

Les cas les plus favorables sont ceux qui ne laissent pas de synéchies postérieures. Souvent alors les seules traces de la maladie sont de petits points bruns, situés sur la capsule antérieure, et qui ne nuisent en rien à l'acuité visuelle. Dans d'autres cas il reste quelques synéchies postérieures, mais sans qu'il en résulte des troubles dans la fonction de l'œil.

Par contre la formation d'une fausse membrane dans la pupille aura des suites beaucoup plus sérieuses. De même l'occlusion de la pupille, *seclusio pupillæ*, dont le diagnostic résultera, non du défaut de dilatation sous l'influence de l'atropine, mais seulement de la voussure de l'iris. L'iris entoure la pupille à la façon d'un rempart et le bord pupillaire plonge comme dans un cratère. Il peut résulter de là un accroissement de pression — glaucome dit secondaire. L'iris adhère aussi parfois par toute sa surface à la capsule antérieure du cristallin (synéchie postérieure totale). On peut alors reconnaître distinctement dans la forme de l'iris la convexité de la face antérieure du cristallin. Dans ce cas la chambre antérieure est très profonde à la périphérie. La racine de l'iris est soudée à la face antérieure du corps ciliaire et l'angle postérieur de l'iris est ainsi supprimé.

Des exsudats se forment, non seulement en avant, mais aussi en arrière du cristallin, dans le corps vitré, et peuvent envelopper la face postérieure à la façon d'une capsule compacte. S'ils viennent à se rétracter, leur limite antérieure arciforme perd sa courbure et devient rectiligne — l'arc se confond avec sa corde — et le cristallin est ainsi poussé en avant. La chambre antérieure perd beaucoup de sa profondeur ou disparaît complètement et il en résulte souvent une opacité du cristallin (*cataracta accreta — angewachsener Staar*).

Quand tout le corps vitré est occupé par un exsudat, celui-ci peut, en se rétractant, décoller la rétine de sa base; l'œil devient mou, s'aplatit sous l'action des muscles droits et l'atrophie du bulbe est manifeste. Dans les cas où le corps ciliaire est aussi décollé de la sclérotique, il en résulte des symptômes d'irritation et l'autre œil court le danger de subir une ophtalmie sympathique.

Les gommages de l'iris disparaissent le plus souvent sans laisser de traces, ou bien il reste seulement une tache atrophique grise, à la place qu'elles occupaient. Très rarement elles augmentent beaucoup de volume, perforent le bulbe et entraînent une atrophie de l'œil. De véritables gommages provenant du corps ciliaire peuvent

se faire jour à travers la sclérotique ou guérir en laissant une cicatrice.

L'iridocyclite spécifique s'accompagne parfois de complications dans le système vasculaire postérieur du corps ciliaire ou dans le système vasculaire central — choroïdite ou rétinite spécifique. Certains auteurs prétendent même que la rétinite accompagne toujours l'iritis et continue souvent à se développer d'une façon indépendante après la guérison de cette dernière, ce qui peut amener l'atrophie de la rétine. Bien qu'il n'en soit pas toujours ainsi, on rencontre presque constamment une très forte hyperémie de la rétine. Même en cas de rétinite, l'altération de la vue peut ne pas être grave; d'où la nécessité de l'examen ophtalmoscopique chez tous les malades atteints d'iritis avant leur sortie de l'hôpital.

Fréquence et rapports avec la maladie générale. — On sait que, d'une manière générale, l'iritis est une des maladies fréquentes de l'œil. La proportion exacte des cas dus à la syphilis est assez difficile à établir; les indications des auteurs varient entre 16 et 75 p. 100. Il est certain toutefois que le nombre des iritis syphilitiques est très grand, et dans les cas d'iritis on doit toujours se préoccuper de ce facteur étiologique. D'autre part il ne faut pas oublier que la syphilis ne met pas à l'abri d'une iritis non spécifique, par exemple d'une iritis rhumatismale.

La proportion des syphilitiques atteints d'iritis ne peut non plus être fixée d'une manière précise; d'après Seggel elle serait de 1,05 p. 100.

La plupart des malades ont de vingt à quarante ans, ce qui s'explique par la fréquence de la syphilis à cette période de la vie.

Bien que la cause soit générale, il arrive souvent qu'un œil seulement est atteint d'iritis spécifique. L'affection bilatérale est pourtant plus fréquente ici qu'ailleurs et il faut tenir compte en outre de ce fait, que l'iritis spécifique est rarement abandonnée à elle-même. Les douleurs et l'altération de la vue amènent les malades à consulter de bonne heure le médecin, et celui-ci, par un traitement approprié, empêche l'iritis de se déclarer dans l'œil sain. Il arrive néanmoins que le second œil est atteint pendant le traitement ou qu'une iritis se déclare pendant la cure dirigée contre d'autres symptômes de la syphilis.

Les influences thermiques, physiques, mécaniques et les troubles fonctionnels peuvent contribuer aussi au développement de l'iritis. Il

est très probable que des causes de ce genre provoqueront plus facilement une iritis chez un syphilitique que chez l'homme sain.

L'iritis spécifique se rencontre dans la syphilis héréditaire et la syphilis acquise. Dans le premier cas, elle apparaîtrait dans les premiers mois de la vie chez des enfants qui présentent d'autres symptômes syphilitiques; on n'a pas observé de papules en pareils cas. Nous avons parlé déjà de l'iritis qui accompagne la kératite interstitielle dans la syphilis héréditaire.

Dans la syphilis acquise, l'intervalle entre l'infection et l'apparition de l'iritis peut varier depuis quelques semaines jusqu'à un an et même plusieurs années. Plus cet intervalle est long et plus l'iritis devient rare. La plupart des cas surviennent dans la première année après l'infection.

Comment se comporte l'iritis aux différentes périodes de la syphilis?

L'iritis syphilitique fait partie de la période secondaire, dont elle est parfois le premier symptôme, mais le fait est rare. Généralement on rencontre en même temps des exanthèmes, le plus souvent papuleux, et des papules des muqueuses. On observe bien aussi l'iritis dans la période tertiaire de la syphilis, mais ces cas beaucoup plus rares doivent être regardés comme la manifestation de l'état cachectique produit par la syphilis. Au point de vue du traitement ces cas diffèrent essentiellement des premiers; l'iritis de la période secondaire cède très rapidement à l'emploi des préparations mercurielles, tandis que les préparations iodées donnent de meilleurs résultats contre l'iritis de la période tertiaire.

L'iritis serait plus rare dans les formes pustuleuses des éruptions cutanées; par contre, les cas seraient d'ordinaire plus graves et accompagnés d'hypopion.

Il y aurait encore à dire un mot des relations entre les papules ou soi-disant gommès de l'iris et la maladie générale. Un petit nombre seulement, environ 17 p. 100, des cas d'iritis spécifique se présentent sous forme d'iritis gommeuse, et cela encore dans la période secondaire. Le véritable nom de cette maladie serait celui d'iritis papuleuse. Beer lui avait donné le nom d'iritis condylomateuse, que l'on a changé plus tard en celui d'iritis gommeuse. Les papules en question guérissent sans cicatrice ou en laissant seulement une légère atrophie de l'iris, comme il peut s'en produire à la suite de toute inflammation. Il n'y a pas destruction centrale comme dans les gommès. Quand il se produit un hypopion, on ne constate jamais qu'il résulte d'une nécrose des papules. En outre, le développement de ces papules est toujours accom-

pagné de symptômes inflammatoires évidents. Cette manière de voir n'est pas en contradiction avec les résultats de l'examen anatomique, car on ne peut pas nier que des gommès puissent se rencontrer dans l'iris et le corps ciliaire; tel serait le cas par exemple quand il y a perforation ou guérison avec cicatrice.

Diagnostic. — D'après ce qui précède, le diagnostic de l'iritis spécifique ne peut être basé sur le seul examen de l'œil. On peut confondre les papules de l'iris avec les granulomes ou la tuberculose de l'iris. Les premiers, que l'on a rattachés récemment à la tuberculose, ont une marche analogue à celle des véritables gommès, c'est-à-dire que la tumeur grossit beaucoup, amène une perforation et se nécrose. Dans la tuberculose de l'iris, on observe des papules disséminées de la grosseur d'une graine de pavot ou d'un grain de millet, mais elles sont pâles, grisâtres ou jaunâtres et ne présentent pas de vaisseaux dilatés.

Dans les cas douteux, un traitement antisiphilitique confirmera le diagnostic; on pourrait, à la rigueur, exciser un fragment de l'iris et procéder à l'examen anatomique.

Pronostic. — Le pronostic dépend à la fois de l'état général et de l'état de l'œil. Chez les individus affaiblis, mal nourris, la marche de l'iritis est plus défavorable que chez les personnes robustes: les récurrences sont aussi beaucoup plus fréquentes. L'âge avancé aggrave également le pronostic. Dans la forme séreuse, l'issue est souvent plus favorable que dans les formes graves de l'iritis plastique. La guérison complète est d'autant plus difficile que le corps ciliaire est plus gravement atteint. Les chances de guérison sont également moindres après plusieurs récurrences. Dans tous les cas, il faut prévenir le malade que l'affection peut se prolonger et que des rechutes sont possibles.

Traitement. — Le traitement doit être local et général.

Le traitement local consistera d'abord à écarter toutes les influences nocives telles qu'une lumière vive et surtout les contrastes de lumière. Il ne suffit pas de mettre un bandeau sur l'œil enflammé, il faut faire porter des coquilles fumées ou ordonner le séjour dans une chambre obscure. Cette dernière précaution sera formellement indiquée dans les cas aigus accompagnés de symptômes d'irritation fortement accusés. On devra en outre éviter toute fatigue des yeux. Souvent on rencontre chez les malades cette opinion erronée qu'ils peuvent sans inconvénient se servir de l'œil sain en protégeant l'autre par un écran. S'il y a de fortes douleurs, on peut avoir recours à une saignée (six à huit sangsues sur la tempe; on laisse ensuite couler le sang pendant

une heure). Si les douleurs empêchent le sommeil, on prescrira de l'hydrate de chloral (1 à 3 grammes) ou bien l'on fera éventuellement une injection de morphine, cela non seulement pour améliorer l'état subjectif du malade, mais aussi parce que le repos nocturne influe d'une manière favorable sur le processus pathologique. Dans les cas de cyclite, surtout en présence d'un hypopion, on applique des cataplasmes qui sont laissés en place pendant une heure et peuvent être renouvelés plusieurs fois par jour; cela dépendra de l'état subjectif du malade. On fera un emploi fréquent de l'atropine, de la manière indiquée à propos de la kératite parenchymateuse (en solution ou en poudre). S'il existe une idiosyncrasie pour l'atropine, c'est-à-dire si les instillations d'atropine sont suivies d'une conjonctivite avec œdème des paupières, on peut la remplacer par la duboisine en solution à 1 p. 100, ou l'hyosciamine en solution à 1/2 ou 1/4 p. 100. L'emploi prolongé de l'atropine détermine une conjonctivite spéciale, avec formation d'une petite vésicule vers le repli du cul-de-sac conjonctival. Il faut alors suspendre pendant quelque temps l'application du remède, la conjonctive n'est plus en état de le recevoir et il ne produit plus l'effet attendu. Quand tous les symptômes inflammatoires ont disparu, on peut essayer de rompre les synéchies postérieures qui ont persisté, par l'emploi alternatif de l'ésérine et de l'atropine.

L'iridectomie est parfois nécessaire, mais il faut toujours attendre la cessation ou une rémission des symptômes inflammatoires. Les synéchies postérieures sont regardées comme la cause de récurrences de l'iritis, aussi a-t-on recommandé l'iridectomie dans les cas où il en reste un grand nombre. Cependant la plupart des récurrences sont certainement dues à la maladie générale non encore guérie. L'atrésie et l'occlusion de la pupille exigent absolument l'iridectomie. Quand il y a agglutination des surfaces de l'iris et du cristallin, on ne réussit généralement pas à obtenir un bon colobome, car l'iris est très friable et se déchire facilement, ou bien l'ouverture se ferme bientôt à la suite d'une nouvelle exsudation.

Il ne reste plus alors qu'à enlever le cristallin, opaque ou non. Si l'on n'obtenait pas ainsi un résultat durable, il faudrait avoir recours aux divers modes d'iridectomie. Naturellement ces opérations ne sont indiquées que dans le cas où la bonne projection de la lumière montre que l'appareil percepteur de la lumière n'est pas gravement atteint. Le plus souvent une forte opacité du corps vitré rend le pronostic défavorable, même après la réussite de l'opération.

Le traitement général doit surtout avoir pour but d'éloigner toutes

les causes d'inflammation. Il faut interdire les boissons spiritueuses et diminuer l'alimentation. De légers purgatifs sont indiqués en cas de constipation. Les cas graves ne peuvent pas être bien traités à la consultation. Mais ce qui importe le plus, c'est un traitement antisyphilitique énergique, de préférence une cure de frictions faite avec soin et commencée sans retard, car l'inflammation peut avoir rapidement des suites graves (occlusion de la pupille, etc.). On ne doit par conséquent pas perdre de temps à faire prendre à l'intérieur des préparations mercurielles ou iodées. Le nombre de frictions nécessaire pour obtenir la guérison est variable. Il ne faut guère compter sur moins de vingt à vingt-quatre frictions. Dans certains cas, spécialement si l'on a déjà affaire à une récurrence, on ne devra peut-être regarder la cure comme terminée qu'après quarante ou soixante frictions¹. Quand les moyens du malade le permettront, on l'enverra encore avec avantage faire une saison dans une station de bains iodés.

8. Choroïde.

La choroïdite due à la syphilis ne présente pas toujours des symptômes typiques. Il existe pourtant une forme bien caractérisée, décrite pour la première fois par Förster, que l'on peut appeler choroïdite spécifique, non seulement en se basant sur l'étiologie, mais aussi au point de vue de la symptomatologie. Les observateurs ne sont pas tous d'accord pour donner à la maladie le nom de choroïdite; il y en a qui considèrent la rétine comme le point de départ et la désignent sous le nom de rétinite diffuse ou choroïdo-rétinite. Mais sans doute c'est avec raison que Förster considère la choroïde comme la partie de l'œil dont l'inflammation provoque tous les symptômes qui se produisent dans la rétine.

Symptômes et marche. — Comme nous venons de le dire, il y a des cas de choroïdite plastique qui sont dus à la syphilis, mais ne présentent rien de caractéristique. On peut rencontrer des foyers blanchâtres avec bords noirs, des atrophies diffuses de l'épithélium pigmentaire, sous forme de taches pâles avec des vaisseaux choroïdiens, des taches pigmentaires noires dans la rétine et la choroïde,

(1) C'est surtout dans ces cas que les injections sous-cutanées ou même sous-conjonctivales de préparations mercuriques donnent de bons résultats.

des exsudations dont le point de départ est à la périphérie du fond de l'œil et qui pénètrent dans le corps vitré, de grosses taches pigmentaires noires de l'épithélium de la rétine disséminées dans le fond de l'œil dans la région de la macula avec opacité de la rétine à leur pourtour. Quelques auteurs regardent certaines variétés comme particulièrement suspectes; il serait plus exact de reconnaître qu'elles ne fournissent aucun indice certain de syphilis. C'est moins l'aspect seul du fond de l'œil que la marche et les complications qui auront de la valeur au point de vue du diagnostic de la choroïdite spécifique. Il faut tenir compte non seulement des symptômes objectifs, mais aussi des symptômes subjectifs. Il existe alors, quand on procède de cette façon, un tableau typique de la choroïdite spécifique que nous allons décrire.

En ce qui concerne d'abord les symptômes objectifs, on trouve une opacité excessivement légère, en forme de poussière, du corps vitré, qui échappe très facilement à l'observateur si l'on n'examine pas les milieux de l'œil avec un ophthalmoscope à faible lumière (Helmholtz). Elle n'empêche pas de voir le fond de l'œil. Un myope l'aperçoit plus facilement qu'un emmétrope, d'où la règle de se rendre myope artificiellement, si on ne l'est pas, par l'interposition d'un verre convexe. Ces opacités occupent tout le corps vitré ou seulement ses parties postérieures. Dans la rétine on constate une légère opacité grise. Les limites de la papille sont voilées, l'opacité se continue généralement le long des vaisseaux, mais pas au delà de deux ou trois fois le diamètre de la papille. Les vaisseaux de la rétine ne sont que très peu altérés, les veines sont un peu plus dilatées et un peu plus sinueuses. Parfois on trouve de petites taches blanchâtres dans la région de la macula. Au cours de la maladie les opacités du corps vitré se condensent en gros flocons, entre lesquels on perçoit encore les taches pointillées. Puis le stroma de la choroïde ressort de plus en plus nettement, par suite de l'atrophie de l'épithélium pigmentaire et le fond de l'œil apparaît comme tacheté. L'opacité de la rétine diminue de plus en plus sur le pourtour de la papille, tandis que des altérations se produisent maintenant à la périphérie. Celles-ci consistent en pigmentations sous forme de traînées et de taches irrégulières, qui vont en se rapprochant de plus en plus de la papille. Elles couvrent en partie les vaisseaux de la rétine ou ont leur siège immédiatement en dessous, sans rapport avec les vaisseaux choroïdiens. Quand ces dépôts pigmentaires occupent une grande partie de la rétine, des signes évidents de l'atrophie de la rétine ne tar-

dent pas à se montrer. Les vaisseaux se rétrécissent beaucoup, la papille est diffuse, d'une teinte gris rougeâtre ou cireuse.

Il en résulte une apparence très analogue à celle de la rétinite pigmentaire. Dans les deux cas, il y a atrophie de l'épithélium pigmentaire et pigmentation de la rétine. Mais dans la choroïdite spécifique les taches pigmentaires ont une forme irrégulière et non ramifiée, analogue à celle des corpuscules osseux, comme dans la rétinite pigmentaire. Le pigment ne suit pas non plus le trajet des vaisseaux. Dans la choroïde elle-même on n'aperçoit que de légères altérations; çà et là il y a une atrophie diffuse, de telle sorte que la sclérotique apparaît au travers. En d'autres points, au contraire, on voit bien le dessin des vaisseaux choroïdiens, seulement ils n'apparaissent pas rouges, mais jaunes ou complètement blancs. Parfois on aperçoit à leur intérieur une traînée étroite de sang accompagnée de deux traînées blanches. Les opacités du corps vitré deviennent finalement très rares, isolées, mais on trouve de gros flocons. Dans les cas d'ancienne date, il se produit au pôle postérieur du cristallin une opacité en forme de tache, d'étoile ou de disque.

La participation de la rétine ne se borne pas toujours aux altérations indiquées. Il arrive parfois qu'elle est très fortement atteinte, ce qui a des suites d'autant plus graves pour la fonction de l'œil, que l'inflammation a ordinairement son siège principal dans la région de la macula. Il se forme là une tache blanchâtre, gris blanchâtre ou blanc verdâtre, dont le bord interne vient quelquefois en contact avec la papille.

Celle-ci est alors en général très diffuse, et l'on constate une congestion des veines. Un pareil foyer d'exsudation peut dépasser de plusieurs fois la grandeur de la papille et forme souvent au début une proéminence visible, que l'on reconnaît à la marche des vaisseaux de la rétine qui les recouvre. Dans le pourtour, on constate souvent de fortes altérations de l'épithélium pigmentaire, des taches noirâtres alternant avec des places décolorées. Si l'on a l'occasion de suivre un cas de ce genre, on voit la tache claire, à contour ondulé, se transformer peu à peu en une cicatrice radiée d'un blanc bleuâtre ou verdâtre. Souvent aussi ces affections graves de la rétine sont accompagnées d'une augmentation notable de l'opacité du corps vitré. Il se forme de gros flocons et grumeaux, et même des membranes complètes qui peuvent plus tard se vasculariser. Finalement la papille s'atrophie; elle présente des vaisseaux très étroits et très rares; entre les cicatrices, et par suite de leur rétraction, il se

produit une atrophie par tiraillement des parties de la choroïde et de la rétine situées entre elles, de telle sorte qu'on voit la sclérotique à travers.

Les symptômes subjectifs sont aussi généralement très caractéristiques. La vue centrale est le plus ordinairement assez notablement diminuée, souvent plus fortement que ne le feraient prévoir les altérations visibles à l'ophtalmoscope. Il y a des obscurcissements au centre du champ visuel, des scotomes.

Ceux-ci peuvent être positifs, c'est-à-dire que le malade les perçoit comme des taches grises, ou bien négatifs, toute perception lumineuse étant complètement supprimée dans la région qu'ils occupent. Leur forme varie; elle peut être arrondie ou annulaire. Dans leur domaine il se produit souvent des scintillements; les malades disent voir des taches ou anneaux bleus ou jaune rougeâtre. Fréquemment ils remarquent à l'intérieur un tremblement analogue à celui de l'air dans la campagne, par une journée chaude d'été. Ces phénomènes varient d'intensité; ils sont plus accentués à la suite d'efforts corporels et après l'action d'une lumière vive.

Un autre symptôme subjectif est l'héméralopie (Nachnebel). La faculté visuelle est diminuée à la tombée de la nuit, le malade s'oriente même difficilement. L'affaiblissement de la vue peut être constaté directement par le photomètre.

Le rapetissement et la déformation des objets, micropsie et métamorphose, sont des symptômes qui ne frappent généralement que les malades intelligents. Ils résultent des altérations des couches de la rétine servant à la perception de la lumière. Enfin on observe un défaut d'accommodation dans la choroïdite spécifique.

Bien qu'en beaucoup de cas les altérations visibles de la choroïde soient très légères, la maladie doit porter le nom de choroïdite. Cette manière de voir est justifiée par la fréquence de l'iritis comme complication, la production constante d'opacités du corps vitré, le défaut d'accommodation, l'héméralopie, qui indique une lésion des couches externes de la rétine voisines de la choroïde.

La marche de la maladie est toujours très longue. La vue s'améliore souvent par le traitement, sans que le tableau ophtalmoscopique soit modifié. Les pigmentations déjà existantes persistent. La marche n'est pas toujours uniforme. Il se produit des poussées consécutives subites, avec accroissement de l'opacité du corps vitré et exsudations dans la rétine.

La terminaison, dans les cas légers, peut être la guérison complète

en ce qui concerne la vue. Mais il reste toujours quelques traces de la maladie visibles à l'ophtalmoscope. D'autre part il peut se produire un rétrécissement du champ visuel, un scotome central ou une amaurose par atrophie de la rétine et du nerf optique lui-même.

Fréquence et époque d'apparition. — La choroïdite se montre généralement à une époque tardive de la période secondaire ou au début de la période tertiaire. Fréquemment même la syphilis est depuis plusieurs années à l'état complètement latent. Un âge un peu avancé prédispose à cette affection. Les malades ont habituellement dépassé la trentième année.

Pronostic. — Le pronostic est toujours incertain au point de vue de la guérison complète. Les chances de guérison sont d'autant plus grandes que le malade est traité de bonne heure. Les cas avec fortes exsudations dans la rétine comportent toujours un fâcheux pronostic. La choroïdite ayant constamment une marche très lente et sa présence exigeant que les malades ménagent leurs yeux, il en résulte pour beaucoup d'entre eux une incapacité de travail de très longue durée.

Traitement. — En ce qui concerne l'affection oculaire elle-même, tout ce qu'on peut faire c'est d'interdire toute fatigue des yeux et de les soustraire à l'action d'une lumière trop vive, en faisant porter des coquilles avec verres fumés. Le séjour dans une chambre obscure, qui devrait naturellement durer au moins plusieurs semaines, n'est habituellement pas praticable. La grande dépression morale qui existe en général chez les malades pourrait être ainsi aggravée dans une proportion considérable.

Dans la syphilis, la rétine est souvent atteinte, comme il a été dit, en même temps que la choroïde (choroïdo-rétinite). Mais il y a aussi des affections de la rétine seule.

9. Rétine.

Symptômes et marche. — Parmi les cas de rétinite pure on rencontre rarement la rétinite hémorragique. La rétine présente partout une opacité grise, surtout le long des gros vaisseaux. La papille est rouge, ses limites sont diffuses. Les veines sont dilatées et très sinueuses. Dans le fond de l'œil il y a de nombreuses taches hémorragiques, souvent accumulées en grand nombre, dans l'un des secteurs. En outre, il y a de petits foyers blanchâtres dans la rétine.