

les adhérences de l'iris se multiplient et la vue baisse de plus en plus. Habituellement, il ne se montre pas d'hypopyon même dans les cas graves. Si parfois il se produit des arrêts dans le processus inflammatoire avec un peu d'amélioration de la vue, ils ne sont pourtant pas de longue durée et l'inflammation persistante produit enfin, malgré tout traitement, une membrane pupillaire et une synéchie postérieure annulaire ou totale. Par suite de l'occlusion pupillaire peut survenir de l'hypertonie; pourtant celle-ci ne dure pas longtemps, parce qu'il s'est formé dans le corps vitré des couennes cyclitiques dont la rétraction diminue la tension oculaire et conduit à l'atrophie du globe. De sorte que l'œil sympathisé est généralement un œil perdu.

L'affection du *premier* œil, qui donne lieu à l'inflammation sympathique, est toujours une iridocyclite, et presque sans exception une iridocyclite traumatique, provoquée par une lésion perforante du bulbe. Parmi ces cas, il faut compter naturellement les opérations qui nécessitent l'ouverture du globe oculaire, pour autant qu'elles soient suivies d'inflammation. Les cas les plus dangereux sont ceux où l'iris ou le corps ciliaire sont enclavés dans la cicatrice. Parfois une rupture scléroticale sous-conjonctivale, donc une blessure qui n'est pas absolument perforante (p. 275), donne lieu à une ophtalmie sympathique, de même les tumeurs intraoculaires, si elles ont amené, au cours de leur développement, une iridocyclite grave (§ 79). Il est important, pour le pronostic et le traitement, de savoir que l'ophtalmie sympathique n'est généralement pas à craindre, malgré la violence de l'inflammation: 1° dans la supuration de la cornée (après ulcère serpiginieux, blennorrhée aiguë, etc.), ainsi que dans ses suites, phtisie ou staphylôme de la cornée; 2° dans la panophtalmite et la phtisie bulbaire qui lui succède; 3° dans le glaucome absolu.

Le *moment* où le danger de la propagation de l'inflammation est le plus sérieux, est celui où l'iridocyclite de l'autre œil est à son apogée. C'est donc de quatre à huit semaines après la blessure que l'inflammation sympathique fait son apparition. Plus tard, lorsque l'iridocyclite traumatique est terminée et que l'œil est devenu atrophique, on n'a, généralement, pas d'inflammation sympathique à craindre, tant que l'œil atrophié n'est pas enflammé et qu'il n'est douloureux, ni spontanément, ni au toucher. Mais le danger pour l'autre œil recommence, dès que l'œil atrophié redevient le siège d'une inflammation ou de douleurs, comme cela arrive très souvent, surtout s'il est resté un corps étranger. De cette manière, il peut se faire qu'un moignon qui a été conservé sans inconvénients pendant de longues années, devienne tout à coup la cause d'une inflammation sympathique. Ainsi donc, tandis que, pour l'appa-

rition de l'iridocyclite sympathique, le terme le plus court est de quelques semaines (l'intervalle le plus court observé jusqu'ici, c'est dix jours), le délai le plus long n'a pas de limites. En effet, on a vu apparaître une inflammation sympathique quarante ans, et au delà, après la lésion subie par le premier œil. Par conséquent, un œil perdu par suite d'une lésion traumatique constitue un danger permanent pour l'autre œil.

Pour provoquer une inflammation sympathique, il n'est pas nécessaire que l'œil blessé soit complètement aveugle. Il existe des cas, en effet, où l'œil, après une lésion traumatique et l'iridocyclite qui en est résultée, a conservé un reste de vision et a, pourtant, donné lieu à une inflammation sympathique. Il peut alors arriver que l'œil entrepris sympathiquement se perde entièrement, tandis que l'œil blessé fonctionne encore.

B. L'IRITIS ET L'IRIDOCYCLITE SECONDAIRES sont celles qui résultent de l'extension de l'inflammation d'un organe voisin à l'iris et au corps ciliaire. Les causes les plus fréquentes de cette affection sont les inflammations de la cornée. Mais ce sont avant tout les kératites suppuratives qui, très fréquemment, se compliquent d'iritis. Les cicatrices anciennes avec enclavement de l'iris peuvent, par infection tardive, produire une iridocyclite grave (p. 240). En ce qui concerne la sclérite, c'est la forme profonde qui amène l'inflammation de l'iris et du corps ciliaire. Il est plus rare que les inflammations du segment postérieur de l'œil gagnent le segment antérieur et envahissent l'iris. Cela n'arrive que dans la choroïdite et le décollement de la rétine. D'ailleurs, les iritis ainsi provoquées sont le plus souvent de nature légère, ou bien elles revêtent une forme chronique et traînante. Enfin, on peut compter au nombre des iritis secondaires les cas d'iritis traumatique, dont on a déjà parlé plus haut et où l'iris n'est pas directement atteint par le traumatisme. Telle est l'iritis résultant du gonflement et de la luxation du cristallin, de tumeur intraoculaire, d'un cysticerque, etc.

La forme d'*iritis syphilitique* qui s'accompagne de tumeurs, est désignée le plus souvent sous le nom d'iritis gommeuse. On a cru devoir considérer comme des tumeurs gommeuses ces exsudats, qui ont la forme de nodosités si bien circonscrites, qu'elles ont quelquefois même l'aspect de petits néoplasmes. Pour être conséquent, il fallait attribuer cette forme d'iritis syphilitique au troisième stade de la syphilis, qui se distingue précisément par la production d'exsudats circonscrits, semblables à des néoplasmes (gommages). Mais cette manière d'envisager les choses est en contradiction avec les observations cliniques, qui démontrent que l'iritis avec formation de nodosités accompagne constamment les symptômes de la syphilis secondaire. Nous sommes donc en droit de comparer les nodosités de l'iris aux papules et

aux condylomes, qui appartiennent également à ce stade de la syphilis, et de désigner l'iritis sous le nom d'iritis papuleuse ou condylomateuse (Widder). L'idée que les nodosités iridiennes sont de nature gommeuse est encore en contradiction avec le fait qu'elles ne subissent jamais la fonte purulente, comme il arrive ordinairement pour les tumeurs gommeuses. Il est pourtant hors de doute qu'il se forme quelquefois des gommages dans l'iris, mais ce fait est extraordinairement rare.

Pour établir le diagnostic de l'iritis syphilitique, il est évident qu'il ne faut jamais négliger les commémoratifs, ni les symptômes de syphilis que présente le patient. Doit-on donc, sans exception, considérer toute iritis comme de nature syphilitique par cela seul qu'elle se montre chez un individu syphilitique, si même elle ne présente pas le signe caractéristique de l'iritis syphilitique? Certes, dans la majorité des cas, on ne se trompera pas, puisque la syphilis constitue une des causes les plus fréquentes de l'iritis. Cependant, il n'y a pas de motif pour qu'un syphilitique ne puisse contracter une iritis pour une tout autre cause. A défaut d'autres indications, il ne faut pourtant jamais négliger d'instituer un traitement antisiphilitique. Dans le cas où l'iritis est d'origine syphilitique, ce traitement sera le plus souvent suivi d'une prompté amélioration, tandis que, dans le cas contraire, son effet sera nul ou peu efficace. De ce fait, l'on pourra conclure à l'origine de l'iritis. Le traitement antisiphilitique est encore utile pour établir le diagnostic, dans les cas où l'on se demande si une tumeur qui siège sur l'iris doit être considérée comme une nodosité de nature syphilitique ou comme un néoplasme (sarcomes, tubercules).

L'iritis syphilitique peut aussi se déclarer pendant la vie intra-utérine. Dans ce cas, les enfants viennent au monde porteurs de reliquats de l'affection, tels que synéchies, occlusion de la pupille, atrophie de l'iris, et même atrophie du globe.

Les maladies infectieuses aiguës, à part la fièvre récurrente, ne s'accompagnent d'iritis qu'exceptionnellement. On connaît des cas d'iritis consécutifs à la pneumonie, la fièvre intermittente, le typhus, l'influenza, la variole, l'érysipèle et les oreillons. De même on pourrait faire rentrer dans ce groupe l'iritis qui accompagne parfois l'herpès zoster. Parmi les affections chroniques, j'ai vu plusieurs fois l'alopecie généralisée s'accompagner d'une grave iridocyclite. Certains auteurs ont cité la néphrite chronique comme une cause d'iritis. On a publié des cas isolés où, chez des femmes, réapparaissait à chaque période menstruelle une iritis avec hypopyon de courte durée.

*Ophthalmie sympathique.* — L'ophtalmie sympathique ne prendrait pas uniquement la forme d'une iridocyclite, mais encore celle d'autres maladies. Aussi a-t-on décrit comme accidents sympathiques les maladies, les plus diverses. Ainsi, on a considéré comme tels, parmi les affections non inflammatoires : des cas de paralysie de l'accommodation, d'amblyopie et de blépharospasme; parmi les affections inflammatoires dans le segment postérieur de l'œil : la névrite, la rétinite, la choroïdite et le glaucome; dans le segment antérieur, la conjonctivite et la kératite. On n'a de certitude qu'au sujet

de la névrite et de la choroïdite sympathique. La première s'observe très rarement et donne un pronostic relativement favorable. En ce qui regarde la choroïdite, elle existe dans tous les cas graves d'iridocyclite sympathique, mais on ne peut la découvrir à cause des troubles des milieux oculaires. On ne voit les lésions de la choroïdite que dans les cas relativement rares où le segment antérieur de l'œil n'est que peu ou point malade et ces cas sont rares. On a souvent été trop loin en admettant la nature sympathique de certaines autres affections. Le fait que l'un des yeux s'est perdu par suite d'un traumatisme n'autorise pas du tout à considérer, sans exception, comme de nature sympathique, toute affection quelconque de l'autre œil. On ne le pourrait que dans le cas où l'affection prendrait la forme caractéristique de l'iridocyclite sympathique, ou bien lorsqu'après l'énucléation de l'œil, la rapidité de la disparition des phénomènes pathologiques ne pourrait s'expliquer qu'en admettant que la maladie du second œil dépend de celle du premier. La conclusion réciproque n'est pas vraie. En effet, lorsque l'énucléation du premier œil est sans influence sur l'affection du second, cela ne prouve rien contre la nature sympathique de la maladie. C'est même un fait certain qu'une fois que l'ophtalmie sympathique a éclaté, l'énucléation de l'œil primitivement malade est impuissante à rien changer.

Une iridocyclite d'origine non traumatique peut-elle également envahir l'autre œil? Nous voyons très souvent une iridocyclite éclater spontanément, d'abord à l'un des yeux, puis à l'autre. Cependant nous ne pouvons pas conclure de ce fait que l'inflammation ait passé de l'un des yeux dans l'autre, car il peut y avoir là une cause plus profonde, commune, le plus souvent de nature constitutionnelle, et dont l'influence se fait sentir plus tôt sur un œil, plus tard sur l'autre.

Le mode de propagation de l'inflammation d'un œil à l'autre n'est pas encore connu jusqu'ici. Ce ne sont pas toutes les inflammations traumatiques graves d'un œil qui produisent l'ophtalmie sympathique; le développement de celle-ci dépend de deux circonstances :

1° De la nature de l'inflammation de l'œil blessé. C'était déjà connu depuis longtemps jusqu'à un certain point; on sait que les cas où le traumatisme amène un ulcère serpigineux ou une panophtalmite ne donnent pas d'ophtalmie sympathique. Il y a cependant alors de l'iridocyclite. Mais toute iridocyclite traumatique, même grave, ne produit pas d'inflammation sympathique; il n'y a que cette forme spéciale, caractérisée par des altérations anatomiques particulières, qui la détermine (comp. p. 368). Malheureusement nous sommes encore incapables d'établir par l'examen clinique si, dans un cas donné, il s'agit de cette forme spéciale d'iridocyclite.

2° Lorsqu'après une blessure il se développe vraiment cette iridocyclite de nature particulière, il est possible que l'inflammation se propage à l'autre œil, mais ce n'est pas fatal. Pour que cela arrive, il faut encore le concours de toutes sortes de facteurs intéressant les voies par lesquelles se fait la transmission. La découverte de ces voies a surtout été l'objet des efforts des chercheurs. C'est Mackenzie qui le premier a fait connaître l'ophtalmie sympa-

thique. Il admit que le transport se faisait par les nerfs optiques; c'est l'idée qui venait la première à l'esprit, puisque les deux nerfs se réunissent dans le chiasma. D'après lui, l'inflammation descendait, le long du nerf de l'œil blessé, jusqu'au chiasma et de là remontait, le long du nerf de l'œil sympathisé, jusqu'à celui-ci. On objecta bientôt que, dans cette hypothèse, l'affection aurait dû apparaître dans l'œil sympathisé sous la forme d'une papillite et non d'une iridocyclite. On abandonna donc la théorie de Mackenzie et l'on crut avoir trouvé la voie de propagation dans les nerfs ciliaires, parce qu'ils desservent l'uvée. Mais les nerfs ciliaires des deux côtés ne sont nulle part en rapport direct; donc il ne pouvait s'agir d'une propagation directe, mais d'une transmission réflexe. En fait, on ne peut guère mettre en doute la transmission, par les nerfs ciliaires, de l'irritation sympathique. Nous observons déjà, lors de la moindre irritation d'un œil (p. ex. un corps étranger dans la cornée), du larmolement et de la sensibilité à la lumière dans l'autre. Mais qu'il puisse se produire, par voie réflexe, une véritable inflammation avec altérations anatomiques graves, c'est ce que nous ne pouvons admettre dans l'état actuel de nos connaissances. On en revint donc à la transmission par le nerf optique.

Leber montra que le transport pouvait être dû à des microorganismes, qui, introduits dans l'œil blessé, y causent d'abord une inflammation et ensuite se propagent à l'autre œil en suivant les nerfs optiques. Mais on ne put fournir la preuve de la présence de microorganismes dans l'œil sympathisé; alors d'autres auteurs admirèrent que peut-être les toxines fournies par eux, étaient portées d'un œil à l'autre le long des nerfs optiques (Bellarminoff).

Contre le transport par les nerfs optiques, on peut faire des objections sérieuses. On a déjà fait observer que l'œil sympathisé devrait présenter les signes d'une papillite, ce qui n'est pas le cas. Par l'examen ophtalmoscopique d'yeux sympathisés, on constate bien de légers symptômes inflammatoires du côté de la papille, mais pas plus développés que dans les autres iridocyclites graves. De plus, en examinant au microscope des yeux sympathisés, on a constaté que ces symptômes vont en diminuant à mesure que l'on va plus en arrière dans le nerf optique; or ils devraient augmenter si la maladie avait été apportée à l'œil par le nerf optique. Une affection qui se glisse le long des nerfs optiques devrait causer des lésions à l'endroit où elle passe d'un nerf à l'autre, c'est-à-dire dans le chiasma; or on n'a jamais constaté d'altérations dans la cavité crânienne. Enfin ce qui plaide encore contre cette transmission par la voie optique, c'est que l'on a vu l'ophtalmie sympathique éclater, malgré la rupture ou la section du nerf optique de l'œil blessé.

Ces objections, et d'autres encore que l'on a faites contre cette hypothèse, ont fait supposer que le transport des germes, probablement des microbes, se ferait peut-être par la voie sanguine, comme dans les métastases (Berlin). Naturellement il faudrait admettre, en outre, que les microbes ne sont pas pathogènes pour le reste de l'organisme, puisque l'ophtalmie sympathique ne se complique jamais d'affection des autres organes.

Ce qui explique que l'on n'ait pu encore élucider cette question de la transmission de la maladie, c'est la grande difficulté de faire des expériences sur cette question. On n'a pu déceler l'agent pathogène présumé de l'ophtalmie sympathique ni par la coloration dans les tissus, ni par des cultures. Jusqu'ici, on n'a pas eu l'occasion d'examiner un œil sympathisé au début de l'affection et puis nous ne pouvons expérimenter sur les animaux. Non seulement l'ophtalmie sympathique ne se montre pas spontanément chez les animaux, mais jusqu'ici on n'est pas arrivé chez eux à provoquer expérimentalement une inflammation sympathique incontestable.

§ 71. TRAITEMENT DE L'IRITIS ET DE LA CYCLITE. — Dans tout cas d'iritis et d'iridocyclite, nous avons à combattre d'un côté les symptômes locaux (indicatio morbi), de l'autre côté la cause de l'affection (indicatio causalis). Dans les cas où l'on ne peut pas trouver un facteur étiologique, il faut uniquement s'attacher au traitement symptomatique.

1° *Traitement symptomatique.* — L'atropine est le remède le plus important contre l'iritis. En effet, d'abord, elle contracte l'iris; par là, elle diminue nécessairement la quantité de sang contenu dans les vaisseaux et combat ainsi directement l'hyperémie. Ensuite, en paralysant le sphincter, l'atropine remplit une seconde indication, qui veut que tout organe enflammé soit tenu en repos. En effet, le jeu constant de la pupille est complètement arrêté par l'usage de l'atropine. En troisième lieu, en dilatant la pupille, cette substance rompt les synéchies qui se sont déjà formées et empêche qu'il s'en établisse de nouvelles. La dose d'atropine doit être soigneusement mesurée sur le degré d'intensité de l'iritis. Pendant la période progressive de l'inflammation, il est ordinairement difficile d'obtenir la dilatation de la pupille, parce que le sphincter est en état de spasme. Ici, l'on doit instiller de l'atropine plusieurs fois par jour. Si l'on ne réussit pas de cette façon, on placera un petit grain d'atropine en substance dans le sac conjonctival (voir, pour les précautions à prendre, p. 328); cela vaut mieux que d'instiller trop souvent la solution, qui provoque facilement de l'irritation de la conjonctive (catarrhe atropinique). On peut encore renforcer l'action de l'atropine en y ajoutant de la cocaïne (p. 329). Dès que l'inflammation se calme, l'on ne doit instiller que juste assez d'atropine pour maintenir la pupille en état de dilatation constante.

Dans les cas d'iridocyclite, où l'inflammation intéresse surtout le corps ciliaire, ainsi que dans les cas de cyclite simple, l'atropine n'est pas toujours bien supportée. En effet, à mesure que l'iris se contracte et que ses vaisseaux contiennent moins de sang, ceux du corps ciliaire s'engorgent de plus en plus, puisqu'ils sont obligés de prendre le sang qui ne trouve pas place dans l'iris. Il faut donc, dans ces cas, employer prudemment