

## IRIS

---

### IRITIS HÉRÉDO-SYPHILITIQUE CHEZ UNE ENFANT DE SIX MOIS.

---

Il est à peine besoin de rappeler combien est difficile la recherche de la syphilis héréditaire, quelle obscurité enveloppe encore bien des points touchant cette importante question pathologique, et quelle est la grande valeur de tous les faits empreints de cette netteté qui séduit toujours le clinicien

Je crois ne pas faire œuvre inutile en publiant ici une intéressante observation d'iritis hérédosyphilitique remarquable par les caractères convaincants de l'affection et surtout par la précision des renseignements recueillis sur les parents de l'enfant qui a présenté les phénomènes que je vais décrire.

Il existe dans la science un très petit nombre d'observations tout à fait complètes, quoique cette question ait souvent éveillé l'attention, depuis le remarquable mémoire d'Hutchinson,

qui, s'il n'a pas publié la première observation de ce genre qui est due à Lawrence, a eu le grand mérite de rassembler des faits caractéristiques, de les comparer les uns aux autres avec un rare esprit de sagacité et finalement d'entraîner la conviction de tous les observateurs impartiaux.

Le manque de documents tient moins à la négligence des observateurs qu'à la rareté même de l'affection. On sait qu'Hutchinson, au moment où il examinait scrupuleusement les yeux de tous les enfants qu'on lui présentait, est resté 7 ans sans en observer un seul cas à l'hôpital libre métropolitain où on amenait pourtant un grand nombre de malades atteints de syphilis congénitale.

Voici l'observation que j'ai recueillie :

Le 25 avril 1885, Jeanne F..., petite fille de 6 mois, est amenée par sa mère à ma clinique ophthalmologique.

Il y a six semaines, sur les paupières de cette enfant apparurent des croûtes qui laissaient suinter un liquide louche; en même temps se produisait une assez vive rougeur de la conjonctive bulbo-palpébrale de l'œil gauche. Un médecin appelé à donner ses soins à la petite malade, diagnostiqua une blépharo-conjonctivite et prescrivit des soins de propreté ainsi que

des instillations de collyre au sulfate de zinc. Ce traitement fut suivi très régulièrement; les croûtes palpébrales disparurent, mais l'œil rougit davantage et commença à se troubler. La mère inquiète de cet état se décida à m'amener son enfant.

A cette première visite, je constate que les paupières sont entièrement revenues à l'état normal. L'enfant ne peut ouvrir l'œil et semble vivement gênée par la lumière du jour. L'affection dont elle est atteinte est en pleine période aiguë et paraît très douloureuse. Pour faire un examen sérieux je suis obligé d'avoir recours à l'écarteur des paupières, et je puis alors constater l'état de l'organe malade.

Il existe une rougeur très vive de la conjonctive et spécialement de la conjonctive bulbaire. La cornée est trouble, mais laisse voir à sa surface postérieure un léger piqueté blanchâtre; l'humeur aqueuse est louche. L'iris présente, dans les points où il est possible de l'apercevoir, un changement notable de couleur; la membrane a pris une teinte verdâtre; elle est boursouffée par places, et semble adhérer à la cristalloïde antérieure en plusieurs points; la pupille déchiquetée est rétrécie. Des petits nodules jaunâtres sont saillies dans la chambre antérieure. L'aspect de l'œil est peu satisfaisant;

il me paraît assez caractéristique pour que je me croie autorisé à porter le diagnostic d'iritis hérédo-syphilitique.

Je fais des réserves au point de vue du pronostic à cause de l'intensité du processus, des synéchies peut-être difficiles à vaincre et enfin des lésions profondes possibles.

Je prescris des compresses d'eau boriquée chaude à mettre en permanence sur l'œil malade, plus trois installations par jour d'un collyre à l'atropine; à l'intérieur je donne la liqueur de Van Swieten sur le refus de la mère de soumettre son enfant aux frictions mercurielles et à l'ingestion de l'iodure de potassium.

L'enfant étant fatiguée et la mère se trouvant très pressée de rentrer chez elle, je n'avais pu faire un examen complet de ma petite malade et j'avais posé un diagnostic d'impression.

Le 27 avril, la petite fille est ramenée; j'interroge la mère sur une syphilis probable chez elle ou chez son mari. Elle oppose à mes questions les dénégations les plus formelles; pourtant ma conviction était déjà faite à cause des idées que cette femme avait émises sur les frictions et sur l'iodure de potassium, idées qui me faisaient soupçonner qu'elle avait de ces agents thérapeutiques une connaissance assez approfondie et qu'elle appréciait mal les services que ceux-ci

avaient pu lui rendre à une certaine époque.

En continuant mon interrogatoire, j'apprends que l'enfant est régulièrement venue à terme sans incident, qu'alors elle n'a rien montré de remarquable, mais que 3 semaines après sa naissance elle a présenté quelques éruptions localisées à la face et aux cuisses.

Je fais déshabiller la malade qui semble admirablement constituée et ne présente à première vue aucune trace suspecte. Ce n'est qu'en écartant les fesses que je remarque la présence de syphilides qui me confirment dans mon diagnostic.

Le 28 avril, les symptômes oculaires sont un peu moins aigus, la cornée est moins trouble; on peut constater que les nodules jaunes sont au nombre de deux ou trois et siègent près du bord pupillaire à la partie supéro-interne de l'iris.

Le 30 avril, l'amélioration s'est encore prononcée, la cornée et l'humeur aqueuse ont repris leur transparence et on voit admirablement les nodules déjà signalés entourés d'une zone brunâtre et laissant en partie libre la face antérieure de l'iris.

Le 3 mai, les synéchies ont toutes cédé, la pupille est assez bien dilatée; les nodules ont diminué de volume.

Le 6 marche rapide vers la guérison; la résorption des exsudats se fait mieux que je ne l'avais d'abord supposé; il n'y a plus le moindre symptôme inflammatoire; ni rougeur, ni photophobie; l'enfant ouvre très bien l'œil. Je finis par faire admettre à la mère l'iodure de potassium que je prescris à la dose de 50 centigrammes; je supprime la liqueur de Van Swieten.

Le 18 mai, la guérison est complète, il n'y a plus de synéchies, la pupille est très bien dilatée; toutefois l'iris semble légèrement atrophié et conserve une teinte verdâtre. Je peux pratiquer l'examen ophtalmoscopique; les milieux sont parfaitement transparents; le fond de l'œil est normal; je ne vois de particulier que quelques faibles traces de synéchies rompues sur la cristalloïde antérieure.

L'état général de l'enfant est parfait; les syphilides anales ont presque tout à fait disparu.

Je considère l'affection oculaire comme terminée; j'insiste vivement pour que l'usage de l'atropine soit continué encore quelque temps et pour que l'iodure de potassium ne soit pas supprimé sans nouvel avis.

La mère très satisfaite de la tournure qu'ont prise les choses se décide, sur de nouvelles instances, à me faire des aveux complets et voici ce que j'apprends d'elle.

Cette femme, âgée de 26 ans, s'est mariée en secondes noces au mois de juin 1883. Son premier mari mort phtisique n'a jamais eu d'affection spécifique. Elle a eu de lui deux enfants; le premier est mort de méningite tuberculeuse à six mois; le second actuellement vivant a toujours été bien portant. Jamais elle n'a fait de fausse couche et sa santé a toujours été excellente pendant cette première union.

Trois mois après son second mariage, M<sup>me</sup> F... a eu des accidents syphilitiques très nets constatés par son médecin habituel (chancre, roséole, plaques muqueuses). Ces accidents lui ont été transmis par son second mari. Elle a suivi alors pendant trois mois un traitement (pilules de proto-iodure) qui a fait disparaître tous les phénomènes; ceux-ci, à son dire, n'ont jamais reparu depuis. C'est huit à neuf mois après ce deuxième mariage que cette femme a senti les premiers symptômes de la grossesse qui nous intéresse. Cette grossesse s'est très bien passée et l'enfant est venue à terme sans incident.

Le père avait contracté la syphilis cinq mois avant d'épouser M<sup>me</sup> F..., soit huit mois avant de l'avoir contagionnée. A ce moment il était en pleine puissance d'accidents secondaires (plaques muqueuses). Il a suivi un traitement mercuriel et n'a pas tardé à l'abandonner au bout

de quelques jours, les accidents ayant cédé rapidement. Depuis il paraît s'être bien porté.

Le fait que je viens de rapporter prêle à quelques commentaires.

Il se rapproche de ceux déjà observés par l'âge de la malade qui a commencé à souffrir de l'œil à 5 mois 1/2. La plupart du temps c'est à cette époque que l'iritis fait son apparition et elle devient d'autant plus rare qu'on s'éloigne plus de la naissance.

L'enfant est du sexe féminin; on sait que les filles paraissent plus souvent atteintes que les garçons (??).

Les exsudats (sur la nature desquels je reviendrai) ont été abondants; c'est un caractère fréquent.

La cornée est restée indemne comme dans presque tous les cas publiés; en effet, je ne veux pas considérer comme une véritable altération propre à la membrane transparente le trouble très passager que j'ai signalé plus haut.

Ce fait confirme encore la règle en ce qui concerne le temps écoulé entre l'infection des parents et la naissance de l'enfant contaminée. Il s'agissait d'une syphilis relativement jeune des parents, puisque l'infection de la mère avait eu lieu 14 à 15 mois avant l'accouchement et celle du père 24 à 26 mois avant cette époque.

Au moment de la conception les deux époux semblent avoir été indemnes d'accidents syphilitiques ; pendant tout le temps de sa grossesse la mère n'a pas présenté un seul accident spécifique ; l'intérêt de tout ceci me semble résider dans la précision des détails.

L'œil gauche seul a été atteint ; l'iritis est restée monoculaire, comme on le voit généralement.

Si le fait que j'ai signalé a des points communs avec ceux déjà connus, il s'en éloigne par certains côtés.

Ainsi l'iritis a été très aiguë, les phénomènes douloureux ont eu une grande intensité ; il y avait de la photophobie et une grande vascularité conjonctivale ; en général cette variété passe pour torpide.

Il est rare que les enfants atteints d'iritis hérédosyphilitique ne présentent pas en même temps diverses autres manifestations de la diathèse (coryza, éruptions cutanées, etc.), et une cachexie plus ou moins marquée.

Notre petite fille semblait, au contraire, jouir d'une santé florissante ; c'était, on peut le dire, une enfant superbe et à part les syphilides anofessières rien n'aurait pu faire supposer l'affection diathésique. Un enfant peut donc être en puissance de vérole et présenter une apparence

des plus satisfaisantes. D'où cette nécessité pour le médecin de se livrer à un examen des plus minutieux alors qu'il aura à se prononcer sur un cas possible d'intoxication. Dans le doute il faudra toujours renouveler les investigations et ne jamais se fier à l'aspect extérieur du malade. Dans le cas particulier il est à peu près certain qu'un praticien qui examinerait notre petite malade, à la légère, pourrait se croire en droit de nier la syphilis. En effet, à l'heure où j'écris, cette enfant ne présente plus de syphilides, elle n'a aucune déformation caractéristique, elle paraît forte et saine et la vérole n'a laissé qu'une trace discrète dans l'œil atteint où on pourrait trouver une légère coloration spéciale de l'iris.

L'inflammation irienne a affecté une allure assez particulière puisque j'ai pu observer en même temps des signes d'iritis séreuse et d'iritis parenchymateuse ou plutôt gommeuse.

Les troubles de l'humeur aqueuse, le piqueté de la membrane de Descemet sont l'apanage de l'iritis séreuse ou « aquo-capsulite » des anciens qu'on considère aujourd'hui avec plus de raison comme une vraie lymphangite. D'autre part la couleur jaunâtre des nodules, le liséré brunâtre qui les a entourés, leur siège au niveau du bord pupillaire à la partie supéro-interne de l'iris, la guérison rapide avec atrophie et changement

de coloration de la membrane sont des signes qui me paraissent assez nets pour affirmer la présence de gommés iriennes.

On sait que Colberg (*Arch. f. opht.*, t. VIII) a démontré l'identité des nodules jaunâtres de l'iris avec les gommés (au début) des autres organes; je suis donc parfaitement autorisé à donner de ces productions l'interprétation précédente. Il n'y aurait pu avoir ici confusion qu'entre des abcès ou des tubercules, mais la question me semble jugée par la disparition rapide de l'affection sous l'influence du traitement sans parler des autres circonstances concomitantes. Ces productions gommeuses sont rares, mais on ne peut, depuis les travaux de l'auteur que je viens de citer, mettre leur existence en doute un seul instant.

Le professeur Fournier a insisté sur l'apparition de l'iritis au moment des phénomènes secondaires, chez l'adulte, cette observation confirme sa façon de voir.

Hutchinson a recherché si « l'aquo-capsulite » pouvait exister dans la syphilis héréditaire et il est arrivé à des conclusions négatives. Il rapporte six observations d'iritis séreuse, et dans un seul cas il y avait lieu de soupçonner la vérole. Outre l'affection gommeuse notre malade a présenté des symptômes très nets d'iritis sé-

reuse; ne pourrait-on déduire de cela la possibilité de l'existence isolée de « l'aquo-capsulite » dans la syphilis héréditaire?

Le fait que je viens de publier me semble, en résumé, devoir encourager les ophthalmologistes à rechercher la vérole chez les jeunes enfants atteints d'inflammation oculaire. La part de cette diathèse est certainement plus grande que celle qu'on lui accorde généralement. Le clinicien sera largement payé de ses peines alors qu'un examen consciencieux lui aura révélé la vraie cause de l'affection qu'il veut combattre. Il trouvera le cas échéant, dans le traitement antisiphilitique, une arme puissante qui, comme dans notre observation, le conduira à un rapide succès. Ce traitement aura le plus souvent raison d'affections même fort graves en apparence. Il est à peine besoin de dire que plus il sera institué de bonne heure, plus il se montrera efficace. Néanmoins, je crois que, même dans les altérations anciennes, on devra y avoir recours avec confiance.

On ne saurait trop dire combien est grande l'importance de l'examen des yeux des individus chez lesquels on est appelé à rechercher les traces de la syphilis héréditaire. Beaucoup d'iritis hérédo-siphilitiques sont méconnues dans l'enfance, et par suite laissent une marque in-

délébile qui pourra guider le médecin dans son diagnostic rétrospectif.

En mettant tout cela en lumière, Hutchinson a rendu à la science un signalé service et il a droit à la reconnaissance de ses confrères puisqu'il leur a permis d'être utiles là où, sans lui, ils seraient impuissants.

---

#### IRITIS DANS LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE

---

La syphilis héréditaire tardive exerce dans l'organisme des ravages dont la cause première reste bien souvent ignorée. Toutes les questions qui ont trait aux manifestations de la vérole en dehors de la première enfance prennent donc une importance capitale, car la diathèse frappant à une époque de l'existence où on ne songe à elle que rarement a une liberté d'action des plus étendues. Les beaux travaux du docteur Fournier ont appelé l'attention sur ces points. Il y a là un grand service rendu.

Je veux ici donner quelques détails sur des troubles oculaires rarement rapportés à leur véritable cause et qui méconnus peuvent avoir les plus funestes conséquences. Il s'agit des dif-

férentes formes d'iritis qui surviennent sous l'influence de la vérole congénitale tardive.

C'est au remarquable talent d'observation d'Hutchinson que nous devons la connaissance des rapports qui existent entre ces iritis et la syphilis héréditaire. Si cet auteur n'a pas publié le premier cas de ce genre qui est dû à Lawrence, il n'en a pas moins eu le grand mérite de rassembler des faits démonstratifs, de les comparer les uns aux autres avec un grand esprit de sagacité et de convaincre tous les vrais cliniciens. Pour être juste, il faut dire que depuis le travail de Lawrence quelques cas avaient été rapportés par Jacob, Maunsell et Evansen, Waltier et Dixen.

Cette complication de la vérole congénitale est rare, d'après Hutchinson.

Toutefois, je crois à une fréquence plus grande que celle qu'indique le savant chirurgien, car depuis 3 ans que mon attention est éveillée sur ce sujet, j'ai été à même d'observer onze cas d'aspect clinique assez différent pour m'autoriser à établir la classification que je proposerai tout à l'heure. Néanmoins, il ne s'agit pas d'une affection commune, et c'est bien plus à cette rareté qu'à la négligence des observateurs qu'il faut attribuer la pénurie des documents sur cette question. S'il est relativement facile de

trouver des observations concluantes d'iritis chez les très jeunes enfants, la chose devient presque impossible lorsqu'on cherche à étudier cette affection chez des sujets plus âgés.

Après 2 ans il semble que l'iritis se rencontre rarement, mais à cause de sa marche insidieuse, la maladie passe souvent inaperçue et, même diagnostiquée, elle est fréquemment attribuée à une autre cause. La recherche de l'infection est trop négligée dans ces cas; cependant quelle ne devrait pas être la satisfaction du médecin qui du même coup trouve la cause de la maladie et le moyen de la combattre efficacement?

Essayons de grouper quelques renseignements.

Les individus du sexe féminin semblent plus souvent atteints que ceux du sexe masculin; il y a peut-être là une simple question de série, mais le fait est bon à signaler.

Plus souvent double que monoculaire, l'iritis frappe en général successivement les deux yeux.

Il est difficile d'établir combien il s'est écoulé de temps entre l'infection des parents et la naissance des enfants contaminés, et pourtant il y aurait là une notion intéressante à posséder. Il semble qu'on puisse généralement mettre en cause une syphilis relativement jeune des pa-

rents. Dans 2 cas d'Hutchinson, cependant, la contamination du père remontait à 5 et à 7 ans.

On constate, en même temps que l'iritis, d'autres accidents syphilitiques tels que la cachexie, éruptions diverses, coryzas, mais on rencontre quelques malades jouissant en apparence de la santé la plus florissante. Il ne faudra donc pas conclure de l'absence d'autres signes de vérole à la non existence de la diathèse. Les examens devront être fréquemment répétés et les renseignements sur les ascendants recueillis avec le plus grand soin.

On peut décrire quatre variétés d'iritis hérédito-syphilitique tardive :

- 1° L'iritis aiguë.
- 2° L'iritis chronique simple ou compliquée.
- 3° L'iritis gommeuse.

4° L'iritis séreuse, aquo-capsulite des anciens auteurs.

Cette classification m'est absolument personnelle, je pense pouvoir la maintenir en me basant sur les faits observés.

La première variété est très rare. Elle est caractérisée par une injection conjonctivale assez considérable, des douleurs ciliaires, de la photophobie, de la déformation pupillaire, un changement de couleur de l'iris, en résumé par les

signes et les conséquences de l'iritis aiguë vulgaire. J'ai pu en observer un exemple sur une jeune fille de 12 ans manifestement hérédo-syphilitique. Elle présentait un cas typique d'iritis aiguë d'apparence commune. La lésion qui ne s'était pas modifiée sous l'influence des remèdes usuels et du salicylate de soude, céda rapidement à l'emploi des frictions et de l'iodure de potassium.

La seconde variété est de beaucoup la plus commune. C'est l'iritis type d'Hutchinson. Le début en est lent, insidieux, sans réaction ; la vascularité y est faible, les synéchies se forment peu à peu en déformant graduellement la pupille. La douleur y est presque nulle. Si bien que cette forme, souvent méconnue au début, passe quelquefois presque inaperçue des malades inintelligents ou peu soucieux de leur personne. Il se produit ensuite un exsudat, en général abondant, blanc, jaune ou rougeâtre, en même temps que l'iris se gonfle et change de couleur. On comprend donc avec facilité que cette variété peut aboutir à l'obstruction pupillaire, et par suite à la cécité.

Comme règle, la cornée reste intacte. Parfois cependant elle s'affecte et finit par se scléroser.

Cette iritis peut exister seule, comme aussi

se compliquer de lésions profondes, telles que cataractes secondaires, inflammations du corps vitré, rétinites, choroïdites disséminées et diffuses. Il faut toujours avoir présente à l'esprit cette possibilité des lésions profondes et ne jamais négliger l'examen ophtalmoscopique dès que la dilatation pupillaire obtenue par l'atropine rend possible cet examen.

Les gommages de l'iris (3<sup>e</sup> variété) paraissent rares dans la syphilis héréditaire, mais elles le sont en réalité moins qu'on ne le pense communément. Plus nombreuses seraient les observations, si beaucoup de productions n'avaient été prises pour des tubercules. A ce propos, Nettleship et Fox rapportent (*Transactions of the ophth. soc. of the U. k.*, vol. 1, p. 19) un fait intéressant. Une jeune fille de 13 ans dut subir l'énucléation d'un œil pour de soi-disant tubercules de l'iris ; l'autre œil présenta des granulations jaunâtres peu nombreuses, entourées d'un liseré jaunâtre, analogues à celles de l'organe enlevé ; elles disparurent par la suite sous l'influence du traitement mercuriel.

Les gommages iriennes se montrent, sur un fond d'iritis, sous la forme de nodules jaunâtres peu nombreux, parfois entourés d'un liseré jaunâtre et siégeant fréquemment au niveau du bord pupillaire à la partie supéro-

interne de l'iris. Elles guérissent rapidement sous l'influence du traitement, mais laissent après elles une atrophie et un changement de coloration de l'iris.

La 4<sup>e</sup> variété est l'iritis séreuse ou aquo-capsulite des anciens ophthalmologistes ; on la considère aujourd'hui comme une véritable lymphangite oculaire. On remarque sur la couche postérieure de la cornée des petits dépôts pointillés, les autres couches restant transparentes et permettant d'examiner l'iris qui est tuméfié et enflammé. Très souvent aussi l'humeur aqueuse est louche et la membrane irienne n'est vue qu'à travers un voile nuageux.

Cette forme est peut-être la plus rare des quatre. Hutchinson n'a pu en relater qu'un cas à peu près convaincant. Massaloux-Lamonerie (thèse de Paris 1883, obs. VI) rapporte un cas assez probant.

Il faut avouer que des observations plus complètes seraient à désirer, quoique celles qui existent soient de nature à amener une conviction intime sur l'existence isolée de cette forme qui souvent coexiste avec la deuxième variété.

En somme, sur ces quatre types d'iritis, deux, le premier et le second, se présentent avec un aspect banal et ils ne peuvent être rapportés à la

vérole que grâce aux symptômes concomitants et à leur facilité à guérir par le traitement.

Le deuxième type a des caractères assez particuliers (marche insidieuse, torpidité), surtout quand il est compliqué de lésions profondes, pour imposer la diagnostic étiologique.

Le troisième type dont nous avons plus haut rapporté un très bel exemple est absolument typique et ne peut appartenir qu'à la syphilis.

Que dire du pronostic de ces iritis ?

Prises au début, elles guériront sûrement sous l'influence du traitement spécifique et des moyens locaux. La seconde variété (forme chronique torpide) est la plus sérieuse à cause de sa marche insidieuse, de la fréquence des obstructions pupillaires et de la coexistence possible des lésions profondes.

Dans les cas bien nets le diagnostic est des plus faciles ; un simple examen direct aidé de l'emploi de l'écarteur fera reconnaître l'affection. En présence d'une iritis à forme irrégulière et à étiologie embarrassante, il sera toujours utile de rechercher la syphilis héréditaire. Nous n'avons pas à insister ici sur cette recherche, mais nous ne craignons pas de répéter que l'enquête devra toujours être des plus minutieuses et souvent renouvelée. Rarement l'hérédosyphilis s'impose.