

dans les formes plus sérieuses avec exsudats inflammatoires, la vision devient très imparfaite; la lecture alors est absolument impossible, et les gros objets seuls restent perceptibles. Il est même des cas où le malade dit « ne plus rien voir » et distinguer seulement le jour de la nuit.

II. — Beaucoup plus importants pour la séméiologie sont les *signes objectifs*, qui, seuls, peuvent renseigner sur la nature exacte de la lésion.

Ceux-ci, tous précis, formels, essentiels à consulter pour le diagnostic, sont au nombre de cinq, à savoir :

1° **Injection radiée périkératique.** — L'œil est rouge, mais rouge d'une certaine façon, à savoir rouge par injection zonulaire et radiée, c'est-à-dire par arborisation vasculaire semblant émerger en rayons du pourtour de la cornée. Ce n'est là que l'injection de la phase morbide initiale, mais exagérée, étendue, et couvrant tout le segment sclérotical accessible à l'examen.

Cette injection est plus ou moins intense. — Alors qu'elle atteint un haut degré, elle devient violacée et peut se compliquer d'un certain œdème du tissu cellulaire sous-conjonctival, œdème qui, dans les formes sérieuses, aboutit (mais rarement) à constituer un véritable chémosis péri-cornéal.

2° **Immobilité de la pupille en myosis.** — D'une part, la pupille (à moins, bien entendu, que les agents mydriatiques n'aient été déjà mis en œuvre) apparaît petite, resserrée, contractée. — D'autre part et surtout, elle est immobilisée, c'est-à-dire non susceptible de ses alternances physiologiques de dilatation et de constriction. Pourquoi ? Parce qu'elle est entravée, fixée, figée (qu'on me passe le mot) par des exsudats inflammatoires interstitiels et périphériques.

3° **Déformation de la circonférence pupillaire.** — Quand la pupille est très resserrée, elle peut conserver sa forme circulaire. Mais, dans les cas beaucoup plus communs où sa rétraction n'est que moyenne, sa circonférence est remarquable par ses irrégularités. Elle est déformée et capricieusement déformée, sinueuse, frangée, semée de petites encoches.

Et cette déformation s'accroît encore lorsqu'on vient à « forcer » la dilatation pupillaire par un mydriatique, tel que l'atropine. La pupille, en effet, n'obéit plus alors que partiellement à l'agent mydriatique, en ce sens qu'elle se dilate seulement là où elle est encore susceptible de se dilater, mais qu'elle ne se dilate plus là où elle est retenue, fixée par des adhérences avec les tissus voisins. Conséquence : elle perd absolument sa forme usuelle pour affecter toutes formes anormales, irrégulières, indescriptibles et forcément variables d'un sujet à un autre. C'est en pareils cas qu'on l'a vue représenter tantôt un trèfle, tantôt un cœur de cartes à jouer, tantôt un haricot, un 8, une frange à segments multiples de circonférence, etc., etc. ;

toutes irrégularités de hasard, exclusivement imputables aux synéchies et non pas (comme on le croyait autrefois) à la spécificité morbide.

Immédiatement donnons place ici à un autre symptôme de même provenance, mais d'observation beaucoup plus rare. Quelquefois on constate, indépendamment des phénomènes précités, la présence sur la face antérieure du cristallin de petits *points* ou de *tachettes d'un noir d'encre*. Qu'est-ce que cela ? Tout simplement des lambeaux d'uvée détachés de la face postérieure de l'iris après rupture d'adhérences irido-cristalliniennes. Au moment où s'est fait le décollement de ces adhérences sous l'influence d'un effort mydriatique, l'iris ne s'est détaché de la cristalloïde qu'en y laissant des fragments de son tissu propre, et ce sont lesdits fragments uvéens, colorés d'un beau noir, que l'on aperçoit, à travers la pupille, sur la face antérieure du cristallin. (Symptôme banal, du reste, qui se rencontre dans toutes les iritis plastiques alors que l'atropine n'a pas été instillée dès le début.)

Ces lambeaux d'uvée figurent soit de petits points, soit de petites traînées de formes irrégulières. — Le semis punctiforme ainsi constitué est toujours disposé suivant un trajet circulaire qui correspond à la circonférence de la pupille avant la dilatation déterminée par les agents mydriatiques.

4° **Modification de teinte de l'iris.** — Remarquable surtout par comparaison avec l'œil sain. — D'une part, l'iris malade offre une surface d'aspect dépoli; d'autre part, sa couleur normale s'est altérée, en prenant une tonalité ou plus foncée, ou plus verdâtre, ou d'un rouge fauve. Il n'est pas rare d'y observer de petits îlots d'une teinte rousse ou d'un rouge jaunâtre.

5° **Syphylides iriennes.** — On appelle de ce nom, par comparaison avec les exanthèmes cutanés, les infiltrats qui se produisent dans l'épaisseur de l'iris.

Ces infiltrats se présentent sous trois formes, d'après leur degré de développement.

1° Dans leur forme la plus atténuée (qui est la plus difficilement perceptible), ils ne consistent qu'en un très léger épaississement de la membrane irienne, lequel se traduit par un soulèvement circonscrit et minime à la surface de l'iris. — Une lésion d'aussi faible importance est absolument faite pour échapper à l'attention. On ne l'apprécie guère qu'en examinant l'œil à la loupe avec un bon éclairage oblique. A la vérité, on s'en rend mieux compte alors qu'elle occupe le petit cercle de l'iris, au niveau de l'orifice pupillaire, parce que là on aperçoit le rebord pupillaire qui, au lieu d'être mince et tranchant, se présente avec un épaississement appréciable.

2° Dans une seconde forme, l'infiltrat irien forme une saillie plus accentuée, une véritable bosselure. Circulaire de contour et convexe

de surface, cette bosselure peut être comparée comme étendue et comme forme soit à une petite lentille, soit à une demi-tête d'épingle. Elle constitue donc une saillie qui ne saurait être méconnue. — C'est là le « soulèvement papuloïde », la « papule plate » de l'iris, assez semblable en effet à la papule plate de la peau ou des muqueuses. Simple forme de transition à la suivante, laquelle constitue la « tumeur irienne ».

3° La *tumeur irienne* (souvent décrite sous les noms de condylome, papule, végétation, gomme, pustule, abcès de l'iris) est constituée par ceci : une forte saillie granuleuse développée à la surface de la membrane irienne et formant à ce niveau une véritable *tumeur* ; — tumeur hémisphérique ou légèrement acuminée ; — circulaire de contour ; — généralement comparable comme volume à un petit grain de millet ou à une tête d'épingle, exceptionnellement à un demi-grain d'orge, à un demi-grain de blé ; — variable de couleur, mais le plus habituellement de teinte *rouillée*, quelquefois jaunâtre ou d'un jaune fauve, roux, quelquefois d'un jaune émaillé de rouge.

Le plus souvent il n'existe qu'une seule de ces tumeurs. Il n'est pas rare, cependant, d'en observer deux ou même trois. On dit en avoir rencontré quatre.

Le siège usuel, favori, de ces tumeurs est l'une ou l'autre des circonférences iriennes, mais bien plus fréquemment le bord pupillaire. — Plus rarement elles affectent la région moyenne de l'iris.

Que sont ces tumeurs iriennes ? De vieille date la clinique en avait pressenti la nature en disant : « Ce sont des lésions analogues aux lésions cutanées de la syphilis ; ce sont des syphilides de l'œil, des syphilides de l'iris. » On avait même tenté d'établir une relation de forme entre ces lésions iriennes et les lésions cutanées, en ajoutant ceci : « Les syphilides ont leurs formes correspondantes sur l'iris. Ainsi, à la roséole correspond l'iritis érythémateuse, simplement constituée par une légère boursouffure de l'iris ; — à la syphilide papuleuse, l'iritis papuleuse ; — aux syphilides tuberculeuses et gommeuses, les tubercules ou gommages de l'iris. » Et il est de fait que cette assimilation se trouve parfois légitimée en clinique par une indéniable relation de modalité éruptive entre les lésions cutanées et les lésions iriennes.

Or, cette prévision de la clinique s'est trouvée vérifiée par l'histologie. Plusieurs fois ces tumeurs iriennes ont été excisées, puis soumises à l'examen microscopique, et invariablement on y a constaté les éléments cellulaires et la structure histologique générale qui constituent la papule ou la gomme des téguments cutanés.

De sorte que, très sûrement, ces lésions iriennes ne sont rien autre que des néoplasmes identiques à ceux d'où résultent les

syphilides cutanées. S'il en est ainsi, quelle raison aurait-on de leur refuser le qualificatif de *syphilides iriennes* ?

De là, alors, une conception possible de l'iritis syphilitique, laquelle ne serait qu'un *ensemble de troubles réactionnels symptomatiques de syphilides développées sur l'iris*. On objectera bien à cela que les syphilides n'éveillent à la peau ni réaction inflammatoire ni troubles fonctionnels. Mais tout est affaire de siège, et il n'est rien d'étonnant à ce que des syphilides développées sur un système aussi complexe, aussi vasculaire, aussi éréthique que l'iris, déterminent là une irritation symptomatique qui se traduit par l'injection vasculaire et le trouble des fonctions dévolues à l'organe.

Aux deux ordres de symptômes qui précèdent se réduit, en général, la scène morbide. L'iritis syphilitique, en effet, reste presque toujours une affection purement *locale*, à cela près de quelques phénomènes sympathiques qui peuvent surgir sur des sujets nerveux et irritables.

FORMES. — L'iritis est loin d'affecter en tous les cas une égale intensité de symptômes. De là trois formes, à savoir :

1° Une forme *légère* (dite parfois iritis séreuse), caractérisée par une injection périkeratique peu intense, une absence presque complète de douleurs et de troubles visuels, une absence absolue de néoplasmes iriens, une faible tendance aux exsudats, une terminaison indemne d'adhérences, etc.

2° Une forme *grave*, constituée par un ensemble de symptômes précisément inverses, à savoir : injection vive de l'œil, quelquefois avec œdème conjonctival et chémosis ; — phénomènes douloureux très accentués ; — troubles visuels intenses, dus soit à des nébulosités de la chambre antérieure, soit à des exsudats déposés sur le champ pupillaire ; — syphilides iriennes volumineuses et souvent multiples ; — déformation, rétraction et immobilisation absolue de la pupille ; — tendance aux complications, telles notamment que cyclite et choroïdite.

3° Et, enfin, une forme *moyenne*, intermédiaire aux deux précédentes comme intensité de symptômes et susceptible elle-même de nombreux degrés.

ÉVOLUTION. — L'iritis syphilitique n'évolue que d'une façon assez lente, « moins à la façon d'une inflammation que d'une syphilide irienne ».

Dans ses formes légères, elle cède au traitement dans l'espace de douze à quinze jours. Dans ses formes moyennes, elle affecte une durée variable entre trois et quatre septénaires. — Dans ses formes graves, elle peut persister six, sept, huit semaines, voire davantage et jusqu'à trois mois, a-t-on dit.

TERMINAISONS. — Trois ordres de terminaison possible, à savoir :

1° Guérison complète, avec *restitutio ad integrum*. C'est là le

fait de beaucoup le plus commun, alors que le traitement intervient à temps.

2° Guérison avec reliquats, mais avec reliquats ne constituant pas de troubles fonctionnels importants. — Dans cet ordre de cas, encore assez commun, ce qui subsiste, après disparition des phénomènes inflammatoires, c'est ou bien un certain état de déformation pupillaire, due à des synéchies définitives, ou bien un léger semis de taches pigmentaires sur la cristalloïde.

3° *Infirmités visuelles consécutives*, c'est-à-dire disparition de la maladie quant à ses phénomènes inflammatoires, mais persistance de reliquats compromettant, à des degrés divers, les fonctions de la pupille et de la vue, tels que :

Immobilisation et atrésie de la pupille, résultat ou bien de *synéchies marginales* entre l'iris et la cristalloïde, ou bien d'*accolement pariétal membraneux* entre cette dernière membrane et la face postérieure du diaphragme irien ;

Obstruction partielle, voire (exceptionnellement) plus ou moins complète, du *champ pupillaire* par des exsudats membraneux, constituant ce qu'on appelle des cataractes pupillaires ;

Quelquefois encore, mais très rarement, atrophies partielles et cicatrices interstitielles de l'iris.

Inutile de dire que de telles lésions entraînent forcément à leur suite des troubles visuels plus ou moins accentués, pouvant aller jusqu'à la cécité presque complète et même absolue.

PRONOSTIC. — La possibilité de ces dernières terminaisons assombrit singulièrement le pronostic de l'iritis. Disons toutefois qu'elles sont rares, absolument rares, et exclusivement propres à deux ordres de cas, à savoir : ou bien à certains cas (tout à fait exceptionnels) d'iritis originairement graves développées au cours de syphilis graves ; — ou bien aux cas usuels soit abandonnés à leur évolution propre, soit tardivement ou timidement traités. La règle, au contraire, pour les cas soumis à une thérapeutique rationnelle, c'est la guérison. Tout dépend en l'espèce du traitement, et l'on a pu dire sans exagération que « avec un bon diagnostic, du mercure et de l'atropine, le médecin est maître de la situation ».

Cependant diverses tendances de la maladie ne laissent pas de constituer, pour certains cas, des complications plus ou moins importantes, à savoir :

1° Tendance indéniable à la *bilatéralité*. — Assez fréquemment les deux yeux sont intéressés, non pas d'emblée, mais successivement. C'est-à-dire que l'iritis, suivant l'expression vulgaire, « passe volontiers d'un œil à l'autre ».

2° Tendance aux *récidives*. — Ces récidives ne sont pas rares, et peut-être bien les reliquats laissés par une première atteinte ne leur sont-ils pas étrangers.

3° *Propagation à la choroïde*. — Complication assez commune et constituant, en l'espèce, le *véritable danger*. D'une façon ou d'une autre on vient généralement à bout d'une iritis, et l'art, au besoin, peut en réparer les dommages. Mais, pour la choroïdite, c'est une autre affaire. Avec une choroïdite la vision se trouve en cause, et gravement ; elle peut être altérée, compromise, abolie. De Wecker et Landolt ont dit expressément ceci, et avec toute raison : « Ce qui doit surtout préoccuper le médecin, lorsqu'il se trouve aux prises avec une iritis, c'est la crainte de voir l'inflammation irienne gagner la choroïde. »

4° Notons enfin, mais à titre tout à fait exceptionnel, le danger de l'*ophthalmie sympathique*, consécutive aux névralgies ciliaires que peuvent solliciter et entretenir les adhérences iriennes.

Au total, donc, l'iritis spécifique comporte certains dangers sérieux. Mais ces dangers sont de ceux qu'il n'est pas impossible de conjurer par un diagnostic précoce de l'affection et une thérapeutique bien dirigée.

DIAGNOSTIC. — A dessein je répète que le salut de l'œil est dans une intervention énergique et hâtive, basée sur un diagnostic immédiat.

Or, dépister une iritis naissante est chose facile de par la triade symptomatologique qui compose le début de la maladie. Pour avoir longuement décrit cette triade précédemment, je n'ai plus qu'à en rappeler ici les éléments, à savoir : injection radiée périkeratique ; — myosis inflammatoire ; — paressé ou immobilité pupillaire.

Quant au diagnostic de la maladie à sa période d'état, il est patent, il s'impose de par les phénomènes douloureux et surtout de par les cinq signes objectifs susénoncés, qu'il serait superflu de reproduire.

Mais, l'iritis constatée comme lésion, reste ce qu'on appelle le *diagnostic de nature*. Quelle est cette iritis ? Procède-t-elle ou non de la syphilis ? Car il n'est pas que des iritis syphilitiques, bien entendu ; il est des iritis rhumatismales, goutteuses, scrofuleuses, blennorrhagiques, etc., sans parler même de celles qui peuvent être symptomatiques de lésions oculaires. Or, toutes ces iritis ont un fonds de symptômes communs, analogues ou identiques, soit comme signes objectifs, soit surtout comme troubles fonctionnels. La question est donc de rechercher si l'iritis syphilitique peut être différenciée comme nature des iritis d'autre provenance, des iritis « vulgaires », comme on les appelle par opposition avec l'iritis spécifique de la vérole.

Eh bien, ce diagnostic de nature repose sur quatre considérations que voici :

I. — *Antécédents* ou *symptômes concomitants de syphilis*. — Comme toute manifestation secondaire, l'iritis spécifique a forcément derrière elle un *passé* de syphilis, c'est-à-dire des antécédents divers d'infection spécifique, tels que chancre, adénopathies, éruptions, plaques muqueuses, etc. — De plus, elle est très généralement

« encadrée » par divers accidents spécifiques contemporains, et cela parce qu'elle est le plus souvent l'expression de syphilis sinon toujours graves, au moins intenses et prodigues en manifestations.

Mais, pour excellent qu'il soit, ce premier signe ne suffit pas à attester nécessairement la qualité syphilitique de l'iritis; car rien n'empêche un sujet syphilitique de contracter une iritis indépendante de la syphilis. Voyons donc si, d'autre part, l'iritis syphilitique ne présente pas quelques particularités qui soient de nature à en attester la spécificité d'origine.

Eh bien, tout n'est pas identique entre l'iritis de la vérole et les iritis vulgaires, d'origine non spécifique. Si l'on analyse minutieusement la symptomatologie propre aux phlegmasies iriennes de la syphilis, on arrive à lui reconnaître certains caractères, certaines particularités qui leur impriment un cachet tant soit peu spécial et qui peuvent, en bon nombre de cas, les différencier des phlegmasies d'autre nature. Ces caractères sont les suivants :

II. — En premier lieu, *teneur subaiguë* de la maladie.

L'iritis syphilitique a d'abord un *début assez froid*. Elle ne s'annonce pas avec fracas, à la façon d'une phlegmasie aiguë, d'une inflammation véritable. Loin de là; elle procède lentement, à petits pas, si je puis ainsi dire, sourdement, insidieusement. Elle est, en réalité, peu de chose à son berceau; si bien qu'on ne la croirait guère, à la voir s'annoncer de la sorte, susceptible d'aboutir à des lésions sérieuses.

Dans une phase plus avancée, c'est encore une affection *subaiguë* plutôt que réellement aiguë. *Elle n'a pas les symptômes violents d'une inflammation franche*; elle est plus modérée, plus calme dans son allure que les iritis d'autre origine; elle est *moins inflammatoire*, en un mot. Bien que comportant les caractères d'une phlegmasie, elle conserve, en effet, une certaine teneur froide, aphlegmasique. Elle est à l'iritis vulgaire (cette comparaison fera comprendre ma pensée) ce qu'un exanthème syphilitique est à une éruption fébrile, ce que la roséole, par exemple, est à la rougeole (1).

III. — Autre point : l'iritis syphilitique est *bien plus indolente* que les autres variétés d'iritis.

Cela n'est, à vrai dire, qu'un corollaire de la proposition qui précède. Car, la douleur se mesurant en général à l'intensité du processus phlegmasique, il est tout naturel que l'iritis spécifique, variété relativement froide, soit moins douloureuse que d'autres variétés de caractère plus franchement inflammatoire.

(1) Il faut reconnaître toutefois qu'en certains cas l'iritis syphilitique présente de réels phénomènes d'acuité : douleurs oculaires assez vives, irradiations névralgiques dans le crâne, photophobie, larmolement, insomnie, agitation, voire certain degré de réaction fébrile, etc. — Ces cas sont rares. Ils constituent ce qu'on pourrait appeler la *forme aiguë*, ou mieux *névralgique* de l'affection.

Il n'est même pas rare que l'iritis syphilitique soit presque indolente. Sur nombre de malades je l'ai vue ne déterminer que d'insignifiantes douleurs orbitaires et rester exempte de toute irradiation névralgique, de larmolement et de photophobie. C'est là ce qu'on pourrait appeler la forme *froide* de l'affection.

De là cet enseignement pratique que je ne cesse de répéter à mes élèves : Lorsque vous rencontrerez une iritis qui évolue sans grands phénomènes d'acuité, qui a débuté lentement et sourdement, qui n'excite que peu de douleurs, peu ou pas de larmolement, peu ou pas de photophobie, qui n'a qu'un cercle périkératique peu développé; lorsque, dis-je, vous rencontrerez une iritis qui procède en apparence de la façon la plus bénigne, *qui n'inquiète pas les malades*, qui les laisse presque indifférents, méfiez-vous; méfiez-vous, car il y a toute chance en ces conditions pour que la vérole soit en cause. Recherchez donc la vérole, et presque toujours vous la trouverez comme origine de la phlegmasie oculaire.

IV. — Dernier signe plus caractéristique encore que les précédents : Présence à la surface de l'iris, spécialement au niveau du cercle pupillaire, de ces petites tumeurs papuleuses que nous avons qualifiées du terme de *syphilides iriennes*. — On a beaucoup discuté sur la valeur sémiologique de ces productions néoplasiques, les uns les donnant comme caractéristiques, « pathognomoniques » de la syphilis, les autres soutenant que des lésions analogues ou semblables peuvent se rencontrer avec des iritis d'autre nature, par exemple avec des iritis scrofuleuses. En définitive il semble acquis que, dans les cas où de tels néoplasmes iriens se présentent *bien constitués*, sous forme de granulations saillantes, circonscrites, du volume d'une tête d'épingle et d'une coloration fauve ou rougeâtre, ils témoignent presque sûrement d'une origine syphilitique, car des productions de cet ordre ne s'observent avec les caractères susdits dans aucune iritis de provenance non spécifique.

En résumé, donc, au point de vue clinique, trois caractères, presque toujours associés, impriment communément à l'iritis syphilitique un cachet spécial et contribuent à la différencier des iritis vulgaires. Et ces trois caractères sont, je le répète :

- 1° La teneur subaiguë de la maladie;
- 2° Son indolence relative;
- 3° Et surtout le développement à la surface de l'iris d'une sorte d'épanthème papuleux.

TRAITEMENT. — Deux mots le résumant, au moins dans ses éléments essentiels, à savoir : *mercure et atropine*; — mercure, comme modificateur spécifique, comme remède de fond, si je puis ainsi parler; — atropine, comme moyen de conjurer le danger principal de la maladie, en dilatant et maintenant dilatée la pupille. Ajoutons

que, sans doute aussi, ce merveilleux remède agit en l'espèce soit comme antiphlogistique, en réduisant mécaniquement de volume les vaisseaux iriens, soit comme sédatif, en mettant l'œil « en état de repos », cela par son action paralysante sur le muscle accommodateur. En tout cas, c'est un fait certain que, d'une façon ou d'une autre, il calme très efficacement la douleur.

Pour le mercure, on croyait autrefois à la nécessité de l'administrer *largâ manu*, suivant l'expression consacrée, et l'on ne reculait pas, comme exemple, devant des doses quotidiennes de 15, 20, 25 centigrammes de protoiodure, voire davantage encore. C'était là une exagération dont l'expérience a fait justice. Sans doute il convient d'intervenir par une mercurialisation active, mais des doses moyennes (soit 10 à 12 centigrammes de protoiodure quotidiennement) sont amplement suffisantes à l'effet curatif que l'on recherche, du moins pour la grande majorité des cas. — Soit dit au passage, le protoiodure m'a toujours paru préférable en l'espèce aux différentes préparations de sublimé.

Le traitement par frictions ou par injections peut, au besoin, suppléer à l'administration interne du mercure.

L'iodure de potassium, employé seul, se montre très peu efficace. — Le plus souvent il n'y a pas indication de l'associer au mercure. — En certains cas graves, cependant, le traitement mixte a paru fournir de bons résultats.

Quant à l'action mydriatique, on peut la produire de diverses façons. Le moyen le plus simple et le plus sûr consiste dans le collyre à l'atropine, suivant la formule suivante :

Eau distillée..... 10 grammes.
Sulfate neutre d'atropine..... 2 centigrammes.

M.

Pour un collyre, dont on instillera deux gouttes dans l'œil, de trois à six fois dans les vingt-quatre heures, suivant le degré de rétrécissement de la pupille et suivant aussi l'effet produit,

La dilatation de la pupille sera facilement obtenue de la sorte, à moins que l'on ne soit intervenu trop tardivement. Elle devra être maintenue en l'état jusqu'à disparition absolue des phénomènes morbides.

Ce traitement sera complété comme il suit : repos de la vue (proscrire la lecture, même par l'œil sain) ; — soustraire l'œil malade à l'action de la lumière par un carré de soie noire flottant au devant de l'œil, ou bien par des conserves de teinte fumée ; — fomentations émollientes, employées chaudes ; — alitement, dans les formes un peu sévères.

D'autre part, la prédominance de divers symptômes donne parfois lieu à des indications particulières. Ainsi, dans les formes aiguës à

processus inflammatoire très accentué, on s'est quelquefois bien trouvé d'associer au traitement qui précède l'emploi d'émissions sanguines locales (six sangsues à la tempe, une ou deux fois), de fomentations émollientes continues, de frictions mercurielles belladonnées autour de l'orbite, de dérivatifs intestinaux, de préparations opiacées, etc.

En cas de douleurs vives, on aura recours aux fomentations émollientes, aux sédatifs locaux, à l'opium, au bromure, voire, si besoin est, aux injections de morphine.

La paracentèse cornéale a été proposée comme moyen d'amener les douleurs et le processus phlegmasique en diminuant la tension intra-oculaire. Je ne suis pas autorisé, faute d'expérience spéciale, à juger une telle méthode ; mais il me sera bien permis de dire que, d'une part, je n'ai pas encore rencontré un seul cas où la nécessité de cette opération se soit imposée, et, d'autre part, que j'ai eu plusieurs fois à constater les détestables résultats de cette méthode. Comme exemple, je citerai le cas d'un jeune homme qui, traité sans mercure, mais par ponctions multiples, pour une iritis syphilitique, resta complètement *aveugle* d'un œil, et cela en raison d'opacités cornéales qu'il serait injuste d'attribuer à la maladie.

Dernier point. L'iritis syphilitique est, on le sait, sujette à récurrence, et cela soit sur le même œil, soit sur l'œil opposé. Parfois aussi elle n'est que le prélude d'autres accidents oculaires plus graves affectant les membranes profondes de l'œil. C'est ainsi, à n'en citer qu'un exemple, qu'un de mes malades, deux mois après guérison d'une iritis double, fut pris d'une choroïdite des plus intenses. Il y a lieu, donc, pour se tenir en garde contre ces récurrences et ces complications ultérieures, d'*insister sur le traitement spécifique longtemps après guérison*, c'est-à-dire : 1° de continuer un certain temps la médication mercurielle après disparition complète des accidents ; — 2° d'y revenir à assez bref délai, après avoir accordé au malade un certain temps de repos et de désaccoutumance ; — 3° enfin, de la mettre en œuvre une série de fois au cours des années suivantes.

V. — D'autres déterminations oculaires, telles que choroïdite, névrite optique, rétinite, etc., ont été parfois observées au cours de la période secondaire. La choroïdite, notamment, s'y présente d'une façon assez fréquente, surtout comme épiphénomène de l'iritis. Mais, ces diverses variétés d'ophtalmies spécifiques faisant bien plus habituellement partie de la série tertiaire, la description que je dois leur consacrer sera mieux à sa place dans le second volume de cet ouvrage.