande quantité.

Lorsque la rétine s'enflamme fortement pendant la durée de l'iritis, on ne tarde pas à reconnaître les symptômes physiologiques de la rétinite. Le malade a la vision tourmentée par des éclairs, des phantasmes lumineux, des étoiles de feu, bleues, rouges et d'autres couleurs brillantes, qui lui semblent augmenter sa douleur; alors il se cache la tête dans ses couvertures et recherche l'obscurité la plus profonde, mais sans pouvoir la trouver nulle part.

*Accidents généraux.* — Ils existent souvent à un haut degré; quelquefois on n'en trouve point de trace. Chez tel malade on constate une fièvre plus ou moins intense, chez tel autre il n'y en a pas. Assez fréquemment l'iritis s'accompagne d'un trouble marqué dans les fonctions digestives; la langue est blanche ou rouge, il y a de l'inappétence, de la soif, de l'insomnie; d'autres fois on ne remarque absolument rien de semblable.

*Troisième degré.* — Les symptômes physiologiques n'ont pas tous suivi, à ce degré, la même loi de progression que les symptômes anatomiques; la *douleur* du sourcil est plus vive, l'insomnie

complète; les pulsations sont plus fortes encore, la pression et la tension plus marquées; le malade croit se sentir l'œil chassé de l'orbite. Mais la photophobie est moins forte à cause du trouble plus grand des humeurs et des membranes placées en avant de la rétine. Cependant, très souvent, lorsque l'inflammation a envahi énergiquement cette dernière, les phantasmes lumineux sont plus gênants encore que dans le deuxième degré.

Les *accidents généraux* sont plus graves.

*TERMINAISONS.* — 1° *Résolution.* — Cette heureuse terminaison est assez fréquente, surtout après le premier degré de l'iritis. Après le deuxième et le troisième degré, elle se voit encore, mais il est rare que la maladie n'ait point laissé quelques traces de son passage du côté de la pupille. Lorsque la résolution a lieu, la douleur et la chaleur de l'œil diminuent, ainsi que les autres symptômes physiologiques.

La couleur de l'iris, accidentellement changée pendant l'inflammation, reparaît aussi brillante que dans l'œil sain; il serait donc inexact de dire, avec M. Rognetta (1), que la décoloration morbide « persiste ordinairement pour le reste de la vie, » car cela n'a lieu que dans les cas où l'iritis est passée à l'état chronique. M. Velpeau (2) croit aussi « que l'iris ne retrouve presque jamais ses couleurs primitives. » Cela se remarque quelquefois, lorsque la résolution n'a point été franche et que le tissu de l'iris a suppuré, ou que de fausses membranes se sont développées à ses surfaces.

En même temps que l'iris reprend sa couleur, la pupille reprend peu à peu son jeu; elle devient plus nette, et le fond de l'œil recommence à paraître noir. La cornée, la chambre antérieure, se nettoient; l'humeur aqueuse recouvre sa transparence, et la rougeur de la sclérotique et de la conjonctive disparaît.

2° *État chronique.* — C'est souvent une autre terminaison de cette inflammation. Mais nous avons consacré un chapitre spécial à l'iritis chronique (voyez plus bas, p. 447).

3° *Déformation de la pupille.* — Ce résultat est un des plus fréquents de l'iritis. Dans quelques cas heureux, la matière épanchée se résorbe en si grande quantité que des brides, à peine visibles il est vrai, et peu nombreuses, attachent l'iris à la capsule, sans cependant gêner d'une manière sensible les mouvements du

(1) Rognetta, *loc. cit.*, p. 528.

(2) M. Velpeau, *loc. cit.*, p. 155.

diaphragme de l'œil. Souvent, en effet, ces filaments prennent leur point d'attache sur l'iris en arrière, et à une assez grande distance de sa marge pour permettre à celle-ci des oscillations passablement étendues; mais il n'en est pas toujours ainsi. La pupille, fixée par un de ses bords sur la capsule ou sur une fausse membrane épaisse, est immobile sur ce point. Quand toute la marge iridienne adhère à la capsule, l'immobilité pupillaire est complète, et la vision singulièrement gênée. Si les exsudations ont été considérables, la vue peut être complètement perdue. Dans ce cas, la pupille présente, indépendamment de sa déformation, une tache blanc mat, sur laquelle on voit très souvent des points, des traînées noires de pigmentum enlevé à la face postérieure de l'iris. Ces taches pigmentées recouvrent quelquefois une très grande partie de la fausse membrane placée dans la pupille (*cataracte pigmentée*), ou la cachent en entier.

4° *Changements survenus dans l'iris.* — Lorsque l'inflammation ne s'est point terminée par une résolution franche et que l'iris a suppuré, il n'a plus sa couleur naturelle. A sa surface, on voit des enfoncements grisâtres, comme s'il y avait eu là une perte de substance aux dépens de l'épaisseur de la membrane. Dans d'autres cas, au lieu d'un enfoncement, c'est une saillie d'un gris blanchâtre sale. Les fibres de l'iris perdent le plus souvent leur aspect normal; la membrane entière ressemble à une étoffe usée, dont on verrait la trame. Très souvent, et lors même qu'il n'y a pas de synéchie postérieure, elle n'est plus tendue entre les chambres, comme elle doit l'être: elle s'incline en avant ou en arrière. Lorsque l'inflammation a été très vive, que des exsudations épaisses se sont attachées à la face postérieure de la membrane, l'iris décoloré est poussé en avant, au point de toucher la cornée, et ses fibres convergentes limitent des sillons profonds, entre lesquels le tissu iridien présente une saillie considérable.

Quand la pupille est oblitérée par un dépôt plastique, il arrive parfois que l'attraction concentrique de la marge de l'iris est si forte, que les attaches ciliaires de la membrane se rompent dans une certaine étendue, et qu'il se forme ainsi une pupille remplaçant l'ouverture naturelle. Dans d'autres cas, de fausses membranes s'étant attachées en arrière dans toute l'étendue de l'iris, ne laissent libre qu'un petit espace qui, ne pouvant résister aux tiraillements exercés par la contraction de la fibro-albumine, se déchire entre deux fibres convergentes, et donne lieu ici encore

à une ouverture accidentelle, permettant l'exercice de la vision.

5° *Changements survenus dans les autres membranes.* — L'inflammation de l'iris se propage très souvent à la cornée, à la rétine, à la choroïde, et parfois à toutes ces membranes en même temps. C'est dire que l'iritis peut se terminer par les résultats des inflammations particulières de chacune de ces membranes, par des taches de la cornée, des exsudats sur la cristalloïde, par l'amaurose, le staphylôme de la choroïde, l'ophtalmite, etc., etc. La chambre antérieure présente aussi assez fréquemment le phénomène d'une collection purulente enveloppée de fausses membranes.

MARCHE DE L'IRITIS AIGUE. — *Premier degré.* — La maladie se développe peu à peu et arrive insensiblement, en un temps d'ordinaire très long, aux limites que nous avons tracées. Rarement elle va plus loin, je veux dire qu'il n'est pas très commun de voir l'iritis passer du premier au deuxième degré, ou, si l'on veut, l'iritis séreuse se transformer en iritis parenchymateuse.

Le plus souvent cette période de la maladie est lente; les symptômes inflammatoires, peu aigus au début, diminuent encore d'intensité après la première ou la seconde semaine, et la maladie passe peu à peu à l'état chronique.

L'inflammation disparaît vers le vingtième ou le trentième jour, mais, dans la plupart des cas, il se développe une phlegmasie qui porte plus particulièrement sur la face postérieure de l'iris: c'est cette variété que les auteurs ont décrite sous le nom d'*uvéite*. Quelques médecins allemands, et M. le professeur d'Ammon, de Dresde, entre autres, admettent cette division, que nous sommes loin de blâmer, mais que nous ne conservons pas, parce que nous ne perdons pas de vue que nous écrivons ici pour des praticiens et non pour des ophthalmologistes, et parce que, malgré les travaux de Puschka, rien ne prouve qu'il y ait une membrane à la face postérieure de l'iris et non une simple couche de pigmentum.

Lorsque cette complication a lieu, la marche de la maladie est plus lente encore, et la phlegmasie demeure longtemps à l'état subaigu. Des adhérences nombreuses se forment entre l'iris et la capsule, et des taches pigmentées plus ou moins larges restent attachées à la surface de cette membrane. Nous nous sommes tout particulièrement occupé de ces taches en parlant de la cataracte pigmentée. Le plus souvent l'inflammation, après avoir sommeillé un peu de temps, se réveille pour quelques jours, et

s'étend au feuillet cornéen postérieur, et même aux lamelles profondes de la cornée. J'ai vu bien des fois des accidents survenir du côté de la rétine, et les malades se plaindre d'avoir la vue troublée par des éclairs et des phantasmes lumineux; cependant l'œil était à peine rouge. Dans d'autres cas, j'ai pu constater en même temps une accumulation de liquide sous la membrane de Jacob. C'est surtout sur les séreuses de l'œil que porte la phlegmasie, et toutes sont malades alors: j'ai observé plusieurs fois cette complication. (Voyez *Kératite ponctuée*, p. 245, et *Aguo-capsulitis*, p. 410.)

L'iritis au premier degré ne se montre que sur un œil dans la plupart des cas: ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle se développe à la fois des deux côtés; je l'ai vue passer assez souvent de l'un à l'autre, à des distances de temps assez éloignées, et le plus souvent au début, du moins à l'insu des malades, pendant un temps assez long.

*Deuxième et troisième degré.* — La marche de l'iritis est plus franche qu'au premier degré, et surtout plus rapide; au deuxième degré appartient plus particulièrement la forme aiguë; on voit assez souvent la forme suraiguë s'adjoindre au troisième. Arrivée là, la maladie de l'iris passe fréquemment à l'état chronique, après avoir produit des désordres très graves.

Dans tous les cas, on devra toujours tenir compte des symptômes qui auront précédé l'affection, et surtout chercher à reconnaître si la phlegmasie s'est étendue d'une autre membrane à l'iris, ou si c'est par le diaphragme de l'œil que le mal a débuté.

*CAUSES DE L'IRITIS.* — Elles sont en grand nombre, et les mêmes que celles des inflammations en général. L'iritis se développe souvent après les opérations de cataracte, et surtout après celles par abaissement. Les piqûres, les déchirures, toutes les lésions directes peuvent la produire; mais, hâtons-nous de le dire, elle se montre d'ordinaire tout à coup, sans cause appréciable. Dans des cas assez nombreux, l'iritis est consécutive à une inflammation qui s'est développée dans une autre membrane, mais alors elle est en général moins dangereuse; souvent on la voit compliquer les kératites ulcéreuses, la choroïdite, etc.

Les causes spécifiques joueraient un grand rôle, selon beaucoup d'auteurs, dans la production de l'iritis. De là des variétés à

l'infini, variétés toujours insaisissables à leurs caractères physiques, quoi qu'en aient dit Beer et ses disciples; personne en France ni en Allemagne n'admet plus aujourd'hui ces doctrines surannées. Qui peut croire que dans l'ophtalmie qu'on a appelée rhumatismale, la pupille soit perpendiculairement ovale? qu'elle soit transversalement ou perpendiculairement ovale dans la prétendue ophtalmie gouteuse? qu'elle soit oblique de bas en haut et de dehors en dedans, dans l'ophtalmie syphilitique, lorsque les auteurs qui adoptent ces divisions admettent eux-mêmes que l'inflammation peut porter plutôt sur tel point de l'iris que sur tel autre? Personne ne niera qu'une affection générale, de quelque nature qu'elle soit, ne puisse dans sa marche modifier une ophtalmie, mais tout le monde se refusera à croire qu'elle se dessine infailliblement dans l'œil par des caractères physiques appréciables. Il est une variété d'iritis pourtant qui semblerait faire exception, c'est l'*iritis syphilitique*. Nous verrons plus bas quelle somme de certitude peuvent en offrir les caractères anatomiques.

*PRONOSTIC.* — L'iritis est assurément une des affections oculaires les plus graves, quelle que soit l'intensité de l'inflammation. Elle compromet la vue le plus souvent, parce qu'elle s'accompagne et se termine par des exsudations qui fixent en totalité ou en partie la marge pupillaire à la capsule, ou ferment le passage aux rayons lumineux en oblitérant entièrement la pupille. Ces exsudations, dans quelques iritis aiguës, sont si abondantes, qu'elles enveloppent entièrement le corps vitré (*hypopyon postérieur*), s'organisent, détruisent la rétine, et provoquent une atrophie lente de l'œil. Cela est heureusement exceptionnel. Dans les cas ordinaires d'iritis aiguë, les malades en sont quittes pour quelques synéchies postérieures, condition qui m'a toujours semblé favorable aux récidives, probablement à cause des tiraillements incessants des nerfs ciliaires pendant le jeu de la pupille, devenu irrégulier. Ces récidives, quand elles se montrent, finissent à la longue par occasionner un rétrécissement considérable de la pupille, qui se trouve diminuée par un anneau exsudatif souvent fort large, déposé sur la capsule et entièrement adhérent à l'iris, dont le bord uvéen a disparu.

L'iritis se complique d'autres maladies, parmi lesquelles on doit compter la *kératite ponctuée*, et surtout la *choroïdite*, à cause de