

REFERENCE

1. Best and Taylor : (1955), The physiological basis of medical practice, 499-500 and 520-523, 6th Ed. Bailliere-Tindall and Cox Ltd.
2. Chapman, John S. : (1954), Pulmonary emphysema in Harrison principles of internal medicine, 1494-1996 Ed. mac graw Hill Comp.
3. Dickinson, W., Richards : (1955), Emphysema in Cecil and Loeb Text-book of medicine, 1010-1016, Edit. Saunders Comp.
4. Green P.T., Dundde, J.C. : (1952), Canad. Med. Ass. J. 67, 433.
5. Latts, E.M., Cummins, G.F., and Zieve, L. : (1956), Arch. intern. Med.
6. Lowell, F.C., Franklin, W., Michelson, A. L. and Schiller, I. W. : (1956), The New England Journal of Medicine, 254, 123.
7. Plotkin, Z. : (1957), Disease of the Chest (Dis. chest) 31, 195-206.
8. Seymour J. Gray : (1954), Peptic ulcer in Harrison principles of intern. medicine, 1547-50 Ed. mac Graw Hill Comp.
9. Walter L. Palmer : (1955), Peptic ulcer in Cecil and Loeb Text-book of medicine 862-865 Edit. Saunders Comp.
10. Weber, J.M. and Gregg, L.A. : (1955), Coincidence of benign gastric ulcer and chronic pulmonary disease. Ann. Int. Med., 42, 1026-1030.

Uvéite Massive à Pseudo-Cristallin *

G. CHAMS¹ et G. SADOUGHI²

Voici une maladie très rare dont nous n'avons rencontré qu'un seul cas dans notre service. En 1957, G. Offret et M. Massin nous ont fait un exposé des travaux de P. Michaud et J. Forestier sur ce sujet. Ces deux auteurs, ainsi que quelques autres, classent cette forme d'uvéite parmi les iridocyclites exsudatives, «l'exsudat lentiforme de la chambre antérieure» et la considèrent comme assez caractéristique de l'iritis gonococcique (P. Bonnet). Cette uvéite est rarement observée sous sa forme totale, massive à pseudo-cristallin.

P. Michaud et J. Forestier nous ont rapporté deux observations avec spondylarthrite ankylosante. Ils ont conclu que cette forme d'uvéite appartenait bien à l'uvéite dite «exsudative» appelée encore uvéite diffuse aiguë, particulièrement typique de l'uvéite rhumatismale. Elle éclate comme un coup de tonnerre ce qui montre bien qu'il s'agit d'une manifestation allergique intense de la prise en masse de l'humeur aqueuse, et non pas d'exsudat.

OBSERVATION

J. Sâi, 55 ans, vient nous consulter le 30 octobre 1957 pour une baisse

*) Travail de la Clinique d'Ophthalmologie, l'Hôpital Farabi, Téhéran.

1) Professeur d'Ophthalmologie à la Faculté de Médecine de Téhéran.

2) Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Téhéran.

progressive de la vision et une douleur de l'œil gauche ayant débuté douze jours auparavant.

O.D. V.=1. Rien à signaler au point de vue pathologique sauf un ptérygion.

O.G. V.=1/10. Forte réaction périkératique; ptérygion interne dépassant la cornée de 2mm; pupille en myosis; iris légèrement décoloré, quelques petites synéchies entre 8h 1/2 et 9h 1/2. Dans la chambre antérieure, une masse arrondie présente toutes les caractéristiques d'un cristallin. Cette masse cache l'iris entre 9h et 1h dans l'angle supéro-interne de l'œil (Planche I, Fig. 1,2).

T.O. = 20 (Bailliart)

Après dilatation pupillaire, la biomicroscopie nous permet de voir deux petites synéchies entre 8h 1/2 et 9h 1/2. Absence de précipité dans la chambre antérieure. Le cristallin est transparent; quelques dépôts sur la capsule antérieure entre 8h 1/2 et 9h 1/2. Pas de troubles du vitré. Le fond d'œil est normal. Nous avons hospitalisé le malade le jour même et nous avons prescrit l'atropine, deux fois par jour, et la Cortone, quatre fois par jour.

Antécédents personnels et familiaux : Rien à signaler dans ses antécédents si ce n'est qu'à l'âge de 15 ans, notre malade fut sujet à des douleurs se propageant de la région lombaire vers la région fessière. Ces douleurs disparurent au bout de deux ans. Depuis lors, notre malade se porta bien, ne présenta ni diarrhée, ni écoulement urétral. Il ne se plaignit jamais des yeux.

31 octobre :

Le lendemain de l'hospitalisation, nous avons la surprise de constater que la masse a éclaté et s'est ratatinée (Planche II, Fig. 1).

Le cristallin est opaque dans sa presque totalité. Ce n'est que par sa partie supéro-interne que l'on peut voir difficilement le fond d'œil. V=1/50 (Planche II, Fig. 2). Après l'éclatement de cette masse, le cristallin est devenu opaque au bout de douze heures (Planche III, Fig. 1).

1.- Examen microscopique direct : pas de germes visibles, présence de quelques leucocytes.

2.- Culture : La culture en milieux ordinaires a été négative.

3.- Inoculation : Dans la chambre antérieure du lapin et du cobaye: au bout de douze heures forte réaction de l'iris.

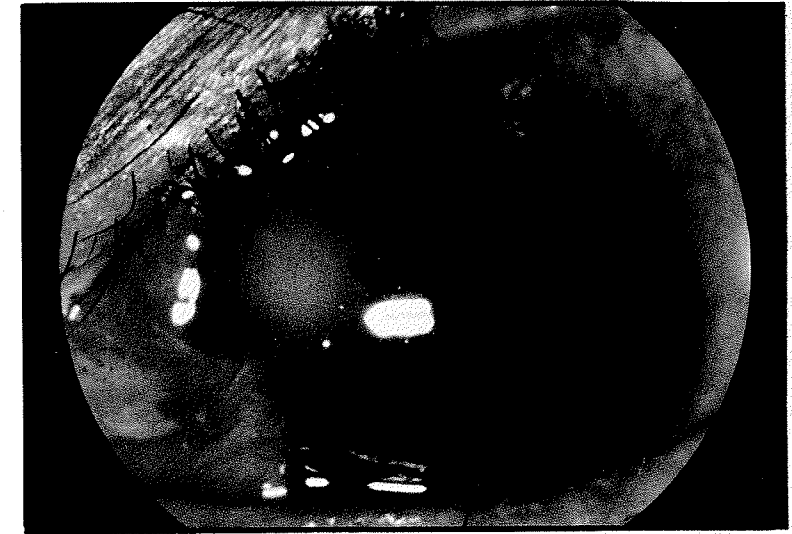


Fig. 1

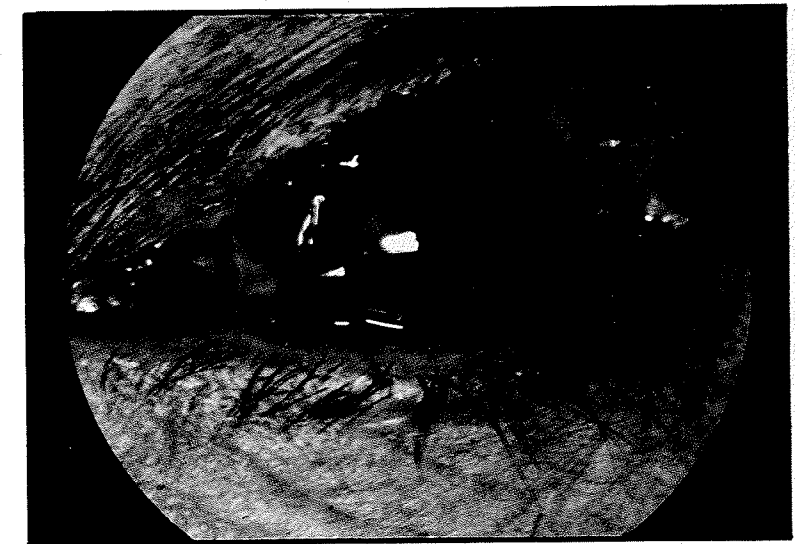


Fig. 2

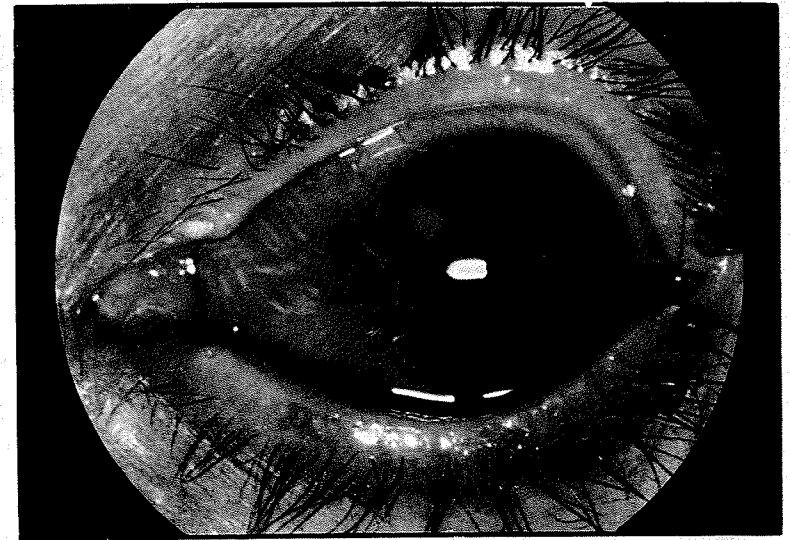


Fig. 1

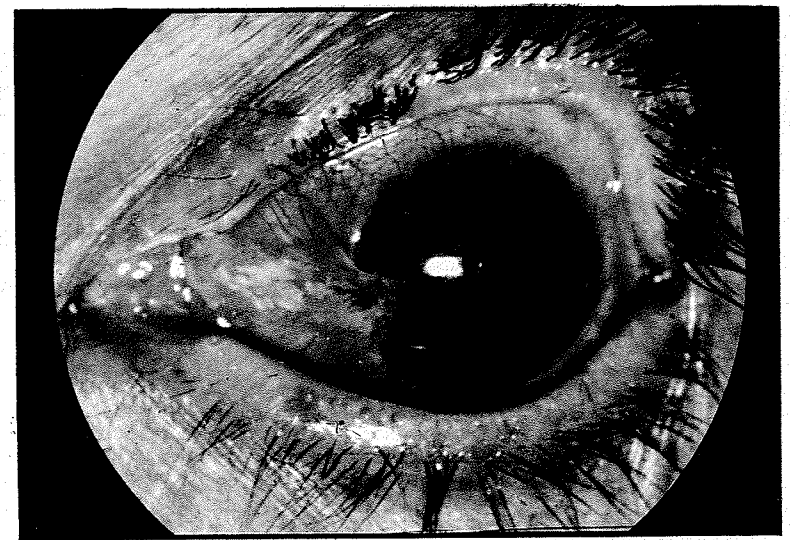


Fig. 2



Fig. 1

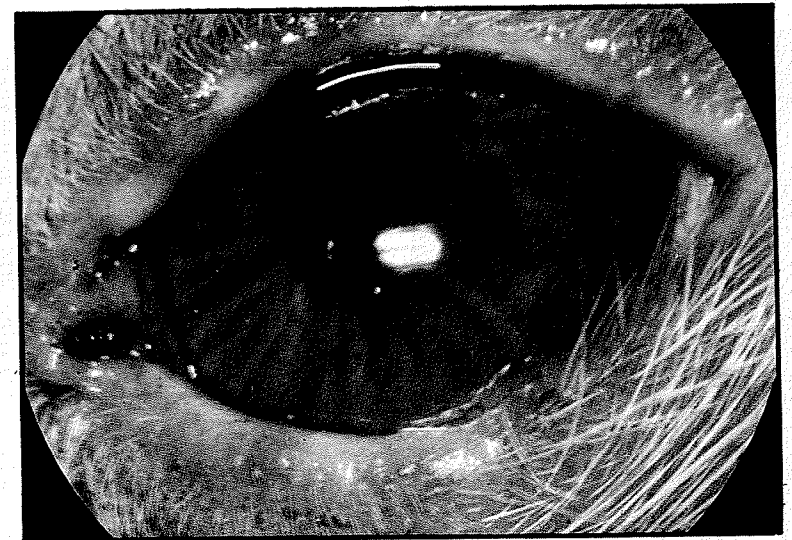
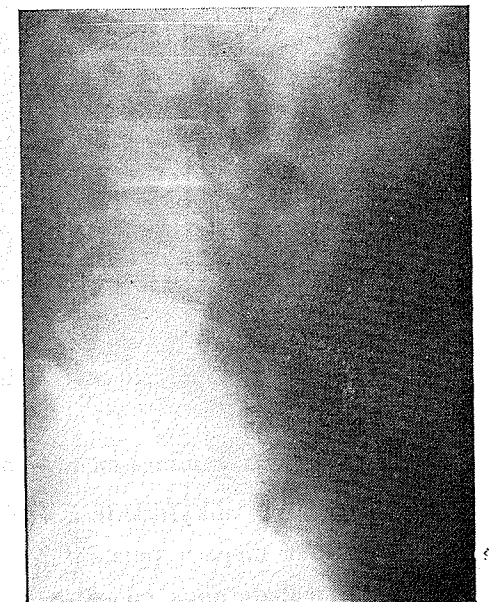
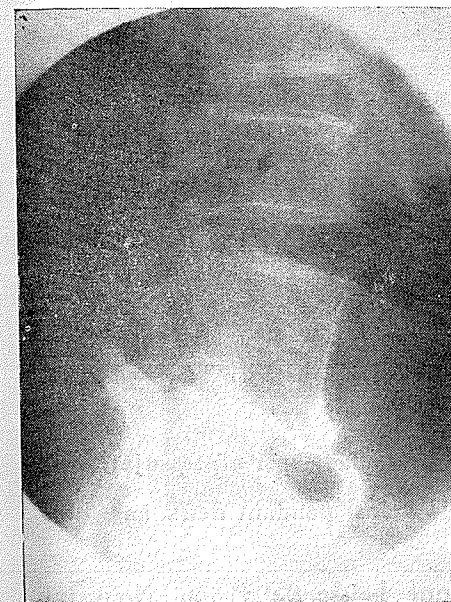
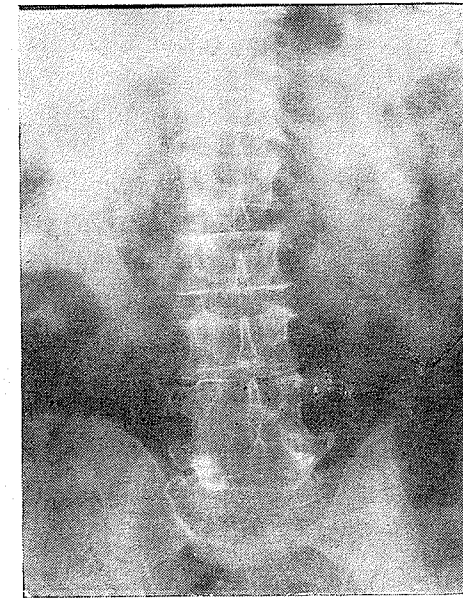


Fig. 2

durant trois jours, sans séquelles (Planche III, Fig. 2).



(Fig. 1 , 2 , 3)

Dans le vitré du lapin: léger trouble du vitré, pas de réaction de l'iris. Disparition du trouble au bout de quatre jours (Planche IV, Fig. 1).

Dans le péritoine: aucune réaction anormale.

Tous les examens paracliniques furent négatifs, sauf la radiographie de la colonne vertébrale (Fig. 1,2,3).

La radiographie pratiquée de face et de profile de la colonne sacro-lombaire montre qu'il existe une fusion entre L4 et L5. En plus de cette anomalie on aperçoit également de grosses ostéophytes formant un pont entre L5 et S1, d'où résulte une arthrose à la suite d'une anomalie des vertèbres, probablement accompagnée d'une discopathie d'origine rhumastismale.

2 novembre:

Infection périkeratique: par l'effet Tyndall du faisceau lumineux propagé par la lampe à fente, nous pouvons voir une très légère poussière de fines particules dans la chambre antérieure de l'œil. Pupille en mydriase atropinique. Quelques synéchies entre 8h 1/2 et 9h 1/2. Le cristallin est tout à fait opaque.

V = Q.

T.O. = 20 (Bailliart)

Nous avons continué le traitement par l'atropine et la Cortone sous forme de collyres, en injections sous-conjonctivales et *per os*. Après 15 jours de ce traitement, tous les symptômes inflammatoires disparurent.

28 novembre:

Nous avons fait une large iridectomie et une extraction du cristallin (Planche IV, Fig. 2) Le malade est sorti de l'hôpital le 20 décembre.

V = 1/4 avec sphère + 10^d.

Voici, en conclusion, les particularités de cette maladie d'après notre observation:

1. — Nous sommes en présence d'un malade qui a été sujet à la spondylarthrite ankylosante à l'âge de 15 ans, pendant deux ans. Puis la maladie a disparu pendant 37 ans.

Le malade nous consulte pour une baisse de vision. Nous lui trouvons les symptômes de l'uvéite massive à pseudo-cristallin. Au

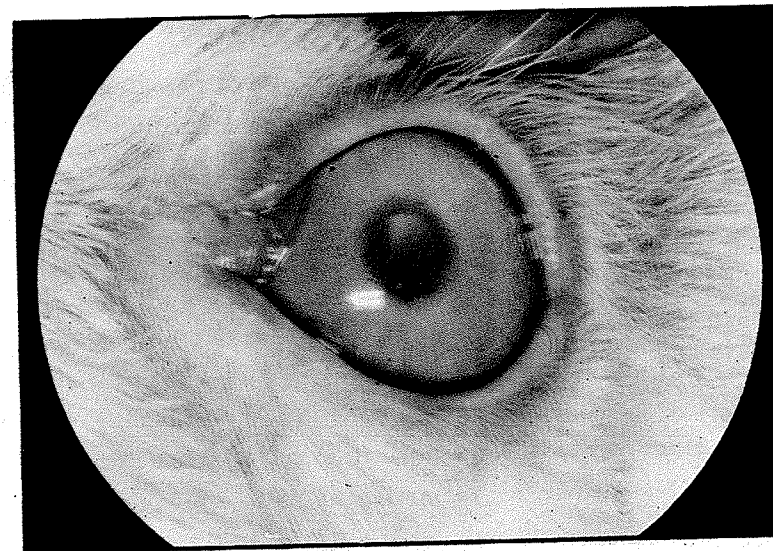


Fig. 1

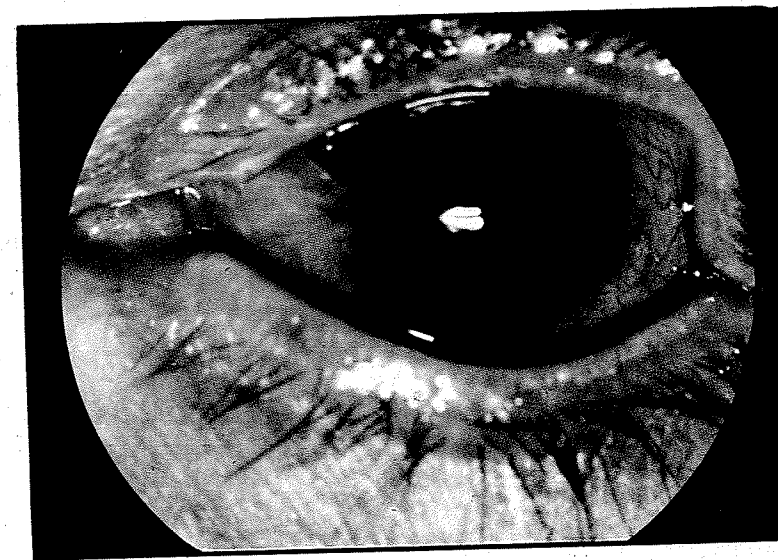


Fig. 2

bout de douze heures, se produit l'éclatement de la masse placée dans la chambre antérieure «comme un coup de tonnerre». Le cristallin devient opaque en deux jours.

Il s'agit bien là d'une manifestation allergique intense : disparition de la prise en masse de l'humeur aqueuse et production d'une cataracte.

2.— L'inoculation de l'humeur aqueuse de notre malade dans la chambre antérieure des lapins et des cobayes produit une uvéite exsudative intense pendant trois jours, sans séquelles.

3.— Le pronostic de notre malade était très favorable. Après l'iridectomie et l'opération de la cataracte, le malade est sorti de l'hôpital avec une vision de 1/4.

RÉSUMÉ

Les auteurs présentent un cas très rare et curieux d'uvéite massive à pseudocristallin. Ils ont suivi cliniquement et contrôlé par la photographie l'évolution rapide de cette affection qui faisait penser au premier abord à une luxation du cristallin dans la chambre antérieure.

SUMMARY

The authors report a rare and curious case of massive uveitis with an exudative mass in the anterior chamber rather resembling the crystalline lens.

They followed up the case clinically and took a series of photographs showing its rapid evolution. The exudative mass was at first mistaken for a dislocation of the lens in the anterior chamber.

BIBLIOGRAPHIE

- 1.— Offret, G. et Massin, M. : (1957), Société d'opht. de Paris.
- 2.— Michaud, P. et Forestier, J. : (1957), Société d'opht. de France, 6, 307.
- 3.— Michaud, P. et Forestier, J. : (1954), Revue du Rhumatisme.