

Hémiplégie survint peu de temps après la disparition de la roséole ; la guérison ne fut pas tout à fait complète. Le docteur Kuh a de son côté rapporté (1) un fait qui mérite d'être rapproché des précédents. Une femme âgée de quarante-sept ans manifesta, quatre à cinq semaines après l'apparition d'un écoulement aux parties génitales, une syphilide papulo-squameuse avec adénopathie et alopecie. Quinze jours plus tard, elle éprouva de la céphalalgie, des douleurs dans l'œil droit, avec diminution de la vue de ce côté ; en même temps survint de la faiblesse des membres inférieurs. Dans l'examen que l'on fit de cette malade, on constata, outre ces symptômes, une iritis et des condylomes à la région des lèvres. La faiblesse du membre inférieur gauche se changea bientôt en une paralysie complète, qui succéda, avec la chute de la paupière de l'œil droit, à une attaque convulsive. Par suite de l'emploi de l'iodure de potassium, une légère amélioration se manifesta, mais de nouvelles convulsions amenèrent l'apathie, la somnolence, la sterteur et enfin la mort. L'ouverture cadavérique montra une infiltration des méninges de la convexité par un exsudat jaune que l'on retrouva encore sous forme de petites masses dans l'épaisseur de la substance des hémisphères.

Si je m'en rapporte à quelques faits observés par moi depuis ces dernières années, les affections secondaires des centres nerveux se traduisent par des symptômes peu différents de ceux des phlegmasies subaiguës de ces centres. Un homme jeune, que j'ai traité en 1870 à la Maison municipale de santé, présenta, dans le cours d'une syphilis secondaire, des accidents qui avaient toutes les allures d'une méningite cérébro-rachidienne et qui guérirent rapidement par l'emploi de l'iodure de potassium. Les lésions de la moelle épinière ne paraissent pas se comporter d'une autre façon. Contrairement à ce que nous verrons plus tard, elles sont en général diffuses, étendues pendant la période secondaire ; en même temps elles présentent les caractères symptomatiques d'une inflammation subaiguë. Un jeune Américain des plus robustes contracte un chancre, et, malgré un traitement mercuriel, il est, trois mois plus tard, atteint d'une éruption rubéolique et de périostoses superficielles. Vers le septième mois de sa maladie il éprouve des fourmillements et de la faiblesse d'abord dans la jambe droite, puis dans la jambe gauche, de telle sorte qu'au bout de huit jours il était atteint d'une paralysie complète du sentiment et du mouvement de la moitié inférieure du tronc, avec abolition des actes réflexes des jambes. Cette paraplégie, malgré un traitement spécifique, fut suivie d'eschares persistantes et de l'atrophie des muscles paralysés. Toutefois, deux petites tumeurs ayant leur siège dans les épидидymes cédèrent assez vite au traitement ioduré. Aucun caractère spécial en dehors des accidents concomitants n'est propre à révéler ici la nature de l'affection nerveuse, et, pour ce motif, les altérations secondaires du système nerveux réclament une étude plus approfondie.

Les antécédents des malades et les symptômes syphilitiques qui accompagnent assez ordinairement ces affections, aideront à en diagnostiquer la nature et conduiront à l'emploi d'un traitement efficace.

(1) *Prager med. Wochenschr.* 23, 1864, et *Schmidt's Jahrb.* Bd. CXXV, S. 312. — Consultez Aug. Berger, *Zur Casuistik der Hirnaffect. bei sekundärer Syphilis*, inaug. Abhandl.

Le pronostic des paralysies syphilitiques secondaires, très-variable suivant l'étendue de ces paralysies, est relativement moins sérieux, même lorsqu'on méconnaît leur liaison avec la syphilis, que celui des paralysies d'égale intensité provenant d'une lésion matérielle d'origine différente. La connaissance de ces paralysies permettra d'activer la marche de la maladie et d'obtenir une guérison beaucoup plus prompte.

#### AFFECTIONS OCULAIRES (OPHTHALMIES SECONDAIRES).

Dans les premières années de ce siècle, Travers et Lawrence en Angleterre, Beer (1) en Allemagne et Sichel (2) en France, étudièrent les lésions syphilitiques des paupières et de l'iris. L'ophtalmoscope devait nous faire connaître les lésions plus profondes de la choroïde et de la rétine ; de Graefe, Desmarres (3) et Follin (4) étaient appelés à l'honneur de nous en donner les premières descriptions.

De toutes les manifestations de la syphilis, ces affections sont peut-être celles qu'il est le plus difficile de classer. Tantôt elles accompagnent les syphilides exanthématiques, tantôt, apparaissant plus tardivement, elles constituent pour ainsi dire une époque de transition entre les altérations secondaires et les affections tertiaires. En général, l'œil est envahi de sa partie antérieure à sa partie postérieure, et ses lésions sont d'autant mieux circonscrites et plus graves qu'elles surviennent à une période plus éloignée du début de l'accident primitif. A dire vrai, aucune des membranes oculaires n'est à l'abri des atteintes de la syphilis. L'iris et la choroïde sont les plus exposés, à cause, sans doute, de leur grande vascularisation, et comme en définitive la localisation morbide se limite plus spécialement à l'une ou à l'autre membrane, il en résulte que nous devons faire l'étude successive des altérations propres à chacune d'elles.

#### IRITIS.

BIBLIOGRAPHIE. — CARMICHAEL, *Observ. on the effc. of turpentine in the venereal and others inflam. of the Eye.* Dublin, 1829. — LAWRENCE, *On the venereal diseases of the eye.* London, 1830. — VELPEAU, *Dict.* en 30 vol., art. Iritis. — AMMON, *De iritide*, Leipzig, 1839 et *Iritis séreuse*, etc. *Annales de la chirurgie franç. et étrangère*, 1844, t. X. — RICORD, *Clinique iconogr. de l'hôpital des vénériens*, Paris, 1851, et *De l'iritis syphilitique* (*Annales d'oculistique*, t. XXXVI). — CH. DÉVAL, *Des affections vénériennes de l'œil* (*Gaz. méd.*, p. 2, 1848). — TAVIGNOT, *Iritis syphilitique* (*Gaz. des hôpit.*, 1848). — M. ROBERT, *Mém. sur l'iritis syphilitique* (*Rev. méd. chir.*, t. X, p. 86, 185). — FELLETIN, *De l'iritis syphilitique*. Thèse de Paris, 1867. — DESMARRS, *Gaz. des hôpit.*, 1870, p. 303. — H. SCHMIDT, *Berlin. klin. Wochenschr.*, IX, 23, 1872. — G. GASCOYEN, *Cases of iritis occurring in syphilis treated with mercury*, etc., *Med. chir. Transact.*, t. LII, 265, 1869.

(1) Beer, *Lehre von den Augenkrankheiten*. Wien, 1813-1815.

(2) Sichel, *Gaz. des hôpitaux*, 1833, n° 32 ; *Traité de l'ophtalmie*, etc. 1837, p. 426 à 456 ; *Journal des connaissances médicales pratiques*, déc. 1840, p. 65 et suiv., janv. 1841, p. 97 et suiv. ; *Iconographie ophthalmologique*. Paris, 1853, p. 129.

(3) Desmarres, *Traité des maladies des yeux*. Paris, 1859.

(4) E. Follin, *Leçons sur l'exploration de l'œil*. Paris, 1863.

Mise en question par J. de Vigo, figurée par Beer, Dalrymple et Sichel, l'iritis syphilitique a été décrite, quant à ses symptômes, par Lawrence, Desmarres, Mackenzie, Wharton Jones et la plupart des ophthalmologistes modernes. L'un des auteurs qui se sont occupés de son étude anatomique, Virchow, reconnaît une iritis superficielle (*peri-iritis, iritis serosa*), et une iritis profonde (*iritis parenchymatosa*), dont l'une occasionne des synéchies et des atrésies, tandis que l'autre amène des épaissements, des cicatrices et des rétractions. Cet auteur incline à admettre encore une iritis gommeuse, de la sorte on trouverait dans l'iris tous les modes d'altération qui seront signalés plus tard dans le foie, les testicules et les principaux viscères. En fait, les altérations syphilitiques de l'iris ne présentent pas toujours les mêmes caractères : les unes, plus superficielles et aussi plus étendues, envahissent toute la membrane irienne ; les autres, plus tardives, plus profondes et mieux circonscrites, dépassent à peine dans certains cas les limites du cercle ciliaire. C'est dans l'épaisseur même de la membrane que ces dernières se développent pour venir ensuite éclore à sa surface ; mais on a rarement l'occasion d'examiner ces lésions de l'iritis syphilitique que certains auteurs ont comparées aux dépôts gommeux. Cependant, A. Græfe et Tolberg (1), ayant extirpé une tumeur syphilitique de l'iris qui menaçait d'amener la fonte purulente de l'œil, trouvèrent que cette tumeur présentait, à l'examen microscopique, tous les caractères assignés aux tumeurs gommeuses jeunes. Ce fait que l'iris est susceptible de devenir le siège de dépôts analogues aux dépôts gommeux, explique l'existence de ces prétendus abcès de l'iritis syphilitique, dernier terme des tubercules gommeux. Ceux-ci, du reste, connus de Beer sous le nom de condylomes, peuvent s'ouvrir dans la chambre antérieure et devenir le point de départ d'un hypopyon, ou bien, mais beaucoup plus rarement, se faire jour à l'extérieur, après avoir perforé la cornée, ainsi qu'il arrive des gommages du testicule qui vont parfois jusqu'à détruire le scrotum.

L'iritis syphilitique se montre de neuf semaines à dix ans (2) et même plus à partir du moment de l'infection générale ; rare chez l'enfant, elle s'observe en général chez l'adulte, son début est lent, incertain et souvent insidieux. Ses symptômes sont les uns objectifs et les autres subjectifs.

*Symptômes objectifs.* — Dès le début de cette affection, l'œil devient rouge par suite de l'injection des vaisseaux et du cercle périkératique ; l'iris, d'abord terne, prend peu à peu une teinte sale, grisâtre, sombre et obscure, qui ne permet plus de voir aussi distinctement le bel arrangement de ses fibres. Quelquefois on observe à sa surface de petites élevures isolées d'un rouge brun, que Ricord et Nyman ont pu comparer aux papules syphilitiques, et qui sont peut-être uniquement formées par des extravasations sanguines. Le bord marginal et plus tard le bord libre sont atteints. Inégal, irrégulier et plus ou moins déformé, ce dernier présente une teinte d'une rougeur bleuâtre ou rouillée, qui ensuite passe au jaune.

(1) *Archiv für Ophthalmolog.*, t. VIII, 1<sup>re</sup> part., 288-296.

(2) Fl. Gunier, dans *Annales d'oculistique*, t. XVI, p. 210.

Telle est l'iritis contemporaine des exanthèmes syphilitiques. Dans l'iritis plus tardive, il arrive de rencontrer, outre ces changements, la tuméfaction et la décoloration d'un ou plusieurs points de l'iris, puis ces petites tumeurs blanchâtres dont il a été question, et enfin l'inflammation oculaire qui peut en être la conséquence. L'humeur aqueuse s'accumule alors dans les chambres de l'œil, quelquefois même on voit la cornée se troubler et présenter de petits points bruns, et l'on observe les symptômes de la kératite ponctuée.

Dans ces diverses conditions, les mouvements de l'iris sont lents, difficiles ou même impossibles sous l'influence des excitants ; la pupille est plus ou moins rétrécie, anguleuse et déplacée en haut ou en bas, son bord rétracté est parfois adhérent à la capsule du cristallin.

*Symptômes subjectifs.* — La douleur, si elle ne fait défaut, est ordinairement légère, elle se fait sentir non-seulement dans l'œil mais au pourtour de l'orbite. Continue, elle présente des exacerbations nocturnes plus intenses peut-être dans l'iritis tardive. Le larmoiement, la photophobie, sont rares, mais fréquemment la vision est diminuée en raison de la plus ou moins grande obstruction de la pupille. La photopsie n'existe qu'autant que les membranes profondes de l'œil sont simultanément affectées.

Un malaise général, un état fébrile peu intense accompagnent ces symptômes. Les deux yeux peuvent être pris à la fois quand l'iritis est précoce ; mais, en général, ils sont envahis l'un après l'autre. Dans ces conditions, d'ailleurs, les rechutes ne sont pas rares ; l'iritis tardive, plus tenace, se localise sur un seul œil.

La marche de l'iritis syphilitique est lente et la durée relativement longue en l'absence de tout traitement spécifique. La guérison est la terminaison ordinaire de l'iritis précoce (*iritis serosa*), mais elle n'est pas toujours celle de l'iritis tardive ; celle-ci laisse quelquefois à sa suite des synéchies, des déformations de la pupille et un trouble persistant de la vision, en dehors des graves complications dont elle peut être le point de départ.

*Diagnostic.* — La teinte rouillée ou cuivrée du bord libre de l'iris, les déformations plus ou moins anguleuses de l'ouverture pupillaire, et, dans certains cas, la présence de dépôts condylomateux ou tuberculeux, tels sont les signes qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic de l'iritis syphilitique ; ces signes, toutefois, n'ont de valeur absolue qu'autant qu'il existe en même temps des symptômes de syphilis secondaire, ou du moins des traces d'infection syphilitique. Suivant Galezowski (1), l'existence de l'inflammation simultanée de plusieurs membranes de l'œil est un signe important de l'iritis syphilitique.

L'évolution lente, les déformations ou même les perforations qui succèdent parfois aux dépôts syphilitiques de l'iris, serviront à distinguer ces dépôts des abcès avec lesquels il serait possible de les confondre. Mais c'est avec l'iritis rhumatismale surtout que l'iritis syphilitique présente de grandes analogies symptomatiques. Le tableau suivant, que nous devons à l'obligeance du

(1) Galezowski, *Traité des maladies des yeux*. Paris, 1872, p. 345.

docteur A. Desmarres, nous paraît résumer aussi exactement que possible les signes qui différencient ces deux affections.

## IRITIS SYPHILITIQUE.

Pas de symptômes aigus.  
Lenteur dans le début de la maladie.  
Coloration vert jaunâtre de l'iris, trouble de la cornée et de l'humeur aqueuse.  
Cercle périkératique peu accentué.  
Synéchies et exsudats pupillaires.  
Kératite ponctuée dans la période ultime.  
Condylomes iridiens.  
Peu de photophobie.  
Larmolement souvent peu abondant.  
Couleur sale de l'œil en général.

## IRITIS RHUMATISMALE.

Toujours des symptômes aigus.  
Début brusque.  
Jamais de coloration de l'iris, la cornée et l'humeur aqueuse conservent leur transparence.  
Cercle très-accentué.  
Synéchies rares.  
Jamais de kératite ponctuée.  
Jamais de condylomes.  
Photophobie des plus intenses.  
Larmolement toujours abondant.  
L'œil est plus vif, plus brillant.

Le pronostic de l'iritis syphilitique est quelquefois sérieux. Si, lorsqu'elle est précoce et soigneusement traitée, cette affection se dissipe le plus souvent sans laisser de trace, il n'en est pas toujours ainsi quand elle se trouve abandonnée à elle-même, car elle peut s'étendre à la choroïde ou à la rétine, et amener la destruction de l'œil. Gascoyen prétend néanmoins qu'un traitement simple produit des résultats aussi satisfaisants que le traitement spécifique. L'iritis syphilitique tardive est une affection dangereuse et qui peut compromettre l'intégrité de la fonction visuelle.

## CHOROÏDITE.

BIBLIOGRAPHIE. — DE GRÆFE, *Affections syphilitiques des yeux*, Deutsche Klinik, 1858, n° 24, et *Archives génér. de méd.*, 1859, t. I, 347. — HUTCHINSON, *Ophth. hosp. Reports*, 1859-1860, vol. II, p. 258. — A. SCHULZE, *De la choroïdite syphilitique*. Thèse de Paris, 1859. — BADER, *Des apparences ophthalmoscopiques de la syphilis secondaire*, *Ophthalmic hospital Reports*, t. I, p. 245, 251, et *Annales d'oculistique*, t. XLII, p. 163. — Le MÊME, dans *Guy's hosp. Reports*, ser. III, vol. XVI, p. 463. — MEILHAC, *Recherches sur l'amaurose syphilitique*. Thèse de Paris, 1863. — COCCI, *Sur l'amaurose syphilitique* (*Gaz. med. lombarda ital.*, 1864, n° 10). — X. GALEZOWSKI, *Observations cliniques sur les maladies des yeux*. Paris, 1862, et *Archives génér. de méd.*, t. I, p. 133, 1871. — RICH. LIEBREICH, *Atlas d'ophtalmoscopie*. Paris, 1863.

De même que l'iritis, la choroïdite est une affection qu'il n'est pas très-rare de rencontrer dans le cours de la syphilis secondaire. Tantôt altérée dans toute son étendue, la membrane vasculaire de l'œil est d'autres fois plus particulièrement affectée dans sa moitié postérieure ou dans sa moitié antérieure. Dans l'un et dans l'autre cas, l'altération peut se transmettre aux membranes voisines et produire des choroïdo-rétinites ou des irido-cyclites. La faible réaction qui accompagne la choroïdite contribue à rendre son début quelquefois incertain; plus tard elle se manifeste, comme l'iritis, par deux ordres de phénomènes, les uns subjectifs, les autres objectifs.

*Symptômes subjectifs.* — Un trouble visuel léger, une sorte de lassitude oculaire, une sensation de tension douloureuse peu intense, mais profonde, sont les premiers symptômes qui éveillent l'attention des malades. L'affaiblissement de la vue progressé peu à peu, les objets apparaissent comme à travers un brouillard graduellement épais; quelquefois, mais exceptionnellement, il y a perception de points opaques fixes ou de mouches volantes; il n'existe de photopsie qu'autant que la rétine est simultanément affectée. La vue, d'abord diminuée, peut être plus tard complètement perdue. La douleur aussi est susceptible de devenir plus intense ou même de présenter des exacerbations nocturnes.

*Symptômes objectifs.* — Ils sont de beaucoup les plus importants. De longues veines à cours sinueux se montrent sous la surface conjonctivale sclérotidienne, qui, pour la plupart, de même que les muscles droits, convergent vers la cornée, où elles s'anastomosent entre elles pour former des anses ou arcades dont la convexité regarde la circonférence cornéenne. Avec cette injection, la sécrétion lacrymale n'est pas modifiée, les milieux antérieurs de l'œil sont transparents, l'ouverture pupillaire reste normale, à moins d'une iritis concomitante; la contraction de la membrane irienne est toutefois affaiblie.

A l'examen ophthalmoscopique, le corps vitré est troublé et l'on y voit flotter des flocons gris et blancs du volume d'une petite tête d'épingle ou sous forme d'une mince toile d'araignée (Bader). Sur le fond de l'œil apparaît la papille, non pas distincte et nette, mais comme à travers un verre dépoli ou un brouillard épais, voilée comme par une gaze, avec des contours confus et en quelque sorte effacés. Sa coloration, d'un blanc jaunâtre dans quelques cas, l'a fait comparer à certains aspects du soleil dans une atmosphère chargée de vapeurs. Les vaisseaux choroïdiens, injectés dès le début de l'affection (choroïdite congestive), sont quelquefois, plus tard, petits, diminués de volume, oblitérés, et la sclérotique apparaît sous forme de taches blanchâtres plus ou moins étendues. La couche pigmentaire est d'ailleurs généralement modifiée et moins opaque (macération pigmentaire). Il existe enfin, sur le segment postérieur de la choroïde principalement, de petites taches exsudatives blanches entourées d'une auréole d'un brun rougeâtre, légèrement saillantes à leur début, et qui, au rapport de de Græfe, seraient fréquemment perçues par les malades, sous forme de scotome central. Quelques auteurs admettent plusieurs variétés de cette affection; ils reconnaissent une choroïdite congestive et une choroïdite exsudative; à cette dernière ils accordent une forme diffuse dans laquelle le fond de l'œil apparaît comme voilé, et une forme circonscrite caractérisée par de petites taches blanches exsudatives. La forme circonscrite, plus tardive, est l'analogue de l'iritis gommeuse.

Le plus souvent développée sans iritis, ce qu'il est facile d'expliquer par l'indépendance des deux membranes, la choroïdite occupe un seul œil ou les deux yeux; mais la tendance à la duplicité paraît d'autant moindre que la syphilis est plus avancée en âge, et cela sans doute en vertu de la loi générale suivant laquelle cette maladie circonscrit davantage ses manifestations au fur et à mesure qu'elle s'éloigne de son début. Dans quelques cas, on peut noter la coexistence d'une iritis et d'une choroïdite, tantôt dans le

même œil, tantôt dans deux yeux différents. Sur 19 cas observés par Galezowski à la clinique de Desmarres, 6 fois il y eut une iritis concomitante.

La marche de la choroïdite syphilitique est ordinairement lente ; cette affection dure quelquefois des mois entiers pendant le cours desquels elle peut présenter des améliorations et des aggravations successives. La guérison est sa terminaison habituelle, pourvu qu'elle soit reconnue et traitée assez tôt. Le corps vitré reprend sa transparence normale, les taches blanches s'effacent, la papille se dégage ; il ne reste d'autre trace de l'altération choroïdienne que de petites taches pigmentaires disséminées, qui peuvent donner à la rétine un aspect semblable à celui de la peau de léopard. D'autres fois, la vue, plus ou moins altérée ne revient qu'en partie, soit qu'il y ait eu lésion concomitante de la rétine ou atrophie consécutive de la papille optique. Dans ce dernier cas, on conçoit toute la gravité de la choroïdite syphilitique ; mais ce résultat appartient aux choroïdites tardives plutôt qu'aux choroïdites précoces. On s'explique facilement d'ailleurs que le voisinage de la choroïde et de la rétine soit une condition fâcheuse bien capable de rendre le pronostic de la choroïdite plus grave que celui de l'iritis.

*Diagnostic.* — Pas plus qu'un grand nombre d'autres manifestations, la choroïdite syphilitique n'a de caractères spécifiques absolus, ce qui revient à dire que, pour arriver au diagnostic de cette lésion oculaire, il faut s'aider de la connaissance des antécédents des malades et de toutes les localisations morbides actuellement existantes. Les flocons du corps vitré et les altérations rétinienne consécutive à un désordre cérébral sont les affections le plus souvent confondues avec la choroïdite syphilitique ; or, comme les flocons du corps vitré masquent le fond de l'œil et la papille dans les cas seulement où le champ pupillaire est étroit, il suffit de dilater la pupille pour faire cesser l'incertitude. Relativement aux flocons du corps vitré qui coïncident avec la choroïdite syphilitique, il est évident que le diagnostic de leur cause sera éclairci par les symptômes de cette dernière affection. Les altérations secondaires de la rétine survenant dans le cours des affections cérébrales se manifestent, dans le principe, comme la choroïdite syphilitique, par une exagération de la vascularité et la présence d'une sorte d'œdème ou de néoplasme qui rend les contours de la papille optique très-diffus. Ce néoplasme, toutefois, sous forme de points ou de taches blanches, occupe non plus la choroïde le plus souvent intacte, mais la rétine dont il couvre les vaisseaux. Le corps vitré conserve d'ailleurs sa transparence.

## RÉTINITE.

*BIBLIOGRAPHIE.* — DESMARRÉS, *Œdème syph. de la rétine*, dans *Traité des maladies des yeux*, Paris, 1858, p. 505. — WADE, *De la rétinite syphilitique*, The Midland quart. Journ. of med. Sc., may 1857. — J. JACOBSON, *Retinitis syphilitica*. Königsberg Jahresb., Band I, Heft 3, 1859. — MÉTAXAS, *De l'exploration de la rétine et des altérations de cette membrane visibles à l'ophthalmoscope*, Thèse de Paris, 1861. — BRENNIG, *Syphilit. Netzhautentzündung*, Ungar Zeitschr., 1861, n° 10. — FANO, *De la rétinite syphilitique* (Union méd., 1861, n° 67). — HUTCHINSON et JACKSON, *Inflammation syphilitique de la rétine, de la choroïde et du cristallin* (Medic. Times and Gaz., sept. 14, octobr. 19, 25, 1861). — H. TAYLOR, *Brit. med. Journ.*, 1862 et

*Gaz. méd.*, p. 424, 1863. — SCHREIBER, *Complete Amaurose in Folge einer acuten Retinitis bei einem syphilitischen Individuum*, etc. Wien Med. Hall, III, 1862, et Schmid's Jahresb., t. 127, p. 75. — GALEZOWSKI, *Rétinite syphilitique* (Gaz. des hôp., 12 sept. 1866, et Archiv. de méd., t. I, 122, 1874). — VON GRAEFE, *Ueber centrale recidivirende Retinitis*, Archiv f. Ophthalm., t. XII, p. 211. — GROSSMANN, dans *Wien. med. Press.*, VII, 22, 23. — BULL, *Des lésions syphilitiques de la rétine*, Nordiske med. Arch., vol. III, p. 18, 22. — JACQUEY, *Des affect. syph. du fond de l'œil*. Thèse de Paris, 1870.

La rétinite syphilitique n'est pas, comme l'iritis et la choroïdite, une affection admise sans contestation par tous les ophthalmologistes. Quelques-uns, considèrent comme des choroïdites la plupart des manifestations profondes de l'œil qui surviennent dans le cours de la période secondaire. Jacobson, au contraire, admet une rétinite syphilitique pouvant coexister ou alterner avec des éruptions syphilitiques secondaires sans avoir été précédée d'iritis ou de choroïdite. Cette lésion rétinienne cède à un traitement antidyscrasique, tandis qu'elle persiste indéfiniment avec un traitement purement antiphlogistique.

Métaxas, Schreiber, Galezowski et quelques autres auteurs ont rapporté, après Jacobson, des cas de rétinite syphilitique secondaire. Quoique rares, ces cas n'en sont pas moins probants, de telle sorte que la rétine peut, comme les centres nerveux, être affectée de syphilis secondaire.

La rétinite syphilitique débute lentement ; la vision s'affaiblit peu à peu ou rapidement, et les malades sont pris en peu de temps d'une cécité plus ou moins grave. Un symptôme qui n'existe pas dans la simple choroïdite, c'est une photophobie plus ou moins intense ; il rend souvent difficile l'examen à l'aide de l'ophthalmoscope. Les malades, en outre, ont devant les yeux des cercles lumineux (photopsie), des taches, des mouches volantes, des objets colorés (chromatopsie), et souvent ils présentent un phénomène des plus curieux, qui est l'invisibilité partielle des couleurs ou daltonisme morbide. L'extérieur de l'œil n'offre rien de particulier, mais les vaisseaux de la rétine sont injectés, et cette membrane présente une coloration anormale et un défaut de transparence manifeste surtout au niveau du nerf optique, où l'on voit comme une sorte d'œdème (Desmarres). Rougeâtre ou rosée, la papille a des contours mal limités et circonscrits par une zone d'un vert sale (cas de Schreiber). La rétine présente des exsudations blanchâtres périvasculaires, et quelquefois des taches hémorragiques plus ou moins nombreuses produites par la rupture des veines et des capillaires. Dans un cas rapporté par Liebreich (1), les veines qui se dirigeaient (dans l'image renversée) en haut étaient très-dilatées et flexueuses, tandis que les vaisseaux de la moitié inférieure étaient très-ténus et partiellement oblitérés ; il existait des taches blanches rayées, situées sur la surface interne de la rétine, exerçant sur tout un faisceau de vaisseaux une compression telle que certaines branches étaient transformées en lignes blanches très-fines. Ajoutons que dans ce cas la choroïde était affectée. La coexistence d'une choroïdite ou d'une iritis avec une rétinite, une névrite ou une périnévrite optique, a une grande valeur diagnostique au point de vue de la syphilis.

(1) *Atlas d'ophthalmoscopie*, pl. X, fig. 2.

La rétinite syphilitique a une évolution lente et une durée relativement longue. Sous l'influence d'un traitement approprié, elle peut se terminer d'une façon heureuse ; mais elle est quelquefois suivie de l'atrophie de la papille et d'un affaiblissement persistant de la vision.

Le diagnostic de cette affection repose en partie sur la connaissance des antécédents du malade. Toutefois, la rétinite centrale et celle qui occupe la région de la macula reconnaissent ordinairement une cause syphilitique. La rétinite albuminurique pourrait simuler une rétinite syphilitique, mais la grande quantité des points hémorrhagiques qui l'accompagnent et l'intensité des taches blanches qui lui appartiennent, suffisent, en général pour éviter une erreur préjudiciable au malade.

#### CHAPITRE IV

##### PÉRIODE DES PRODUCTIONS GOMMEUSES, DITE DES ACCIDENTS TERTIAIRES ET QUATERNAIRES.

Cette dénomination, appropriée aux désignations qui précèdent, a de plus l'avantage de donner une idée de l'altération matérielle qui, maintenant, va fatalement dominer toute la scène pathologique. La grande dissémination des actes morbides m'avait fait songer un instant à appeler cette dernière phase du nom de période des *affections constitutionnelles*. A cette période, la syphilis, dépouillée des principaux attributs des maladies virulentes, est bien, en effet, une maladie constitutionnelle selon le sens qu'y attachait Hunter, c'est-à-dire une maladie dans laquelle toutes les parties du corps peuvent être affectées d'une seule et même manière. Mais la notion anatomique qui se rattache à la première appellation a dû décider du choix.

Dans le chapitre précédent, nous avons vu les localisations morbides de la syphilis affecter la peau, quelques membranes muqueuses, et beaucoup plus rarement les viscères. Désormais la syphilis étend ses manifestations à toutes les parties de l'organisme, et nous les retrouvons partout où existe une trame de substance conjonctive, c'est-à-dire dans tous les points du corps. Des organes divers, n'ayant de commun que l'élément conjonctif, deviennent isolément ou simultanément le siège de modifications multiples qui se traduisent toujours, à part quelques différences de forme, par des lésions très-analogues, sinon identiques. Aux altérations superficielles et passagères dont il a été question, succèdent des lésions d'une nature spéciale qui n'épargnent pas plus les viscères que les téguments. Ce ne sont plus de simples hyperémies avec ou sans exsudation, des inflammations légères et peu durables, mais bien des altérations profondes, essentiellement lentes dans leur évolution, et marquées au coin des inflammations chroniques. Tantôt étendues et disséminées dans un même organe, elles sont surtout comparables aux phlegmasies scléreuses ; tantôt mieux délimitées et circonscrites, ces

altérations se rapprochent des néoplasies, apparaissent sous forme de nodules ou de tubercules, et c'est alors que la dénomination de gommés (1) leur est plus particulièrement réservée.

Ces deux variétés anatomo-pathologiques, différentes seulement dans la forme, ont le même point de départ et la même structure ; elles se traduisent à leur début par l'apparition, au pourtour des plus petits vaisseaux et dans les vacuoles du tissu conjonctif, de petites cellules arrondies embryonnaires et plus ou moins abondantes. Les trabécules, comprimés, sont détruits peu à peu, et les jeunes cellules, que réunit une gangue fibrillaire, forment des amas dont la partie centrale ne tarde pas à se transformer en débris moléculaire, tandis que la partie périphérique reste constituée par des éléments plus vivaces arrondis ou fusiformes. Ces derniers éléments finissent même par constituer un tissu conjonctif définitif, rétractile comme le tissu cicatriciel. Or, si le néoplasme est étendu et peu abondant, son énergie organique peut lui permettre une transformation en tissu analogue au tissu ambiant, c'est-à-dire en tissu conjonctif. Si, au contraire, ce néoplasme, circonscrit, est déposé en masses plus considérables, il a par lui-même une vitalité moindre et bientôt ses parties centrales subissent un travail de régression qui entraîne la destruction même des éléments de l'organe affecté, dont le dernier terme est l'atrophie avec transformation moléculaire grasseuse. Ainsi la spécificité de la gomme ne repose pas sur une différence notable entre son tissu et celui de tout autre néoplasme phlegmasique ; elle consiste plutôt en ce que, dans un foyer considérable de tissu embryonnaire de nouvelle formation, il se délimite un noyau circonscrit plus ou moins sphérique, différant par ses métamorphoses ultérieures du tissu embryonnaire environnant. Tandis que celui-ci se transforme en un tissu fibreux qui se rétracte en donnant lieu à une cicatrice plus ou moins prononcée, celui-là subit une métamorphose muqueuse et grasseuse qui favorise sa résorption ou en fait une sorte de corps étranger destiné à être éliminé par les procédés ordinaires. Le volume, la consistance et la coloration des tumeurs gommeuses sont dans ces conditions variables. De même, les transformations qu'elles subissent sont plus ou moins rapides, et de là des différences nombreuses, que Virchow fait dépendre uniquement du terrain, de la texture plus ou moins lâche et de la vascularisation du tissu au milieu duquel se développent ces produits nouveaux, mais qui nous paraissent tenir en outre à la constitution de l'individu, à ses habitudes, et au milieu dans lequel il vit.

Les modes anatomiques en question peuvent occuper à la fois le même organe. Leur début est insidieux et jamais leur présence ne détermine ces phénomènes fébriles ou réactionnels que nous avons vus précéder fréquemment l'évolution des accidents secondaires. Leur développement est lent, leur durée toujours plus longue que celle de ces derniers accidents ; mais ce qui les distingue avant tout, c'est leur mode de terminaison. En effet, tandis

(1) Cette dénomination provient évidemment de la comparaison faite par les anciens syphili-graphes de certains produits syphilitiques avec la gomme qui s'écoule des arbres. *Tumores atheromatici, qui gummata vocantur assumpta similitudine ab arboribus quoniam in morbo gallico crescunt tubercula æmulantia gummas arborum* (Gabr. Fallopius, *De morbo gallico liber*, Patavii, 1564, p. 19).