

taches consécutives aux sclérites et surtout avec la propagation sous-conjonctivale d'un sarcome intra-oculaire.

La sclérotique ne paraît guère pouvoir être le siège de tumeurs primitives, mais on sait que les tumeurs intra-oculaires la traversent souvent et que, d'autre part, d'une façon infiniment rare, les tumeurs de la conjonctive s'infiltrant dans son tissu (Lagrange) au niveau de sa jonction avec la cornée.

## VI

## MALADIES DE L'IRIS ET DE LA CHOROÏDE

L'iris, le corps ciliaire et la choroïde peuvent être séparément malades ; mais presque toujours l'iris et le corps ciliaire sont pris simultanément, à un degré souvent inégal : il y a alors une *irido-cyclite*. D'autres fois, la choroïde est seule atteinte (*choroïdite*). Dans des cas plus rares que la lecture des classiques ne le ferait supposer, il y a une *irido-choroïdite*. La séparation relative des deux circulations artérielles, irido-ciliaire et choroïdienne, explique en partie ces divisions *cliniques* et anatomo-pathologiques. Dans des cas exceptionnels, il est même possible que la couche profonde pigmentaire, l'*uvéa*, soit presque seule malade (uvéite).

Mais, à côté des *irido-cyclites* (dont la forme *granulomateuse* doit être soigneusement décrite) et des *choroïdites*, nous insisterons sur deux variétés de suppurations intra-oculaires qui dépassent rapidement la membrane irido-choroïdienne pour envahir la rétine et le corps vitré. La première est la *panophtalmie* par irido-cyclite suppurée : la seconde siège d'emblée, par endo-infection, dans la choroïde et surtout la rétine et le corps vitré : il s'agit d'une *chorio-rétino-hyalite* suppurée.

Après avoir étudié les suites des irido-choroïdites graves (atrophie du globe, ossification, etc.), nous passerons en revue les *troubles fonctionnels*, les *anomalies congénitales* et les *opérations sur l'iris*.

## IRITIS ET IRIDO-CYCLITES.

Les irido-cyclites sont désignées du nom d'*iritis*, lorsque l'inflammation irienne est la seule bien visible. Mais, dans l'immense majorité des cas, le corps ciliaire prend une certaine part au processus morbide.

L'occlusion de la pupille était connue des anciens. Néanmoins la description spéciale de l'iritis est relativement récente, les notions cliniques antérieures manquant de précision.

C'est à Schmidt (1801) et à l'école de Beer que l'on doit la différenciation définitive de l'iritis et des autres ophtalmies.

**Étiologie.** — L'étiologie des irido-cyclites est extrêmement importante à connaître, car elle constitue vraiment la base et de l'indication thérapeutique en face du malade. Il faut savoir que *toutes* les causes d'inflammation peuvent léser la membrane irienne, si vasculaire.

D'abord une infection *directe* : traumatisme, corps étranger, ulcère cornéen, opération. Parmi les iritis de cause externe (on a même signalé l'intromission de cils dans la chambre antérieure), il faut citer les iritis résultant de la dialyse des toxines à travers les grandes ulcérations cornéennes : il peut y avoir cependant, étant données les nombreuses anastomoses vasculaires profondes, des iritis au cours de violentes phlegmasies conjonctivales sans érosions cornéennes.

Dans les autres cas, l'infection est *indirecte* : elle est *générale* d'emblée ou provient d'un foyer infectieux qui déverse incessamment ses produits irritants dans l'économie.

La syphilis acquise et héréditaire, le rhumatisme, sont au premier rang étiologique. La blennorragie et même les rétrécissements suppurants de l'urètre (Brun) peuvent être en cause. Il faut citer en particulier les fièvres éruptives (iritis post-variolique), toutes les fièvres graves, la tuberculose, la lèpre, comptent aussi parmi les causes plus rares. Le zona ophtalmique, l'érysipèle, les lésions des cavités péri-orbitaires (sinusites), des fosses nasales (rhinites chroniques, ozène) (Fage, etc.), des voies lacrymales, de la cavité buccopharyngienne (périostites, carie dentaire, avulsion des dents, amygdalites, etc.), peuvent jouer un rôle. On a insisté dans ces dernières années sur les iritis en relation avec des métrites chroniques et avec les troubles de la ménopause (Mooren, Cohn, A. Trousseau, de Wecker, Vignes). L'iritis séreuse coexiste presque toujours avec la dysménorrhée.

L'iritis est aussi consécutive, par un mécanisme non encore délimité, à une ophtalmie sympathique. Qui sait même si certaines iritis ne sont pas *sympathiques* d'une lésion viscérale fort éloignée, par le même mécanisme que l'ophtalmie sympathique ?

Le terrain est souvent admirablement préparé à une infection par le diabète et l'albuminurie. Du reste, la cachexie, les cardiopathies à un degré ultime, la sénilité (Leplat), favorisent l'éclosion des iritis. Dans quelques cas, l'iritis vient compliquer un état antérieur grave de l'œil (décollement rétinien, myopie extrême, tumeurs choroïdites), l'œil étant ici un lieu de moindre résistance.

Certains traumatismes, sans plaie *pénétrante*, ont pu entraîner des iritis en appelant sur l'œil les microbes ou les auto-toxines de la circulation, ou peut-être en provoquant une violente réaction cellulaire.



Enfin, chez un assez grand nombre de sujets, surtout chez les vieillards, on ne trouve pas la cause avérée de l'iritis : on accusera bien des probabilités, des auto-intoxications non microbiennes, et autres « humeurs peccantes » décorées du nom de toxines. Ce mécanisme est réel, mais souvent aussi il y a seulement des coexistences dues à un même état général mauvais, de cause inconnue, et bien des sujets souffrent de dilatation de l'estomac, ou d'autres troubles, sans que l'iritis intercurrente soit forcément leur conséquence. Elle est bien plutôt dans ces cas une autre manifestation de l'état incertain qui a engendré lui-même les troubles digestifs. Il en est probablement ainsi pour certains iritis survenant au cours de diverses maladies de peau (psoriasis, etc.). Mais il n'est pas impossible qu'il y ait, comme nous croyons l'avoir vu quelquefois, une sorte de transfert morbide (eczéma).

**Symptomatologie.** — Le début d'une iritis est presque toujours accompagné de douleurs sourdes, bien qu'il y ait des irido-cyclites torpides qui évoluent indéfiniment sans provoquer autre chose qu'une gêne visuelle. A ces douleurs oculaires se joint une céphalalgie plus ou moins vive, et le malade s'aperçoit d'un brouillard qui lui semble placé au-devant d'un de ses yeux, car l'iritis est rarement bilatérale d'emblée. En même temps, un léger œdème palpébral, un larmolement continu, de la photophobie, se produisent.

L'examen objectif démontre l'existence d'une inflammation intra-oculaire, plus souvent à gauche (de Wecker). La conjonctive est injectée, avec prédominance autour de la cornée (cercle périkératique anastomotique). L'injection périkératique est plus colorée et plus fine que l'injection conjonctivale mobile. Mais il faut se rappeler qu'il y a de temps à autre coexistence d'une conjonctivite (iritis rhumato-blennorragique), avec ou sans sclérite, et que la conjonctivite catarrhale grave peut précéder l'iritis. L'œil est fort sensible à la pression, et le malade se recule vivement au moindre contact. *A moins de complication hypertonique, assez fréquente chez les sujets âgés, l'œil est hypotone.*

A l'éclairage oblique, l'iris est notablement modifié dans sa couleur : il est devenu terne, vert jaunâtre s'il était bleu, cuivré s'il était noir ou marron ; il a un aspect poussiéreux et dépoli : les vaisseaux sont distendus.

La pupille n'a pas toujours au début les *synéchies*, mais lorsqu'il y a une vive congestion irienne prémonitoire, elle est elliptique, étroite, presque immobile, et cet état peut se prolonger plusieurs jours. S'il y a des *synéchies*, généralement *postérieures*, rarement antérieures ou de la partie moyenne (Purtscher), la pupille est stellaire, cordiforme, présente les formes les plus variées (fig. 48), mieux visibles après une goutte d'un mydriatique. Il existe dans son étendue des dépôts, des exsudats, sur la face antérieure de la cris-

talloïde ; les *synéchies* et l'ensemble des lésions sont souvent plus marquées à la partie inférieure de la pupille.

L'humeur aqueuse et la cornée peuvent être modifiées (dépôts sur la membrane de Descemet, kératites profondes). Il existe, soit des amas cellulaires (kératite pointillée et iritis séreuse), soit un hypopion soit un hypohéma. La kératite pointillée est fréquente dans toutes les variétés, et n'est pas exclusive à l'iritis séreuse.

Des troubles siégeant dans le cristallin, dans le corps vitré, et les membranes profondes constituent des complications ou des coexistences.

La maladie a une marche et une durée variable, suivant l'étiologie, l'âge, le tempérament des sujets et la nature du traitement : mais, dans un certain nombre de cas, l'iritis s'accompagne d'abondants dépôts pigmentaires et même d'occlusion pupillaire, sans avoir jamais provoqué de douleurs. C'est la forme *insidieuse* (iritis



Fig. 48. — Synéchies iriennes.

tranquille), sur laquelle Hutchinson et Panas ont particulièrement insisté : son étiologie n'a rien de spécial : il ne s'agit que d'une forme clinique, avec prédominance de l'uvéite sur l'iritis. (Grandclément.)

En dehors de ces données, l'iritis peut revêtir objectivement des formes assez diverses.

L'iritis *plastique* est celle qui s'accompagne d'exsudats plus ou moins abondants.

Dans certaines formes, presque exclusivement *pigmentaires*, le cristallin n'est recouvert que de larges dépôts bruns.

Dans la forme *séreuse*, il n'y a guère d'exsudats, mais la desquamation cellulaire, formant un amas au bas de la chambre antérieure et remontant en triangle à sommet supérieur vers le centre de la cornée, est caractéristique (fig. 49).

La forme *suppurative* entraîne un *hypopion*, et l'on voit souvent une épaisse couche de pus sous l'iris au contact du cristallin.

La forme *granulomateuse* possède des nodules grisâtres ou jaunâtres, de nombre, de forme et de siège variables, pouvant même remplir tout un coin de la chambre antérieure, surtout lorsqu'il s'agit de néoformations syphilitiques (en chou-fleur).

L'hypohéma, abondant, à répétition, est plus fréquent dans certaines iritis, surtout d'origine *goutteuse*, mais pourrait exister dans toutes les iritis. (Teillais.)



A côté de ces formes à caractères objectifs généralement bien tranchés et ne se succédant pas, nous devons mentionner les particularités des formes étiologiques de l'iritis.

L'iritis *syphilitique* (60 p. 100 des iritis [Panas] ne surviendrait que chez 4 à 5 p. 100 des syphilitiques) est généralement plastique, souvent unilatérale (1). Il s'agit d'un accident précoce, parmi les accidents secondaires, et on l'a vu coexister avec le chancre : mais elle peut survenir ou récidiver à toute période de la syphilis. Elle revêt, soit la forme plastique commune, soit la forme granulomateuse, soit la forme irido-ciliaire franchement gommeuse, soit rarement la forme séreuse, plus fréquente que les autres dans l'hérédosyphilis.

Chez les *vieillards* ayant contracté tardivement la syphilis, les

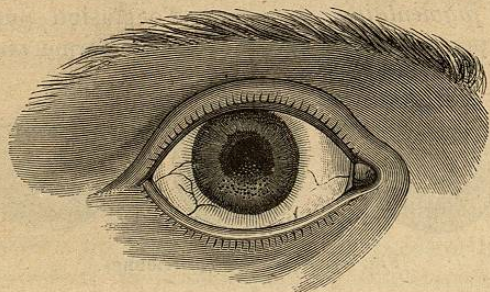


Fig. 49. — Iritis séreuse.

attaques d'iritis sont ordinairement plus sérieuses, et nous avons vu plusieurs cas de contamination sénile, accompagnées d'occlusion pupillaire double avec *cataracte*, le tout survenu en quelques semaines, malgré un traitement intensif, qui n'a pas empêché les iridec-tomies, faites plusieurs mois plus tard, de se refermer. La *syphilis oculaire des vieillards* aurait donc un caractère malin bien accentué, qui doit la faire ranger dans les syphilis graves.

L'iritis engendrée par la *blennorragie*, maladie générale (Souplet) dont elle est un véritable *accident secondaire*, est presque toujours liée au rhumatisme d'origine urétrale. On l'observe dans les deux sexes, et la prétendue rareté de l'affection chez la femme est infirmée par ce fait que bien des iritis dites métritiques ne sont, à notre avis, que des iritis blennorragiques. Elle revêt la forme séreuse, avec ou sans conjonctivite, dacryoadénite et ténonite, plus rarement la forme récidivante à hypopion, exceptionnellement la forme hémorragique. C'est quelquefois longtemps après que la blennorragie et le rhumatisme ont complètement disparu que l'iritis apparaît pour la première fois : nous en avons vu plusieurs cas (2).

(1) CHAUVEL, Études ophth. Paris, 1896.

(2) LIPSKI, thèse de Paris, 1895.

Dans des cas exceptionnels (Zimmermann, Morax, H. Coppez), un épaissement et une suppuration, du corps vitré peuvent se produire et rétrocéder cependant, en laissant une acuité satisfaisante. Il y a là une marche cyclique fort intéressante.

L'iritis *rhumatismale* survenant chez des sujets arthritiques et surmenés a un pronostic moins favorable que la précédente : ses récurrences, le peu d'action du traitement, des désordres progressifs du côté des membranes profondes et du cristallin assombrissent encore le pronostic.

L'iritis liée au *diabète* (Noyes, Leber) est souvent grave, et peut tourner à l'irido-cyclite suppurée : d'autres fois, elle se réduit à des dépôts plastiques.

**Iritis à granulomes.** — Le fait de voir apparaître, soit au cours d'une iritis, soit sans réaction inflammatoire préalable, des néoproductions iriennes revêtant la forme de bourgeons, de masses de couleur, de consistance et d'évolution variées, a une telle importance clinique qu'un tableau d'ensemble de la symptomatologie et de la pathogénie de ces lésions s'impose. Distincts en effet des tumeurs et destinées à en être différenciés aussi longtemps qu'on n'aura pas péremptoirement démontré la nature infectieuse des sarcomes et des autres tumeurs, ces nodules sont, les uns des tubercules, d'autres des syphilomes ou des productions lépreuses, d'autres enfin, mal délimités, des résultats d'une endo-infection ou auto-intoxication quelconque, car nous ne croyons pas que tout granulome se range forcément dans les étiologies précédentes.

1° GRANULOMES SYPHILITQUES. — Il arrive fréquemment que les iritis syphilitiques graves se compliquent de l'apparition de nodosités brunâtres, de nombre, et de siège variable. On a soutenu que le tubercule se développait plus spécialement dans la région du grand cercle : mais il est démontré aujourd'hui, par de nombreuses observations, que le siège de la production syphilitique tout au moins est absolument indifférent, et nous en avons vu, quant à nous, aussi bien sur le petit cercle que sur le grand cercle irien.

On a quelquefois appelé *gommies* les lésions qui nous occupent. Il existe (Widder) de véritables gommies de l'iris avec tendance à la fonte caractéristique. Mais il faut reconnaître que les granulomes spécifiques si souvent observés au cours d'une iritis ne manifestent en général rien de semblable : il s'agirait donc plutôt, d'une *papule* irienne (Desmarres) que d'une gomme, dans la majorité de cas, bien que les différences histologiques ne soient peut-être pas fondamentales (Virchow, Colberg). L'époque d'apparition est souvent précoce, coexistant avec l'iritis : mais on sait qu'il peut y avoir des cas de gommies tertiaires précoces, et cet argument n'a pas une valeur absolue. Chez de petits enfants, avec ou sans signes d'hérédosyphilis, on peut voir apparaître, souvent



sans iritis, des nodules brunâtres sur l'iris, qui n'entraînent que peu ou pas de réaction.

Bien soignées par le mercure, surtout en injections intramusculaires quotidiennes d'huile biiodurée (Panas), les papules iriennes disparaissent en quelques jours, en laissant l'iritis même amendée, mais, comme nous l'avons signalé, au cours d'un traitement qui fait disparaître la lésion d'un côté, une semblable peut apparaître aussi *intense* du côté opposé. L'iodure semble inefficace, employé seul. Les frictions mercurielles seront substituées aux injections, si ces dernières ne peuvent être mises en œuvre.

LES GOMMES DU CORPS CILIAIRE sont une affection rare et d'une grande gravité. Il peut se produire, comme sur l'iris, des tumeurs papuleuses, et de véritables gommages à tendance caséuse rapide pouvant même ulcérer et perforer la sclérotique. Ces lésions ont été observées d'abord par von Hippel, puis par Woinow, Barbar, Loring, Alt, Panas et Nitot (1), Fuchs, Scherl et Ostwalt (2). Nous avons spécialement décrit (3) les gommages ciliaires survenant comme accident de *tertiarisme précoce*, et Gallenga en a depuis publié des observations.

La gomme du corps ciliaire apparaît soit de longues années après le chancre, soit dans les trois premières années. Dans les cas précoces il s'agit presque toujours de sujets jeunes, dyscrasiés et souvent alcooliques.

La gomme du corps ciliaire est précédée, accompagnée ou suivie d'autres accidents graves (gommages cutanées et profondes, périostites, cirrhoses, etc.).

Elle apparaît tantôt comme complication d'une iritis grave, tantôt primitivement. Elle s'accompagne assez rapidement de perforation de la sclérotique, siégeant plus souvent en dehors. Si le sujet n'est pas soumis à un traitement intensif, et quelquefois malgré le traitement s'il est très dyscrasié, l'atrophie de l'œil est définitive. C'est dire que le pronostic est toujours grave.

Le diagnostic sera fait avec la scléro-choroïdite antérieure, avec les papules syphilitiques de la conjonctive et les gommages épisclérales. Dans le cas d'une gomme tardive, en l'absence de tout autre signe de syphilis, quelquefois ignorée du malade, on évitera de confondre avec la tuberculose, ou même avec un sarcome ciliaire, qui entraîne des phénomènes glaucomeux.

Le traitement général sera conduit avec vigueur. On emploiera systématiquement dans ces cas si graves les injections mercurielles,

(1) NITOT, Contribution à l'histoire de la syphilis et de la tuberculose oculaires, des gommages syphilitiques de l'iris et du corps ciliaire, thèse de Paris, 1880.

(2) OSTWALT, *Rev. gén. d'opht.*, 1895.

(3) A. TERSON, Les gommages précoces du corps ciliaire (*Arch. gén. de méd.*, 1894, et *Congrès de Paris*, 1896).

soit sous forme d'huile biiodurée, soit sous forme de calomel. Ces dernières ont donné à Gallenga et à nous-même de remarquables succès.

L'atropine sera également instillée, trois à quatre fois par jour.

2° LÉPROMES. — On voit assez souvent, au cours de la lèpre tuberculeuse de la scléro-cornée, des iritis plastiques se développer, récidiver fréquemment et reboucher ordinairement les pupilles artificielles faites dans un but optique et antiphlogistique. D'autres fois, les boutons scléro-cornéens, farcis de bacilles de Hansen, finissent par infiltrer l'angle de la chambre antérieure et par provoquer une éruption lépreuse sur la base de l'iris.

Le traitement reste celui de la lèpre scléro-cornéenne, avec adjonction de l'iridectomie pour éviter l'occlusion pupillaire totale; on pratiquera l'opération dans les accalmies de l'inflammation.

3° On a signalé des GRANULOMES reconnaissant comme point de départ des *poils de chenilles*, tout comme sur la conjonctive et les paupières.

4° TUBERCULES IRIENS ET CILIAIRES. — Les premiers tubercules iriens ont été signalés par Gradenigo (1869) et Arcoleo, avec leurs détails anatomo-pathologiques: mais un certain nombre d'auteurs avaient pressenti, avant eux (1), la nature tuberculeuse de certaines tumeurs iriennes. Berthold, Perls, Manfredi, Parinaud, Haab, et bien d'autres, ont rapporté de nouveaux cas.

L'ensemble des cas de guérison spontanée a été rapporté par Van Duyse (2).

Au point de vue clinique, le tubercule de l'iris se présente sous deux formes: l'une miliaire, caractérisée par une série de petits tubercules disséminés sur la face antérieure de l'iris, l'autre conglobée, solitaire. Dans certains cas atténués, la guérison peut se produire, seule ou après un traitement spécial, et l'expérience confirme les données de la clinique (Haensell, Deutschmann, Van Duyse). La tuberculisation du reste de l'organisme est donc loin d'être fatale (de Wecker) ou elle existe déjà.

Dans les cas graves, le tubercule a une marche envahissante, la cornée se trouble, se perforé, et un fungus tuberculeux est constitué.

Le tubercule du corps ciliaire revêt souvent la forme conglobée, lente dans certains cas, de marche envahissante dans d'autres, entreprenant le corps vitré et la rétine, et finissant par perforer l'œil, le plus souvent en haut, au point faible de l'insertion du droit supérieur. Un semis tuberculeux accompagne quelquefois le tubercule ciliaire rétro-iridien.

Au point de vue anatomo-pathologique, les tubercules irido-ciliaires offrent la structure classique: les bacilles s'y rencontrent, après une recherche longue et difficile. L'inoculation du tubercule

(1) V. BOSSIS, La tuberculose irienne, thèse de Paris, 1893.

(2) VAN DUYSSE, *Arch. d'opht.*, 1892.



rien tuberculise généralement les animaux, ce qui est la meilleure démonstration de sa nature. Les dernières recherches de Kostentitch (1) ont fixé de nombreux points du développement histologique du tubercule irien. Les cultures stérilisées, contenant des *bacilles morts*, sont encore très virulentes. (Maffucci.)

L'origine du tubercule irien peut être *exogène* ou *endogène*. Il y a des cas (Haab, Fuchs) de traumatisme ayant contaminé l'œil, et Treitel cite une blessure oculaire par une paille, comme ayant entraîné une tuberculose irienne. C'est le mécanisme expérimental. D'autre part, le bacille tuberculeux, démontré à l'état latent dans des fosses nasales saines (Straus), pourrait exister aussi dans les mêmes conditions sur la conjonctive. Il y a peut-être là une source d'infection sur laquelle on a point insisté.

Parfois la tuberculose paraît *primitive*, le sujet ne présentant ni tuberculose pulmonaire ni tuberculoses locales. Dans des cas plus fréquents, il y a des tuberculoses locales (lupus, ulcérations aux jambes, etc.).

Il existe enfin probablement des *pseudo-tuberculoses* iriennes, dont l'étude expérimentale et clinique reste à faire.

Le *traitement* a été longtemps discuté. En aucun cas, tant qu'il n'y a pas de fungus tuberculeux, on n'interviendra par l'énucléation. On donnera, avec succès dans les formes *discrètes* et *lentes*, la créosote, le gâïacol (Vignes), l'iodoforme à l'intérieur, surtout dans les cas où de *nombreux* granulomes contre-indiquent toute intervention partielle. S'il y a une tuberculose du reste de l'organisme, le même traitement exclusivement médical sera suivi. Mais, chez un sujet n'ayant que des tuberculoses locales, ou aucune trace de tuberculose autre que la tuberculose irienne, on interviendra après insuccès du traitement précédent, *comme on a le droit de le faire dans toute tuberculose locale* essentiellement chirurgicale, en enlevant le tubercule et le morceau d'iris qui lui donne naissance. Malgré quelques opérations infructueuses, cette conduite a donné des résultats remarquables et durables dans plusieurs cas (Treitel, de Wecker, Terson père, Laqueur). Expectation dans les formes multiples, discrètes ou accompagnées de phénomènes généraux, ablation d'un tubercule solitaire et bien limité, énucléation s'il y a fungus; dans tous les cas, traitement antituberculeux que l'on fait précéder d'un traitement antisyphilitique pour éviter une erreur de diagnostic, telle paraît la conduite thérapeutique rationnelle.

La tuberculine a été essayée, sans résultats sûrs.

**Parasites de l'iris et de la chambre antérieure.** — On a observé des *cysticerques* dans la chambre antérieure, avec leur aspect caractéristique (tête, col), le tout animé de mouvements spontanés,

(1) KOSTENTITCH, *Arch. de méd. exp.*, 1893.

ou provoqués par les mouvements de la tête du malade, la lumière vive, ralentis par l'atropine) (fig. 50). Des phénomènes inflammatoires et l'occlusion pupillaire accompagnent bientôt, comme dans le corps vitré, l'évolution du parasite. Dans ces conditions, au lieu, à moins de lésions avancées et très vastes, de s'arrêter à des moyens tels que l'électrolyse, il semble qu'il vaut mieux intervenir par l'ablation du parasite et du fragment irien correspondant, dès que l'animal est reconnu.

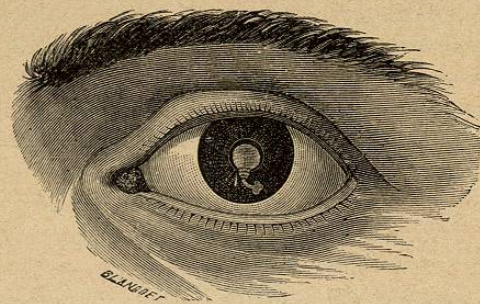


Fig. 50. — Cysticerque de l'iris.

La *filaire de Médine* (1) a été également constatée dans la chambre antérieure.

**Terminaison.** — La terminaison des iritis légères est le plus souvent favorable, mais rarement l'acuité visuelle récupère son intégrité : les déformations pupillaires, même sans synéchies, les dépôts pigmentaires persistent souvent et l'affaiblissent. Des *troubles de la réfraction*, variant de jour en jour, et consistant en myopie et astigmatisme, attribuables à un spasme du muscle ciliaire, ont été signalés par Green, Mittendorf, Oliver (2).

D'autres fois des complications graves se produisent, et, dans certains cas, la perte de l'œil les suit.

1° Le *glaucome secondaire*, assez fréquent si la pupille s'est complètement bouchée : l'iris distendu par l'humeur aqueuse, en tomate (Panas), bombe sous sa pression et quelquefois même va adhérer à la rainure de filtration : presque toujours la lésion est opératoirement curable.

2° L'*opacification du cristallin* à la suite d'une iritis n'est pas très rare, quand il s'agit de sujets âgés.

3° L'*atrophie* plus ou moins complète de l'iris, réduit à une couche trouée de tissu cicatriciel.

4° La *suppuration* du corps vitré, fréquente dans l'irido-cyclite suppurée, et entraînant l'atrophie de l'œil.

(1) Consulter VAN DUYSSE, *Arch. d'opht.*, 1895.

(2) OLIVER, *Ann. d'ocul.*, 1893.



5° Le *décollement rétinien*, caractérisé par l'apparition d'une hypotonie extrême, l'affaissement et la disparition de la chambre antérieure, enfin une atrophie douloureuse assez rapide du globe.

**Diagnostic.** — L'examen rigoureux à l'éclairage oblique, avec deux loupes, évitera la confusion avec une conjonctivite ou une sclérite sans iritis.

Le glaucome primitif est caractérisé par la dilatation pupillaire et la *dureté extrême du globe*. On se méfiera des synéchies qui accompagnent quelquefois très tardivement les anciens glaucomes ou qui précèdent le glaucome secondaire.

Les restes de la *membrane pupillaire* sont *extensibles*, et partent de la face antérieure de l'iris.

Les pupilles déformées de certains sujets, de myopes extrêmes, de tabétiques, seront caractérisés par l'absence de réaction inflammatoire.

Le diagnostic *étiologique* est de toute nécessité pour établir le traitement sur des bases solides : l'examen complet du malade et de ses urines est alors indiqué.

Quant au *diagnostic* entre l'*iritis* et la *cyclite*, les douleurs plus faibles, la moindre durée de la maladie, l'absence de complications postérieures feront penser plutôt à une iritis simple : mais il n'y a qu'une question de degré.

Nous retrouverons, en étudiant les tumeurs intra-oculaires, le diagnostic des granulomes et néoformations ciliaires avec les vraies néoplasies.

Il importe enfin de noter, surtout pour l'*iritis* plastique, qu'on ne peut se fier à aucun caractère spécial certain (couleur cuivrée, etc.) pour diagnostiquer l'étiologie syphilitique ou autre de l'*iritis*.

#### TRAITEMENT DES IRIDO-CYCLITES.

On doit lutter par un traitement *général* contre l'*endo-infection* originelle, par un traitement *local* contre la tendance à l'occlusion pupillaire et aux dépôts sur le cristallin.

On instillera un mydriatique à la dose de trois à quatre gouttes chaque fois, *trois et quatre fois par jour*, dans les cas graves. On peut aussi employer les pommades souvent plus actives à doses égales. On évitera toujours, suivant une pratique dangereuse, de faire fondre le sel en nature dans le cul-de-sac conjonctival. On abaissera la paupière inférieure (au lieu d'instiller dans l'angle de l'œil) et on se servira d'un compte-gouttes aseptisé et de collyres stérilisés : on évitera d'instiller concurremment un myotique (toujours d'action comparative insignifiante) pour établir avec le mydriatique un jeu de bascule. Le sulfate d'atropine, le sulfate de duboisine (aux doses de 5 centigr. pour 10 gr.) sont les plus employés : s'il y a

de la *conjonctivite atropinique*, sur la nature de laquelle on est loin d'être fixé et qui ne semble pas toujours due à une contamination du collyre, on instillera deux fois par jour le bromhydrate de scopolamine (Raehlmann) à 1 p. 300, plus actif. On comprimera pendant l'instillation (ou on renversera le point lacrymal inférieur) le sac chez les *enfants*, à cause des dangers d'intoxication de tous les mydriatiques, et on étudiera régulièrement, chez les *vieillards*, la tension de l'œil. La cocaïne, instillée *séparément* avant les mydriatiques usuels, augmente leur effet. Si la pupille ne cède pas ou s'il y a une hypertension marquée, on n'hésitera pas à pratiquer la paracentèse ou mieux une sclérotomie (jamais une iridectomie) qui a une action analgésique très marquée : les mydriatiques (cocaïne) agissent alors beaucoup mieux : ils seront continués jusqu'à cessation des phénomènes inflammatoires.

On fera aussi deux à trois fois par jour des applications prolongées de gâteaux d'ouate trempés dans une infusion de camomille très chaude. Les injections de morphine, les sangsues, la révulsion à la tempe, sont indiquées dans les cas très douloureux. Le port de conserves fumées munies ou non d'une rondelle d'ouate derrière le verre est en général supérieur au bandage ouaté, souvent mal toléré. L'hypopion et l'hypohéma ne seront guère évacués que s'ils dépassent la pupille.

Les purgations, les sudations par les boissons chaudes et le drap mouillé, sont préférables (Panas) aux injections de pilocarpine. On surveillera toujours attentivement l'état de l'autre œil.

S'il y avait une plaie ou une ulcération cornéenne entraînant l'*iritis*, les instillations de bleu d'éthyle, les onctions iodoformées et la cautérisation ignée sont indiquées. La synécho-iridectomie sera utile, lorsque l'*iritis* aura guéri, en laissant une synéchie *antérieure*.

On pratiquera le traitement de l'ophtalmie sympathique pour une irido-cyclite de cette nature.

En présence d'une iritis, on recherchera avec le plus grand soin l'étiologie : les foyers infectieux, dentaires, nasaux (Ziem), utérins, urétraux, toute intoxication au niveau des voies digestives, seront soignés.

L'*iritis* blennorragique sera traitée à l'intérieur par les balsamiques, la térébenthine, le salicylate de lithine : mais ces moyens généraux ont peu d'effet.

Dans l'*iritis syphilitique*, le traitement peut avoir, bien conduit, une efficacité merveilleuse. Les frictions (au cours desquelles on surveillera l'antisepsie de la bouche, le brossage des dents et l'ablation du tartre [Panas], au lieu de se fier au chlorate de potasse d'un effet nul sans les précautions précédentes) seront souvent remplacées avec avantage par les injections d'huile biiodurée à 4 p. 1000, selon la méthode de Panas. La préparation, assez délicate, nécessite des