

de même. La tuberculose, la scrofule se présentent plutôt chez les enfants.

La syphilis dans la moitié des cas, le rhumatisme et la goutte, dans un tiers, chez les adultes et les vieillards, ont une action prépondérante. Le diabète et l'albuminurie, la variole, le typhus ont été incriminés.

La blennorrhagie, surtout chez les rhumatisants, est une cause rare, mais réelle d'iritis.

Les troubles sexuels chez la femme sont relativement fréquents. Trousseau et d'autres ont cité des observations démonstratives. L'un de nous a publié un cas d'irido-choroïdite à la suite d'un avortement et un autre après l'accouchement. Grandclément a indiqué l'uvéite, de Wecker l'iritis métritique que nous rencontrons fréquemment; de Lapersonne a noté des troubles iritiques vers la ménopause.

Certaines causes banales, comme le froid, une émotion, sont parfois mises en avant; l'inflammation sympathique envahit d'ordinaire tout le tractus uvéal.

Divisions. — L'iritis présente des formes variées, au point de vue anatomique ou étiologique.

La division étiologique est très utile, mais la division anatomique plus simple. Nous les suivrons toutes deux et après avoir considéré, d'une part, des iritis plastique, séreuse, purulente et hémorragique, nous étudierons, d'autre part, les iritis d'origine syphilitique, rhumatismale, scrofuleuse, tuberculeuse, etc. Ces diverses iritis sont primitives; les iritis secondaires sont consécutives aux kératites, sclérites, choroïdites, tumeurs, etc.

§ 363. **Iritis séreuse.** — En dehors de l'infiltration de l'iris, elle est caractérisée par du trouble de la chambre antérieure (*aquo-capsulite*), son élargissement, et surtout par un fin pointillé résultant des dépôts exsudatifs qui recouvrent la face postérieure de la cornée; des produits cellulaires ou pigmentaires accumulés vers sa partie périphérique, peuvent simuler de l'hyopyon. Quand la pupille est obstruée, l'iris est propulsé par le fait de la production dans la chambre postérieure

de l'humeur aqueuse qui ne peut se frayer un chemin vers la chambre antérieure; celle-ci alors diminue et il peut survenir des accidents glaucomateux.

Des troubles exsudatifs variables existent souvent du côté de la chambre postérieure, du corps ciliaire et du vitré. Cette diffusion inflammatoire habituelle porte à considérer l'iritis séreuse moins comme une simple iritis que comme une manifestation générale localisée sur le tractus uvéal.

Il s'agit en l'espèce d'une lymphangite oculaire (Knies) qu'on rencontre, dans la blennorrhagie et le rhumatisme, au même titre que les localisations articulaires ou cardiaques.

Les patients accusent une douleur parfois excessive, de la photophobie, des troubles visuels marqués, pouvant aller jusqu'à la cécité complète. On remarque en outre de la vascularisation, une notable hypertonie. A l'éclairage oblique, surtout avec la loupe, apparaît un fin pointillé sur la membrane de Descemet. Ce pointillé profond, les troubles de la chambre antérieure et ceux de l'iris, avant et après mydriase, sont caractéristiques de l'iritis séreuse.

Le *traitement* est général et local: alcalins, antiseptiques, mydriatiques; au besoin, s'il y a hypertonie, une paracentèse et l'iridectomie, celle-ci pouvant devenir ultérieurement nécessaire à cause de l'occlusion de la pupille ou des manifestations glaucomateuses.

§ 364. **Iritis plastique.** — Cette iritis est aiguë, subaiguë ou absolument chronique. Elle est caractérisée par des exsudats, qui sont constitués par des éléments lymphoïdes, des débris pigmentaires, de la fibrine. Ils occupent la chambre antérieure, la surface irienne, mais surtout le bord pupillaire. Grisâtres ou gris jaunâtre, ils font adhérer le sphincter irien à la capsule antérieure du cristallin et constituent des *synéchies postérieures*. Accumulés en bas, dans la chambre antérieure, ils peuvent aussi agglutiner l'iris et la face postérieure de la cornée en formant des *synéchies antérieures*. Le champ pupillaire peut en être complètement obstrué. Dès lors l'humeur aqueuse s'amasse derrière l'iris qui, adhérant au centre et

à la périphérie, se bombe, se godronne, s'ombilique (*iris en tomate*).

Les altérations propres de l'iris portent sur ses épithéliums, son stroma et ses vaisseaux; il s'agit des exfoliations endothéliales, de l'infiltration lymphoïde et de la congestion que nous avons déjà indiquées.

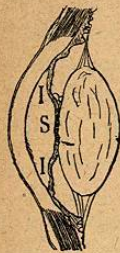


FIG. 40.
Iritis exsudative.

I, iris adhérent;
S, pupille obstruée.

Les lésions iriennes, très étendues et diffuses dans les formes aiguës, sont beaucoup moins marquées dans les formes subaiguës et presque nulles dans les formes chroniques. On constate de très larges exsudats pupillaires ou simplement de fines adhérences irido-capsulaires (uvéite de Grandclément). Les adhérences sont plus ou moins résistantes suivant leur degré d'organisation et surtout manifestes sous l'action des mydriatiques. La pupille est alors très irrégulière, crénelée, cordiforme, elliptique, etc. L'iris, dans les formes chroniques, finit par dégénérer,

s'atrophier; il devient terne, aminci, comme fripé. Des troubles exsudatifs se manifestent dans les chambres et il survient, dans les cas graves ou anciens, des troubles trophiques du côté du cristallin ou de la choroïde.

Si l'iritis, au contraire, guérit rapidement, si surtout, par un traitement actif, on évite les synéchies, l'iris reprend sa physionomie normale et il ne reste bientôt aucune trace inflammatoire notable.

L'*iritis aiguë*, qu'on rencontre surtout dans le rhumatisme et la syphilis, offre des symptômes parfois très vifs. Il y a beaucoup de douleur oculaire et péri-orbitaire. La vision est fortement diminuée. Photophobie, larmoiement, rougeur diffuse du globe. Le cercle périkératique est toujours marqué. À l'éclairage oblique, la cornée est transparente, mais l'iris terne, comme dépoli; la pupille, entourée d'un cercle rouillé, paraît louche, peu mobile, encombrée d'exsudats grisâtres ou brunâtres. Après action des mydriatiques, cette pupille est irrégulière. La tension peut être augmentée.

L'*iritis subaiguë*, d'origine syphilitique ou encore rhumatismale, est moins fréquente, dans ses manifestations générales ou locales. Peu de douleur, conjonctive à peine injectée, mais cercle périkératique manifeste. Iris légèrement terne, pupille avec exsudats légers et décoloration irrégulière.

L'*iritis chronique*, souvent sexuelle, est torpide. L'iris est un peu décoloré, et la pupille, paresseuse, présente de forts exsudats grisâtres ou brunâtres qui gênent sa dilatation à la lumière ou après les mydriatiques. Le début est insidieux, l'évolution lente, et les malades ne s'aperçoivent parfois de leur affection qu'à la diminution de la vue.

La marche de l'iritis aiguë est rapide. Après quelques jours, les phénomènes morbides s'amendent et on arrive à l'état subaigu. Celui-ci peut toutefois survenir d'emblée. Il en est de même de l'état chronique. En dehors des formes aiguës bénignes, il persiste des adhérences irido-capsulaires fâcheuses. Des poussées successives peuvent alors se produire (*iritis à répétition*), entraîner des complications profondes, cyclite, choroïdite, glaucome, et nécessiter diverses interventions opératoires, paracentèse, iridectomie.

L'iritis plastique est donc une affection grave. Les formes aiguës ou subaiguës bien soignées sont les moins fâcheuses; l'iritis chronique ou à répétition diminue progressivement la vision. Les complications du côté du corps ciliaire et de la choroïde menacent la nutrition du cristallin et celle du globe tout entier.

On doit savoir, au premier coup d'œil, distinguer l'iritis aiguë et subaiguë de la conjonctivite. Les douleurs péri-orbitaires, la couleur carminée, la finesse et surtout la disposition profonde et périkératique des vaisseaux, la constatation de l'état de l'iris et de la pupille, ne doivent pas permettre de méconnaître l'iritis. Dans la forme chronique, l'examen à l'éclairage oblique et à la loupe montreront les exsudats pupillaires, la dégénérescence de l'iris; les mydriatiques, enfin, indiqueront la puissance des adhérences, leur siège et leur étendue.

Le traitement est symptomatique et causal. Le rhuma-

tisme, la syphilis, les troubles utérins fournissent les indications générales. Le mercure, en onctions ou en injections sous-conjonctivales, est résolutif dans la forme subaiguë. On dilatera la pupille pour rompre les adhérences récentes ou légères. Les paracentèses, l'iridectomie seront appliquées dans les cas d'hypertonie ou d'obstruction pupillaire. La douleur sera calmée par les opiacés, l'antipyrine et les ventouses Heurteloup. Les sangsues à la tempe, les scarifications conjonctivales sont enfin utiles dans les formes très congestives ou à répétition.

§ 365. **Iritis hémorrhagique.** — Cette forme est consécutive aux précédentes et surtout à l'iritis plastique. Le sang vient de l'iris même ou du corps ciliaire, sous l'influence d'une congestion intense, de l'artério-sclérose, du diabète, etc. Il peut aussi, à la suite d'un coup, d'une blessure, de l'opération de la cataracte, se former un épanchement sanguin qui provoque de l'iritis.

Les symptômes de l'affection sont parfois bruyants. Dans une iritis violente, il survient de vives douleurs, de la photophobie et la vision s'obscurcit beaucoup. D'ordinaire cependant le sang épanché dans la chambre antérieure n'en traîne aucune conséquence fâcheuse. Il se résorbe rapidement et peut même se reproduire et disparaître plusieurs fois de suite. L'hémorrhagie peut être faible ou bien abondante et remplir la chambre antérieure. La guérison est la règle dans tous les cas. L'hyphéma que l'on constate à l'éclairage oblique caractérise l'iritis hémorrhagique.

Il importe de rechercher la cause de l'épanchement sanguin, soit dans l'état des vaisseaux, soit dans un traumatisme. Le pronostic en dépend. Le *traitement* comprend les mydriatiques, les ventouses, au besoin une paracentèse, enfin, quand il y a lieu, une médication générale appropriée.

§ 366. **Iritis purulente.** — Elle est caractérisée par une suppuration qui a son siège dans l'épaisseur de l'iris ou à sa surface.

L'inflammation est vive. La conjonctive paraît rouge, chémo-

tique, les vaisseaux sont très congestionnés; l'iris même est terne ou rougeâtre, irrégulier, parfois bosselé et comme gaufré; la pupille est plus ou moins atrésiée par une exsudation abondante, jaunâtre; la chambre antérieure est troublée par des produits grumelleux.

Bientôt tous ces phénomènes s'exagèrent, l'injection oculaire augmente, la cornée se trouble ou s'infiltré, la suppuration irienne s'affirme par un hypopyon.

L'*hypopyon* est d'aspect et de consistance variables, blanc jaunâtre ou jaune, visqueux, bourbillonneux. Il siège dans la portion déclive de la chambre antérieure, qu'il emplit plus ou moins, parfois en totalité. L'exsudat purulent tapisse en partie l'iris, obstrue complètement la prunelle. On y rencontre les agents pyogènes habituels de la suppuration, streptocoques, staphylocoques, etc.

Le degré d'infection et la résistance des milieux dirigent l'iritis vers la résolution ou les complications. Dans le premier cas, l'hypopyon diminue, la pupille se dégage, l'iris reprend du brillant, la congestion oculaire disparaît. Dans le second cas, la suppuration se propage à la choroïde, au vitré et aboutit à la panophtalmie. Généralement, l'irido-choroïdite purulente consécutive entraîne seulement l'occlusion de la pupille et l'atrophie du globe. Le glaucome et l'ophtalmie sympathique sont ici rarement à craindre.

L'inflammation irienne et l'hypopyon sont caractéristiques et ne permettent aucune hésitation dans le diagnostic. Le pronostic doit être, au début, très réservé; mais il devient généralement grave.

Quant au *traitement*, outre les moyens généraux appropriés à la cause originelle probable et l'onguent napolitain, il comporte les tampons chauds, l'atropine, des injections sous conjonctivales de sublimé, enfin une ou plusieurs paracentèses. L'iridectomie peut être même rendue nécessaire par le fait de la violence de l'inflammation ou des adhérences capsulaires consécutives.

§ 367. **Variétés étiologiques d'iritis.** — Ce sont surtout

les iritis syphilitique, rhumatismale, goutteuse, blennorrhagique, scrofuleuse, diabétique et sympathique.

L'*iritis syphilitique* se présente habituellement sous la forme plastique, subaiguë ou chronique. On l'observe à la période secondaire ou, sous forme de production gommeuse, à la période tertiaire et secundo-tertiaire. L'iritis syphilitique survient des deux côtés, simultanément ou à peu d'intervalle, dès le sixième mois de l'infection spécifique et plus tard.

Elle peut débuter sournoisement, sans réaction, par des adhérences irido-capsulaires. Le plus souvent il se produit un peu de rougeur périkératique, de la pesanteur péri-orbitaire et un trouble assez considérable de la vision. Les exsudats pupillaires sont assez épais et, à moins d'un traitement énergique et rapide, produisent des adhérences, des irrégularités, parfois des atrésies pupillaires persistantes. On a signalé des excroissances iriennes cuivrées caractéristiques, similaires des papules cutanées ou muqueuses. Les allures de l'iritis syphilitique, en dehors des lésions spécifiques concomitantes, n'ont rien de pathognomonique, sauf peut-être que l'iris apparaît très terne et boursoufflé.

Les vraies gommages de l'iris sont rares. Ce qui est fréquent dans la période secondaire, ce sont des condylomes, c'est-à-dire des productions qui se voient aux bord libre de la membrane irienne, au moment le plus aigu de la poussée d'iritis, et qui ont été souvent considérées à tort comme des gommages.

Les *gommages* se montrent parfois à la période secundo-tertiaire. Vers un ou plusieurs points de l'iris, le parenchyme se gonfle, se tuméfie, se recouvre de fins vaisseaux et prend une teinte grisâtre ou jaunâtre. Les tumeurs gommeuses sont plus ou moins nombreuses et volumineuses; elles entraînent une irritation oculaire marquée et toujours une destruction scléreuse des parties affectées de l'iris.

Les troubles visuels sont en rapport avec les désordres produits, et suivant le volume, le siège, les altérations condylomateuses ou gommeuses. Ces tumeurs restent pathognomoniques de la syphilis.

L'importance des signes généraux concomitants est considérable, car la forme plastique ressemble à l'iritis plastique ordinaire, et les gommages peuvent simuler des sarcomes, des kystes perlés ou des tubercules. Les sarcomes, surtout à début ciliaire, sont isolés, évoluent sans iritis, se sillonnent de fins vaisseaux. Les kystes perlés succèdent au traumatisme. Les tubercules sont peu vasculaires, jaunâtres et entourés de petits tubercules miliaires.

Le traitement général sera pacifique et longtemps continué. Au point de vue local, tampons chauds, atropine, puis éserine, sangsues au besoin.

L'*iritis rhumatismale* survient au cours du rhumatisme aigu, chose assez rare, ou du rhumatisme chronique. On la voit aussi en dehors de toute poussée rhumatismale, chez des sujets simplement arthritiques.

Elle est généralement séreuse, apparaît insidieusement, sans fracas, et produit rapidement des exsudats, des adhérences irido-capsulaires. Moins communément que la forme précédente, elle prend des allures aiguës ou subaiguës et provoque de vives douleurs. La sclérotique et l'épiscière sont plus ou moins affectées, et la cornée est parfois intéressée au voisinage du limbe. Il survient enfin des poussées répétées qui produisent de nouvelles synéchies.

L'*iritis goutteuse* offre parfois une physionomie banale. Les iritis plastiques, syphilitiques et rhumatismales ont d'ailleurs souvent même aspect et mêmes allures; les symptômes généraux ou locaux diathésiques doivent alors guider le diagnostic.

L'*iritis blennorrhagique*, longtemps contestée, est aujourd'hui admise. Elle apparaît au cours de la blennorrhagie aiguë, subaiguë ou chronique. Ses allures sont vives, sa forme est plastique, séreuse ou mieux séro-plastique.

Dans les quelques faits que nous avons observés, les sujets présentaient, outre la blennorrhagie, des phénomènes articulaires manifestes. Il y aurait là une infection à distance analogue aux arthrites blennorrhagiques. On n'a cependant jamais constaté de gonocoques.

L'iritis scrofuleuse se montre dans la kérato-conjonctivite lymphatique, surtout dans les formes avec hypopyon, consécutivement aux perforations de la chambre antérieure. La forme habituelle est exsudative ou purulente. Chez l'adulte, et spécialement chez les femmes, il existe une forme plastique, chronique, sans rougeur ni poussées irritatives; progressivement alors la pupille arrive à se rétrécir, à se fermer, encombrée parfois d'exsudats qui empêchent toute vision; les adhérences irido-capsulaires peuvent être complètement rompues, chez de jeunes sujets, par les mydriatiques.

L'iritis tuberculeuse est plastique. On trouve une ou plusieurs petites tumeurs entourées de granulations miliaires, peu vasculaires. Les patients sont jeunes, enfants ou adolescents. Il coexiste parfois de la tuberculose choroïdienne, cutanée ou osseuse. Les mydriatiques, la chaleur sont indiqués. L'ablation des tumeurs par iridectomie a donné des résultats. L'énucléation, dans la tuberculose confluyente, peut même s'imposer. Traitement général antiscrofuleux et tonique.

L'iritis diabétique revêt d'ordinaire la forme plastique et se complique d'hypopyon. La fréquence de l'iritis dans le diabète serait assez grande pour légitimer l'examen des urines chez tous les malades, au même titre que dans la cataracte, la rétinite exsudative ou l'atrophie optique.

L'iritis albuminurique se rencontre aussi quelquefois.

L'iritis sympathique est exceptionnelle. Knies, dans un cas d'iritis séreuse double, constata qu'une infiltration lymphoïde s'étendait, d'un côté, de l'iris au fond de l'œil et le long des gaines optiques jusqu'au trou optique et, de l'autre, jusqu'au chiasma. Deutschmann aurait pu suivre les agents infectieux d'un œil à l'autre (ophtalmie migratrice). Il s'agit presque toujours, en l'espèce, d'irido-cyclite ou d'irido-choroïdite plutôt que d'iritis.

§ 368. **Complications des iritis.** — Les iritis plastiques peuvent, dans la forme séreuse, se propager du corps ciliaire à la choroïde, envahir le nerf optique et, dans la forme purulente, détruire le globe tout entier par panophtalmie.

Elles entraînent aussi des troubles de transparence de la

capsule ou du cristallin par dépôts pigmentaires et par opacification dystrophique de la lentille. Mais ce qui complique plus fréquemment l'iritis et en assombrit le pronostic, ce sont les adhérences irido-capsulaires. Elles méritent, à ce titre, une étude spéciale.

Les *adhérences irido-capsulaires* sont plus ou moins épaisses. Limitées souvent au bord pupillaire ou à la face postérieure du sphincter, elles s'étendent aussi très loin et peuvent même produire un accolement capsulaire total. Dans tous les cas, la pupille est irrégulière. Sous l'influence de l'atropine, les fibres adhérentes sont tendues, les autres rétractées et la pupille prend des formes diverses. Elle reste entièrement obstruée si l'occlusion est totale, mais, dans d'autres cas, elle devient linéaire, elliptique, étoilée, ovale, réniforme, etc. Parfois les adhérences faibles ou récentes se rompent et laissent un pointillé noirâtre sur la cristalloïde antérieure.

Ces adhérences, faibles au début, deviennent ensuite très fortes et définitives. Les fonctions pupillaires sont gênées; les tiraillements iriens qui résultent de l'accommodation sont une cause permanente d'inflammation. Aussi les rechutes sont-elles fréquentes (iritis à répétition.) Peut-être faut-il plutôt incriminer l'état général que les adhérences mêmes, car certains sujets ont des adhérences et pas de réaction et d'autres, des récidives sans adhérences; mais on est porté à leur attribuer une grande importance.

On a donc cherché à dégager l'iris. La corélyse, qui a pour but de détacher le sphincter irien, n'est guère employée, car elle peut provoquer une cataracte traumatique. On préfère l'iridectomie qui libère certains points, facilite la circulation de l'humeur aqueuse et peut-être aussi la nutrition générale de l'œil. Ces diverses opérations néanmoins ne sont pas toujours efficaces, et des iritis nouvelles se produisent souvent.

L'iridectomie semble malgré tout nécessaire, quand il existe une occlusion pupillaire totale, car l'humeur aqueuse s'accumule derrière l'iris, pousse, tire cette membrane et le