

corps ciliaire, en provoquant fréquemment des accès de glaucome ou de l'irritation sympathique. La seule précaution à prendre est de n'entreprendre l'opération que quand la dernière poussée iritique est éteinte depuis longtemps et que l'œil ne présente plus aucune réaction. Il faut attendre des mois et des années. Si l'on se hâte trop, on court grand risque de voir des exsudats se former dans la pupille nouvellement créée et de rendre ainsi l'intervention inutile.

§ 369. **Diagnostic des iritis.** — L'iritis isolée ou compliquée de troubles conjonctivaux et kératiques se reconnaît aisément à l'œil nu ou à l'éclairage oblique. La coloration de l'iris, la paresse ou la forme de la pupille, les adhérences irido-capsulaires, les exsudats sont significatifs. Le cercle périkératique et les douleurs périorbitaires doivent toujours faire songer à l'iritis. Dans la conjonctivite, les vaisseaux sont superficiels, forment une nappe rouge à grosses mailles qui diminuent de volume des culs-de-sac vers la cornée, tandis que dans l'iritis, les vaisseaux sont profonds, en réseau fin, et s'amincissent en s'éloignant du limbe.

Les troubles vasculaires de la kératite sont limités aux lésions cornéennes. Les douleurs ou la tension péri-orbitaire n'existent guère dans la conjonctivite ou la kératite. Non seulement on distinguera ainsi la conjonctivite de l'iritis, mais encore, dans les conjonctivites ou les kératites avec iritis, on fera la part de cette dernière.

Il importe enfin de reconnaître les formes anatomiques simples ou plastiques, purulentes, etc., comme les formes syphilitiques, rhumatisantes, goutteuses, blennorrhagiques, scrofuleuses, tuberculeuses, etc. Le plus souvent, l'état général, les antécédents et les lésions locales donneront le diagnostic différentiel. On sait d'ailleurs que la syphilis cause les deux tiers des cas; le rhumatisme vient ensuite, puis les autres états diathésiques ou infectieux.

L'iritis spécifique survient à la période secondaire de la syphilis et prend une allure subaiguë ou chronique en produisant des adhérences capsulaires. Les gommès à la pé-

riode tertiaire sont caractéristiques. L'iritis rhumatismale est plus aiguë, très douloureuse, à répétition.

L'iritis goutteuse se complique souvent d'épisclérite, de sclérite et alterne volontiers avec les fluxions péri-articulaires ou viscérales.

L'iritis métritique est chronique, insidieuse, à évolution torpide, et produit des adhérences fines et multiples.

Les autres iritis sont indiquées par l'état général. On doit ajouter que très souvent on met sur le compte de l'arthritisme et de la syphilis des iritis qui ne s'y rapportent guère.

La recherche du sucre ou de l'albumine dans des urines, la présence d'une blennorrhée, l'existence de troubles gastriques, etc., mettront parfois heureusement sur la voie du diagnostic étiologique.

§ 370. **Traitements des iritis.** — Le traitement des iritis est général ou local : local, il est le même, à peu près, pour toutes les formes; général, il diffère avec chacune d'elles.

Le *traitement local*, dans l'iritis aiguë ou subaiguë, a pour but de combattre la douleur, la congestion oculaire, d'éviter l'atrésie pupillaire, les adhérences capsulaires et de faciliter la nutrition du globe.

Dans les cas *aigus*, les sangsues sont très utiles; on en mettra cinq, dix, quinze, suivant les sujets, à la tempe et derrière l'oreille.

Les tampons chauds, l'onguent mercuriel simple ou belladonné sur le front, sont justement recommandés.

La cocaïne, l'atropine, la duboisine, seront prescrites à doses élevées et répétées, car la dilatation de la pupille est une condition de la résolution inflammatoire. On sera toutefois plus réservé si la tension de l'œil est excessive. Une paracentèse, dans ces cas et dans ceux où l'action des mydriatiques est insuffisante, devient alors nécessaire.

Les paracentèses sont indiquées dans l'iritis séreuse et purulente, s'il y a des exsudats trop abondants. Dans les iritis traumatiques infectieuses, suppuratives, avec infiltration cor-

néenne, le fer rouge et des injections sous-conjonctivales de subliné sont généralement très efficaces.

Dans les formes chroniques, métritiques, rhumatismales ou syphilitiques, les adhérences dominent la scène et exigent l'usage répété des mydriatiques. Des paracentèses, une large iridectomie seront pratiquées s'il persiste de l'inflammation ou s'il survient des menaces de glaucome.

Le traitement général est toujours rationnel pour lutter contre la cause constitutionnelle de l'iritis.

Dans le rhumatisme, on prescrira le salicylate de soude ou de lithine, les purgations, l'iodure de potassium, la pilocarpine, des sinapismes aux jambes, des mouches de Milan aux tempes, etc.

Dans la syphilis, on administrera le mercure en frictions, en injections intra-musculaires ou intra-veineuses.

Dans les états métritiques, blennorrhagiques, etc., le traitement utérin ou uréthral sera un précieux adjuvant.

Y a-t-il enfin irritation sympathique? On pratiquera l'iridectomie ou l'énucléation de l'œil primitivement malade.

III. — Tumeurs.

§ 371. Les tumeurs de l'iris sont bénignes ou malignes. Nous étudierons les kystes, mélanomes, angiomes, granulomes, gommés, tubercules, lipomes, parmi les premières; les sarcomes, parmi les secondes.

Les kystes se divisent en : perlés, séreux et à cysticerques.

Les kystes perlés (Monoyer, Masse) sont de petites élevures grisâtres, à contenu épithélial, à développement lent, consécutives à des traumatismes accidentels ou opératoires, parfois très anciens (Gayet). Ce sont de véritables greffes de cellules épithéliales produites sur l'iris par le traumatisme (Masse) ou l'irritation de corps étrangers aseptiques (Sattler).

L'expectation, si la tumeur est petite et bien tolérée, paraît à conseiller; dans le cas contraire, on pratiquera l'ablation simple ou avec iridectomie.

Les kystes séreux sont analogues aux précédents, mais à contenu liquide. Leurs parois sont constituées par le tissu irien doublé d'épithélium. Ils ont l'aspect de bulles grisâtres. Leur développement est plus rapide que celui des précédents; il peut survenir de l'iridocyclite, du glaucome. L'ablation s'impose de bonne heure.

Les kystes hydatiques sont exceptionnels et doivent être extirpés. La nature du liquide et la présence des crochets, le cas échéant, deviennent caractéristiques.

Les mélanomes correspondent à des taches, des nævi pigmentaires plus ou moins saillants. On ne doit les enlever que s'ils menacent de se développer et de prendre les allures des tumeurs mélaniques malignes.

Les angiomes, très rares, paraissent encore mal connus.

Les granulomes sont d'origine traumatique, de structure embryonnaire, très vasculaire, d'aspect rougeâtre (Panas). On y rencontre parfois des corps étrangers. Si la tumeur est volumineuse ou provoque des complications oculaires, on en pratiquera l'ablation.

Les gommés surviennent dans les syphilis graves à la période secundo-tertiaire, se montrent surtout autour de la pupille et coïncident avec une poussée d'iritis plus ou moins légère. Elles constituent de petites tumeurs grisâtres ou gris rougeâtre parfois agglomérées. Leur structure est celle des gommés en général : petites cellules, noyaux, substance granuleuse, beaucoup de vaisseaux. La résorption est la règle, mais l'iris reste, à leur niveau, atrophié.

Le traitement spécifique doit être énergique et prolongé. Nous nous sommes bien trouvés des injections sous-conjonctivales de subliné. Les mydriatiques sont indispensables, les sangsues, une paracentèse même seront utiles si l'inflammation est excessive ou s'il éclate, comme il arrive chez les vieillards, de l'hypertonie.

Les tubercules constituent de petites élevures grisâtres ou gris jaunâtre, presque translucides, que l'on observe chez les jeunes sujets tuberculeux et qui se développent en divers

points de l'iris, provoquant une iritis diffuse, de l'iridocyclite plastique et finalement l'atrophie du globe. L'hypopyon, la perforation du globe s'observent fréquemment. Les tubercules sont généralement *multiples*, mais on rencontre aussi des tubercules *solitaires*.

Les tubercules iriens constituent des tuberculoses *secondaires*, consécutives aux infections tuberculeuses d'autres régions, poumons, ganglions, articulations. On admet cependant qu'ils peuvent réaliser des tuberculoses locales *primitives*. Dans ces cas, on ne trouve pas d'autre région infectée et les sujets jouissent d'une bonne santé. Certaines formes isolées représentent des tuberculoses *atténuées*, car la guérison spontanée, sans infection générale, est survenue par régression complète.

On constate, dans tous les cas, avant la période de ramollissement, la structure du tubercule avec ses cellules géantes et ses cellules épithélioïdes et souvent la présence du bacille de Koch. L'inoculation en série représente le véritable critérium diagnostique.

L'âge, les antécédents des sujets, les lésions concomitantes, l'aspect gris jaunâtre des tumeurs et surtout l'examen anatomique et biologique, permettront de distinguer le tubercule, de la gomme, du sarcome, des kystes.

Le pronostic est grave, car la tuberculose devient souvent générale. Il faut tenir compte cependant des tuberculoses atténuées. Dans les tubercules iriens diffus, disséminés, multiples, avec manifestation d'un état général tuberculeux, l'expectative est la règle. Le ramollissement, la suppuration, les douleurs conduiront à l'énucléation. Dans les tubercules isolés, la guérison spontanée est possible. Terson a publié un cas de guérison par iridectomie. Un traitement local et général actif est toujours avantageux.

Les *lymphomes* ont été observés dans la leucocythémie ou la lymphadénie. Ils sont analogues aux tubercules, mais ne suppurent pas. L'état général et la marche permettent, sinon de les reconnaître, au moins de les soupçonner.

Les *lépromes* succèdent généralement aux lésions similaires du limbe et siègent, au début, à la périphérie. Le bacille de Hansen est pathognomonique.

Les *sarcomes* représentent des tumeurs arrondies, gris noirâtre, qui apparaissent sur la face antérieure de l'iris et se développent assez rapidement, en provoquant des phénomènes irritatifs ou glaucomateux qui amènent, à la longue, la destruction de l'œil.

On les observe chez l'adulte et chez l'enfant. Leur structure est celle des mélanosarcomes : cellules embryonnaires, rondes ou fusiformes, vaisseaux, pigment abondant. Les leuco-sarcomes sont rares.

Le sarcome de l'iris est presque toujours secondaire, consécutif au sarcome ciliaire ou choroïdien. On le distingue du tubercule et de la gomme à l'absence de lésions concomitantes, à son aspect noirâtre, à son origine ciliaire et à son défaut de régression ou de suppuration. L'ablation hâtive et totale est de rigueur. L'iridectomie, au début, peut suffire si le corps ciliaire est envahi, l'énucléation est absolument nécessaire pour éviter la généralisation néoplasique.

IV. — Anomalies congénitales.

§ 372. L'iris présente de fréquentes anomalies de coloration, de forme, de structure; il peut être aussi incomplètement développé ou absent.

La *persistance de la membrane pupillaire* est constituée par des vestiges de la membrane vasculaire de Wochendorff non résorbée. Ce sont de petits filaments qui recouvrent l'iris en divers sens, ou qui, rompus, flottent dans la pupille; ils peuvent adhérer à la capsule cristallinienne. Ces filaments sont d'origine vasculaire et plus ou moins pigmentés. Ils s'implantent en dehors du sphincter et laissent généralement à celui-ci toute sa mobilité, ce qui les différencie des synéchies inflammatoires.

On les observe surtout chez les enfants, dans un œil ou les deux yeux. Sauf exception, ils ne gênent guère la vision et ne comportent aucune intervention. Dans le cas contraire, la rupture des filaments ou une iridectomie optique seraient indiquées.

Le *colobome irien* est caractérisé par une échancrure partielle ou totale de la partie, soit inférieure, soit inféro-interne de l'iris. La pupille est ovalaire ou en trou de serrure, analogue au colobome opératoire de l'iridectomie. Le colobome est ordinairement bilatéral et aussi héréditaire. On a attribué

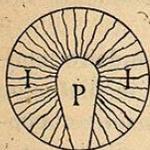


FIG. 41. — Colobome de l'iris.
I, iris; P, pupille colobomateuse.

cette malformation à la fermeture incomplète de la fente choroidienne; on tend aujourd'hui à y voir le résultat de troubles pathologiques intra-utérins.

L'*aniridie* ou *iridémie* congénitale est totale ou partielle et coïncide volontiers avec des troubles oculaires qui ont fait admettre soit un arrêt de développement, soit des états pathologiques divers. Les yeux

sont d'un noir charbonneux, photophobes, amblyopes et souvent astigmates. Des verres teintés, surtout fumés, peuvent être utiles contre le grand jour.

L'*albinisme* est plus ou moins prononcé. Il coïncide d'ordinaire avec la dépigmentation de la peau, des cheveux, des sourcils, des cils et de la choroïde. On voit aisément le fond de l'œil, qui apparaît tout rouge, à travers les mailles iriennes. Il existe une photophobie marquée.

La *mélanose* est irrégulière et plus marquée en certains points, dans un œil que dans l'autre. L'iris peut être bleu d'un côté et marron de l'autre (*hétérochromie*, yeux *vairons*). La mélanose s'observe particulièrement chez les sujets bruns, et coïncide avec une forte pigmentation du fond de l'œil.

Les *anomalies de la pupille* consistent dans son déplacement (*corectopie*) ou dans sa multiplicité (*polycorie*). Elle peut affecter la forme elliptique, ovalaire, etc.

CHAPITRE XI

MALADIES DU CORPS CILIAIRE

Les lésions du corps ciliaire sont rarement isolées. Primitives ou secondaires, elles se relient généralement, d'une part, aux affections de l'iris et, d'autre part, à celles de la choroïde.

Les blessures et les inflammations ciliaires présentent cependant certains caractères assez tranchés pour être étudiées séparément. Quant aux tumeurs et aux anomalies, elles seront traitées avec celles de la choroïde.

I. — Blessures.

§ 373. — Les *contusions* produisent des hémorragies ciliaires et d'un hyphéma plus ou moins abondant et persistant.

Les *plaies* sont variables suivant l'agent vulnérant et les atteintes des autres parties de l'œil. Elles sont toujours graves.

Les *corps étrangers*, éclats de pierre, de fer, d'acier, projectiles, etc., se logent dans le corps ciliaire et provoquent, par leur présence et leur septicité, de graves complications inflammatoires : exsudats, suppuration, atrophie du globe, ophtalmie sympathique.

Le *traitement* est surtout antiphlogistique et antiseptique : glace, sangsues, repos. Des sutures seront parfois utiles, au début, dans certaines plaies ciliaires ou sclérales antérieures.

Les corps étrangers doivent être enlevés à la pince ou à l'électro-aimant. L'évidement serait indiqué dans la panophtalmie, et l'énucléation deviendrait nécessaire s'il survenait de l'irritation ou de l'inflammation sympathique.

Les lésions traumatiques du corps ciliaire se reconnaissent