

chez les enfants après une maladie infectieuse (exanthèmes aigus, méningite cérébro-spinale épidémique); elles peuvent être confondues avec le gliome (pseudogliome). Les embolies qui causent l'inflammation métastatique sont généralement des embolies capillaires, elles siègent plus fréquemment dans les vaisseaux de la rétine que dans ceux de l'uvée. Les microorganismes dont il s'agit sont le plus souvent le streptocoque, le pneumocoque et d'autres encore.

L'ophtalmie métastatique est la forme la plus grave des inflammations d'origine endogène. Ces inflammations oculaires qui accompagnent les maladies infectieuses aiguës et chroniques (comp. § 79, étiologie de l'iritis) proviennent sans doute en partie également d'une infection endogène avec microorga-

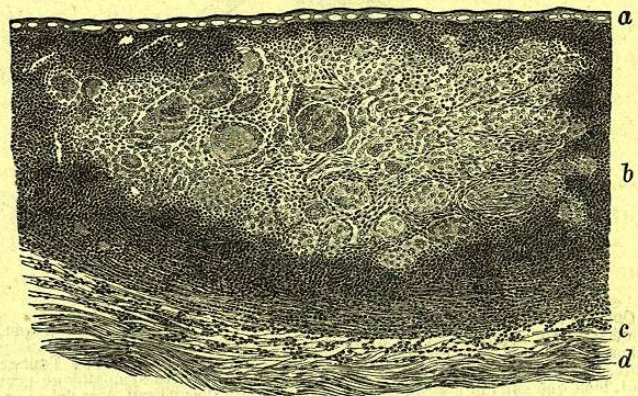


FIG. 146. — *Ophtalmie sympathique. Choroiide dégénérée.* Gross. 100/1. — Sous la membrane vitrée, on reconnaît la lumière des capillaires, *a*. L'infiltration de la choroiide *b* débute sous la chorio-capillaire et s'arrête à la suprachoroïde *c*; *d*, lamelles profondes de la sclérotique. La choroiide est vraiment farcie d'une quantité énorme de lymphocytes. Au milieu de cette infiltration, on voit un gros foyer, visible déjà à l'œil nu à cause de sa coloration plus pâle. Il est formé de grosses cellules pâles avec un gros noyau (cellules épithélioïdes) et de nombreuses cellules géantes grandes et petites avec la disposition annulaire typique des noyaux; des cellules géantes isolées se trouvent en dehors du foyer dans l'infiltration de petites cellules.

nismes, en partie peut-être de l'action de toxines formées dans l'organisme. En tout cas, les inflammations nées de cette façon ne sont ni aussi violentes ni aussi destructives que celles dues à une infection par les germes pyogènes. L'exsudation apparaît plus lentement et reste plus limitée dans le tissu même. Celui-ci est infiltré surtout de leucocytes mononucléés, qui s'amassent de préférence autour des vaisseaux sous forme de foyers isolés. De cette façon il se forme, à côté de l'infiltration diffuse, des exsudats nodulés que l'on ne rencontre que tout à fait exceptionnellement dans les inflammations traumatiques ordinaires. Les nodules sont le plus souvent si petits que l'on ne les distingue qu'à l'examen histologique (fig. 80); ils peuvent aussi être tellement gros qu'on les remarque à l'œil nu (papules, nodules tuberculeux de l'iris). — A cause du caractère non purulent de l'inflammation, l'issue est également moins grave; ce n'est jamais la panophtalmite,

c'est assez rarement l'atrophie du globe, et encore dans les cas particulièrement graves ou à récidives fréquentes.

Le terme d'*atrophie du globe* s'applique à la rétraction graduelle de l'œil après une iridocyclite, celui de *phthisie du globe* à sa rétraction rapide, après évacuation du corps vitré purulent dans la panophtalmite. Dans l'atrophie, la rétraction se tient dans des limites moyennes, tandis que, dans la phthisie, l'œil se réduit au volume d'une noisette et même au delà. Dans l'œil atrophié toutes les membranes persistent, bien que fortement altérées; elles sont tiraillées par l'exsudat qui se contracte et elles donnent naissance à des inflammations souvent répétées et même à l'ophtalmie sympathique. Dans l'œil phthisique, les membranes internes, détruites par la suppuration, n'existent plus qu'à l'état de traces; le petit moignon reste d'ordinaire tranquille et ne présente aucun danger pour l'autre œil. Un œil atrophié doit donc le plus souvent être énucléé, tandis qu'un œil phthisique peut rester en place. Dans l'un comme dans l'autre cas, le nerf optique s'atrophie plus tard complètement et ne forme plus qu'un mince cordon de tissu conjonctif. Cette atrophie est la conséquence de cette loi générale, que les troncs nerveux s'atrophient quand leur extrémité périphérique est détruite (atrophie ascendante).

§ 69. ÉTILOGIE DE L'IRITIS ET DE LA CYCLITE. — L'iritis et la cyclite sont primitives ou secondaires. Dans le premier cas, le siège initial de l'affection se trouve dans l'iris ou le corps ciliaire même; dans le second, c'est une maladie des parties avoisinantes qui s'est propagée à l'iris et au corps ciliaire, comme, par exemple, l'iritis qui complique un ulcère de la cornée.

Eu égard à l'étiologie, nous pouvons donc diviser les inflammations de l'iris et du corps ciliaire d'après le schéma ci-dessous. Dans ce schéma, ainsi que dans la description qui va suivre, le terme « iritis » est employé, par abréviation, pour désigner non seulement l'iritis elle-même, mais encore la cyclite, l'iridocyclite et l'iridochoroïdite, c'est-à-dire toutes les inflammations dont le siège principal se trouve dans la partie antérieure de l'uvée.

A. Iritis primitive	Iritis à la suite de maladies générales.	1. Iritis syphilitique.
		2. » rhumatismale.
		3. » blennorragique.
		4. » scrofuleuse.
		5. » tuberculeuse.
		6. » { provenant de maladies aiguës infectieuses.
B. Iritis secondaire.	Iritis comme affection locale.	7. » diathésique.
		1. » traumatique.
		2. » sympathique.

Cette classification ne contient naturellement pas tous les cas d'iritis ; il en est dont on ne trouve pas la cause et que l'on ne peut faire rentrer dans ce tableau. Il n'est pas douteux que la plupart des cas considérés comme idiopathiques ne proviennent d'affections générales, surtout de troubles des échanges nutritifs, encore inconnus. Ce ne sont que l'iritis traumatique et l'iritis sympathique qui, parmi les iritis primitives, sont certainement de cause locale.

A. IRITIS PRIMITIVE. — *a) A la suite de maladies générales* : Ce sont des maladies infectieuses (syphilis, etc.) ou des troubles nutritifs généraux (goutte, diabète). Dans ces cas, les deux yeux sont souvent, si pas en même temps, atteints d'iritis. Quand l'affection générale n'est pas reconnue, on incrimine souvent le refroidissement. Il est certain que, chez un homme prédisposé à l'iritis, le froid peut provoquer l'éclosion de la maladie ; ainsi les rechutes d'iritis semblent vraiment produites par l'action du froid. Seulement on peut se demander si, à lui seul, le froid peut faire naître une iritis. L'iritis primitive se montre particulièrement chez les adultes ; dans l'enfance, elle est rare. L'iritis aiguë (surtout la syphilitique, la rhumatismale et la blennorragique) frappe plus le sexe masculin, l'iritis chronique est plus fréquente chez la femme.

Les formes d'iritis, causées par une affection générale, sont :

1° *Iritis syphilitique*. — La syphilis est, de loin, la cause la plus fréquente de l'iritis. Le plus souvent il s'agit de la syphilis *acquise*. Le diagnostic de l'iritis syphilitique est très facile, lorsqu'on constate la présence de papules (fig. 147) caractéristiques (iritis papuleuse). Les papules ont une teinte jaune rougeâtre, ont la grosseur d'une tête d'épingle ou au delà, et siègent, soit au niveau du bord ciliaire, soit au niveau du bord pupillaire de l'iris, mais jamais dans la région intermédiaire à ces deux zones, au milieu de la largeur de l'iris. Les papules disparaissent plus tard par résorption, sans subir la fonte purulente. Aux points où elles ont siégé, il reste de larges et solides synéchies, et souvent aussi une atrophie circonscrite du tissu iridien. — D'autres fois, on ne trouve pas, il est vrai, de papules bien évidentes, mais seulement des points isolés du bord pupillaire fortement gonflés, ou du moins des synéchies extraordinairement larges ne cédant pas à l'action de l'atropine (fig. 134, b). Enfin il est beaucoup de cas où l'iritis syphilitique ne présente aucun signe caractéristique quelconque. Alors ce n'est que par les autres symptômes de la syphilis et l'action favorable des médicaments antispécifiques, que l'on peut établir le diagnostic exact.

L'iritis syphilitique appartient, en règle générale, au stade secondaire de la syphilis. Elle envahit l'œil peu après la première éruption cutanée (macules ou papules). Pour ce motif, on peut placer sur la même ligne

les nodosités de l'iris, les papules et les larges condylomes, et désigner l'affection sous le nom d'iritis papuleuse. La première atteinte de l'iritis se manifeste le plus souvent encore pendant l'année où l'infection a eu lieu. Il est plus rare que l'iritis se déclare dans le stade ultérieur de la syphilis, et alors elle évolue sans présenter de papules. Dans cette forme tardive d'iritis, on n'observe qu'exceptionnellement des nodosités, qu'on

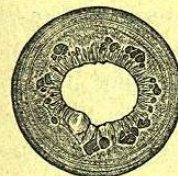


FIG. 147.

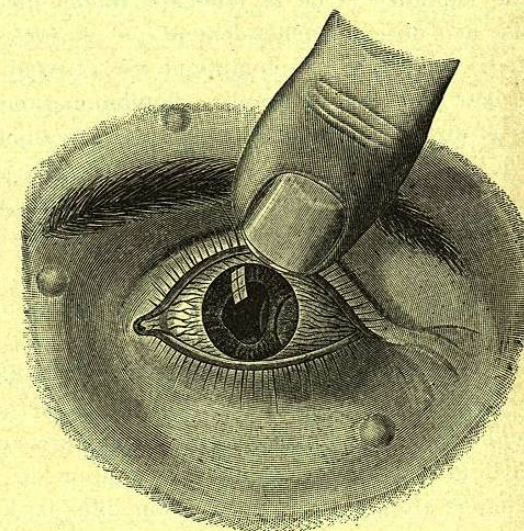


FIG. 148.

Fig. 147. — *Iritis papuleuse*. Gross. 2/1. — Chez une femme de 38 ans, l'œil gauche est enflammé depuis huit jours. Cette femme ignore qu'elle a eu la syphilis et ne présente aucun signe de cette affection, à part quelques ganglions tuméfiés ; mais son mari déclare avoir eu un chancre induré sept ans auparavant et, peu de temps après, une éruption. L'œil est injecté ; sur la partie inférieure de la cornée, on voit quelques fines précipitations. La pupille s'est peu dilatée par l'atropine ; le bord pupillaire s'est, en beaucoup de points, soudé à la cristalloïde et est devenu ainsi dentelé. Dans le quadrant inféro-interne, il existe dans la zone pupillaire de l'iris une nodosité rouge jaunâtre, mal délimitée, faisant un peu saillie dans la pupille. Les taches sombres à la périphérie de la zone pupillaire sont des cryptes.

Fig. 148. — *Tumeur syphilitique du corps ciliaire*. — Le patient, âgé de 30 ans, a gagné la syphilis, il y a quatre mois, et portait un exanthème un mois après. L'œil est enflammé depuis un mois. Les ganglions sont tous tuméfiés et le corps est couvert d'une éruption papuleuse, dont on voit quelques manifestations autour des yeux. L'œil est très injecté. La cornée porte quelques précipitations. Le bord pupillaire du côté temporal est devenu rectiligne, parce que l'iris est détaché de son insertion et refoulé vers le centre. L'étendue de cette iridodialyse est occupée par une tumeur d'un rouge jaunâtre, très vascularisée, appartenant au corps ciliaire, dont le sommet est visible dans la pupille. L'anamnèse et la coïncidence de l'exanthème prouvent que la tumeur du corps ciliaire appartient à la deuxième période de la syphilis et qu'elle doit être considérée comme une papule.

doit considérer comme des tumeurs gommeuses (iritis gommeuse). Comme l'iris, le corps ciliaire peut être le siège de nodosités syphilitiques. Parmi celles qui apparaissent au bord ciliaire de l'iris, il en est qui émanent du corps ciliaire. Des nodosités plus volumineuses du corps ciliaire refoulent l'iris loin du bord scléro-cornéen et deviennent visibles derrière la pupille (fig. 148) ; elles peuvent pénétrer à travers la sclérotique et provoquer la perforation et l'atrophie de l'œil.

L'iritis se déclare aussi sous l'influence de la *syphilis héréditaire*, mais de loin, pas aussi fréquemment qu'après la syphilis acquise. L'iritis accompagne souvent la kératite parenchymateuse, suite de syphilis héréditaire. Il arrive quelquefois que l'iritis devienne relativement l'affection principale, tandis que la kératite n'atteint qu'un degré modéré. L'iritis peut même exister sans kératite. L'iritis hérédito-syphilitique est une affection de l'enfance et de la jeunesse, tandis que l'iritis suite de syphilis acquise ne s'observe généralement que chez les adultes.

L'iritis syphilitique se complique très souvent d'affections du segment postérieur de l'œil, c'est-à-dire d'inflammations de la choroïde, de la rétine et du nerf optique. Elle est aussi très sujette aux récives.

2° *Iritis rhumatismale*. — On l'observe chez les personnes qui ont été atteintes de rhumatisme articulaire (arthrite rhumatismale). C'est la forme d'iritis la plus sujette aux récives. Le fait que, dans beaucoup de cas, les récives de l'iritis coïncident avec les récives du rhumatisme (gonflement de certaines articulations) démontre la connexion entre les deux affections.

3° *Iritis blennorragique*. — Elle se manifeste dans les cas où l'affection gonorrhéique a donné lieu à une infection générale. La marche de celle-ci ressemble à celle du rhumatisme articulaire aigu, seulement de forme plus bénigne, le plus souvent. L'articulation du genou est généralement la première atteinte de l'inflammation; plus tard, les autres articulations peuvent s'entreprendre. Il peut aussi se déclarer des complications du côté du cœur. On désigne cette affection sous le nom de rhumatisme blennorragique. L'iritis succède d'ordinaire à l'inflammation articulaire, mais il se peut que la blennorragie donne naissance à une iritis sans arthrite. Comme l'affection gonorrhéique ressemble beaucoup au rhumatisme articulaire, de même l'iritis blennorragique a de l'analogie avec l'iritis rhumatismale. Les deux affections sont très sujettes à réciver. Chaque récive s'accompagne souvent d'un nouvel écoulement du canal de l'urètre ou d'une nouvelle tuméfaction des articulations affectées.

4° *Iritis scrofuleuse*. — Au point de vue de sa marche et de son aspect, cette affection a beaucoup d'analogie avec l'iritis suite de syphilis héréditaire. Elle se distingue souvent par la présence de grosses précipitations ou de masses exsudatives à l'apparence lardacée, qui semblent pousser de l'angle de la chambre antérieure. L'iritis scrofuleuse s'observe non seulement chez les scrofuleux, mais encore chez les individus simplement anémiques, pendant l'enfance et la jeunesse.

5° *Iritis tuberculeuse*. — Voir § 74, tumeurs de l'iris.

6° *Iritis à la suite de maladies infectieuses aiguës*. — A la tête de ces

maladies se trouve la fièvre récurrente, qui est très souvent compliquée d'iritis. Celle-ci est d'ordinaire de longue durée, mais finit par se guérir.

7° *Iritis diathésique*. — Cette iritis se rencontre chez les personnes sujettes à l'arthrite urique et à l'arthrite déformante, très souvent chez les diabétiques :

Sous le nom d'*iritis chronique*, on désigne ces cas où nous voyons se produire et se multiplier les résultats de l'exsudation — synéchies, membrane pupillaire, précipitations, trouble vitréen —, tandis que l'œil ne manifeste aucune irritation ou présente de temps en temps une injection insignifiante ou un peu de sensibilité à la lumière. Toujours c'est le trouble de la vue qui avertit le patient et le conduit chez le médecin. L'iritis chronique se montre sur une forme bénigne et une forme grave. La *forme bénigne* se caractérise avant tout par les précipitations, soit seules, soit combinées avec des opacités de la partie antérieure du corps vitré. Si l'on n'observe aucune altération de l'iris, il faut désigner l'affection sous le nom de cyclite torpide (comp. p. 352). Fréquemment la région postérieure de l'uvée est affectée également et l'on découvre à l'ophtalmoscope des foyers dans la choroïde. Plus est grande la partie de l'uvée atteinte et plus cette formese rapproche de la seconde, grave, dont elle n'est d'ailleurs séparée par aucune limite tranchée. La complication la plus sérieuse dans les cas ordinaires est l'hypertonie. Alors on trouve la chambre antérieure plus profonde (signe que l'hypertonie est due à un obstacle à l'excrétion de l'humeur aqueuse) et la pupille un peu dilatée. Souvent l'augmentation de la tension disparaît bientôt spontanément; mais si elle persiste un certain temps sans être observée, elle peut provoquer la perte de la vue. Si cette complication ne survient pas, l'affection a une marche bénigne; elle traîne souvent des années, mais finit par disparaître, soit sans laisser de traces, soit en laissant une diminution de la vision par opacités du corps vitré. L'iritis chronique frappe particulièrement les jeunes gens, surtout ceux qui sont délicats ou qui portent des signes de tuberculose, de scrofuleuse, d'anémie ou de chlorose.

Dans la forme *grave* de l'iritis chronique comme dans la forme légère, les symptômes inflammatoires font défaut, mais en revanche l'exsudation est plus abondante et s'étend à toutes les parties de l'uvée, ce qui lui fait donner le nom d'*iridochoroïdite chronique* (dans cette appellation il est bien entendu que le corps ciliaire compris entre l'iris et la choroïde est entrepris également). Les patients viennent consulter à cause de l'affaiblissement croissant de la vision. Quand on examine l'œil, on constate l'existence de synéchies postérieures, qui se multiplient lentement, jusqu'à ce qu'enfin il s'établisse une séclusion de la pupille. Presque toujours

aussi, il existe une mince membrane dans la pupille. De bonne heure, l'iris s'atrophie; plus tard, quand une séclusion est établie, il bombe en avant et devient bosselé. Jamais il n'existe de l'hypopyon; très souvent, au contraire, on remarque de fines précipitations qui démontrent la participation du corps ciliaire à l'inflammation. Celle-ci se trahit aussi par la présence d'opacités dans le corps vitré. Ces opacités augmentant constamment, en même temps que le corps vitré se liquéfie, celui-ci se transforme finalement en un liquide trouble et muqueux. Plus tard, le cristallin se trouble, tandis que la choroïde et la rétine subissent la dégénérescence atrophique. C'est ainsi que, dans ces yeux, les troubles visuels sont toujours plus notables que ne le font soupçonner les obstacles optiques (précipitations, membrane dans la pupille), qui siègent dans le segment antérieur du globe oculaire. Cette affection, qui atteint toutes les parties du bulbe oculaire, aboutit le plus souvent à la cécité complète. A cause de la séclusion pupillaire, il se manifeste de l'hypertonie, avec cécité par excavation du nerf optique; plus tard, le globe peut devenir ectatique. Dans d'autres cas, la cécité est causée par une atrophie progressive du globe. Alors l'œil devient plus mou et la rétine se décolle totalement.

L'iridochoroïdite chronique attaque presque toujours les deux yeux. La marche en est tellement lente que des années se passent avant que la cécité soit complète. C'est une affection de l'âge avancé, et elle constitue une des causes les plus fréquentes de la cécité incurable chez les vieillards, surtout chez la femme. Il semble que la cause réside souvent dans de mauvaises conditions de nutrition, ou bien dans une suppression prématurée de la menstruation. Très souvent, cependant, les patients, à part l'affection oculaire, jouissent d'une excellente santé.

§ 70. — *b) Iritis, affection locale.*

1° *Iritis traumatique.* — Les causes de cette iritis sont toute espèce de lésions traumatiques, surtout des perforations du globe, spécialement lorsqu'il est resté dans l'œil un corps étranger. Parmi les lésions traumatiques, il faut naturellement compter les opérations pratiquées sur le globe, dont la plus dangereuse, au point de vue de l'iritis et de l'iridocyclite, est l'opération de la cataracte. L'iridocyclite traumatique est fréquemment très maligne, aussi bientôt elle produit l'atrophie du globe, contrairement à l'iritis de cause constitutionnelle, qui, même lorsque l'inflammation a été très violente, guérit souvent sans laisser de traces sérieuses.

Considérés dans un sens plus étendu, les cas suivants peuvent être comptés au nombre des iritis et iridocyclites traumatiques, bien qu'ils ne soient pas provoqués par une lésion directe de l'iris; ainsi, lorsque, après

l'ouverture de la capsule, les masses cristalliniennes gonflées viennent en contact direct avec l'iris et le compriment, il se développe souvent une iritis. Il en est de même à la suite de la compression exercée sur l'iris par le cristallin placé obliquement ou entièrement luxé. Enfin, il faut encore citer ici les cas où une tumeur intraoculaire ou un cysticerque, à un certain moment de leur développement, provoquent l'explosion d'une violente iridocyclite.

La cause immédiate, dans les cas précités, de l'inflammation traumatique de l'iris peut être de triple nature: ou bien c'est une irritation mécanique (tiraillement, blessure), ou bien une irritation chimique par des substances chimiquement actives, ou bien enfin une infection venant du dehors. Sans aucun doute, c'est la dernière cause qui est la plus fréquente.

2° *Iridocyclite sympathique.* — Lorsque, d'un œil atteint d'iridocyclite, l'inflammation envahit l'autre œil jusque-là indemne, l'affection de ce dernier œil est désignée sous le nom d'inflammation sympathique. Celle-ci prend également la forme de l'iridocyclite.

L'*irritation sympathique* se manifeste par de la photophobie, du larmolement et même des douleurs. Parfois il existe également une diminution de l'accommodation, telle que la vue pour une besogne un peu délicate devient trouble et que le travail doit être suspendu. Mais l'ensemble de ces symptômes ne peut être appelé qu'irritation sympathique, du moment que les signes objectifs de l'inflammation font défaut; en effet, dès qu'ils entrent en scène, ce n'est plus de l'irritation, mais de l'ophtalmie sympathique. Ce qui est caractéristique de l'irritation sympathique, c'est qu'elle disparaît aussitôt et pour toujours, dès que l'on enlève l'œil primitivement atteint.

L'ophtalmie sympathique consiste dans le développement d'une iridocyclite dans l'autre œil. L'œil malade en premier lieu est l'œil sympathisant, l'autre l'œil sympathisé.

L'ophtalmie sympathique tantôt succède à une irritation sympathique, tantôt survient d'emblée et à l'improviste.

Le début est souvent lent: l'œil est légèrement injecté, il se dépose contre la cornée de fines précipitations, qui ne manquent jamais au début d'une ophtalmie sympathique. Alors se forment des synéchies postérieures et de fines opacités du corps vitré; l'ophtalmoscope fait découvrir une hyperémie de la rétine et du nerf optique. Dans les cas tout à fait favorables, l'affection ne dépasse pas ce degré et elle guérit enfin sans laisser de trace ou ne laissant que quelques synéchies postérieures. Malheureusement, les cas légers constituent une exception. La règle est que les phénomènes inflammatoires augmentent lentement ou rapidement;