

nombreux dans lesquels la douleur commence à se manifester vers le soir, régulièrement, à heure fixe, et alors que les malades sont encore *levés*. Très certainement, donc, il est une autre influence qui préside aux paroxysmes vespérins ou nocturnes de la vérole et qui régit la périodicité presque fatale de quelques-unes de ses douleurs. Très certainement aussi cette influence est d'origine spécifique. Mais quelle est-elle, en somme? Nous ne pouvons qu'en constater les effets sans en pénétrer la nature, et mieux vaut avouer notre ignorance sur ce point que la dissimuler par des raisons insuffisantes.

#### SYPHILIS SECONDAIRE DE L'OEIL

La syphilis secondaire affecte fréquemment les différentes parties constitutives du système oculaire, ou plutôt, disons mieux, est susceptible de les affecter toutes, avec une fréquence d'ailleurs très inégale.

I. — D'abord, elle se porte très communément sur les PAUPIÈRES.

1. Le département cutané des paupières est le siège fréquent de syphilides de tout ordre, parmi lesquelles figure au premier rang la syphilide papulo-squameuse dans ses diverses variétés.

A tout instant on rencontre des malades qui présentent, au niveau de la paupière supérieure (bien plus fréquemment affectée que l'inférieure), des papules plates, orbiculaires, squameuses ou squamelleuses. — La seule particularité objective qu'offrent les lésions de ce siège, consiste parfois en une strie transverse ou légèrement curviligne que détermine sur l'aire de la papule le plissement normal des voiles palpébraux. Il est même possible que cette strie dégénère en un sillon sub-érosif.

Détail digne de mention : quelquefois la syphilide papuleuse s'étale *en nappe* sur les paupières, notamment sur le segment inférieur de la paupière supérieure, et cela du grand angle au petit angle de l'œil. Tout le segment palpébral infiltré de la sorte se présente alors avec une coloration d'un rouge sombre très accentué ; — il est notablement tuméfié ; — et surtout, il offre au toucher une résistance particulière, qui, doublée par l'induration propre du cartilage tarse, a plus d'une fois donné le change pour une infiltration maligne de la région. Aussi bien, cette **syphilide palpébrale en nappe**, pour qui ne l'a pas observée une ou quelques fois, est-elle matière à surprise et à erreurs diagnostiques dont je pourrais citer plusieurs exemples.

II. De même, sur le département muqueux des paupières, on observe fréquemment des syphilides muqueuses ou humides. Ces syphilides sont particulièrement communes au niveau des commissures palpébrales, où elles constituent des lésions bilabiées, « en feuillet de livre » ou mieux en Y, qui ont été décrites précédemment (V. p. 539).

II. — CONJONCTIVE. — La conjonctive n'est intéressée par la syphilis secondaire que d'une façon exceptionnelle.

Je n'ai rencontré que trois fois, dans toute ma carrière, de véritables syphilides de la conjonctive bulbaire, sous forme de petites papules lenticulaires, arrondies de contour, rosées et dessinant un léger relief. Ces syphilides ont guéri très rapidement sous l'influence d'un attouchement au crayon de nitrate, suivi de quelques menus soins (ablutions, collyre, etc.).

Il est moins rare d'observer des syphilides érosives ou papulo-érosives sur la conjonctive palpébrale, aux environs du bord ciliaire. Parfois ces syphilides empiètent sur ce bord ciliaire et constituent là un liséré croûteux qui agglutine et raidit les cils.

Existe-t-il une véritable *conjonctivite secondaire*? Quelques cas ont été publiés sous ce titre (Goldzieher, Goldberg, etc.), et l'on a même décrit, d'après eux, deux prétendues formes de conjonctivite syphilitique, forme hyperémique et forme pseudo-granuleuse. Je n'ai jamais rien rencontré de semblable, pour ma part, et plusieurs ophthalmologistes des plus compétents, que j'ai consultés sur ce point, m'ont dit de même n'avoir rien observé qui réponde au type d'une conjonctivite essentielle de nature syphilitique (1).

On a parlé aussi d'une *dacryocystite secondaire*. M. le Dr Valude a produit, à ce sujet, le fait intéressant d'une malade qui, coïncidemment avec divers accidents de syphilis secondaire, présenta une dacryocys-

(1) V., à ce sujet, un intéressant travail de M. le Dr J. Narjoux, *De la syphilis secondaire de la conjonctive*. Thèse de Lyon, 1895.

Je dois dire cependant que, depuis l'époque où ces lignes ont été écrites, j'ai rencontré un fait qui m'a paru favorable à l'existence d'une entité morbide méritant le nom de *Conjonctivite secondaire*.

Ce fait est relatif à une jeune femme qui, affectée de syphilis depuis trois ans et demi, fréquente habituellement la polyclinique de Saint-Louis. A maintes reprises nous l'avons vue affectée de diverses manifestations spécifiques, notamment d'une glossite desquamative à retours incessants et d'une conjonctivite double que, tout d'abord, nous avons considérée comme d'ordre banal. Mais, dernièrement, cette femme étant revenue à la Clinique pour une nouvelle récurrence de glossite et de conjonctivite, nous l'avons interrogée avec plus de soin relativement à ce dernier accident, et nous avons appris d'elle ceci : que, depuis trois ans, elle est devenue sujette, sans avoir rien éprouvé de semblable auparavant, à des « maux d'yeux » persistants, qu'on a toujours qualifiés du nom de « conjonctivite » ; — que ces maux d'yeux se sont presque toujours produits avec d'autres manifestations de syphilis ; — et qu'enfin « de tous les remèdes qu'on lui a prescrits contre ces ophthalmies, c'est l'iodure de potassium qui lui réussit le mieux et toujours ». Examinée avec soin, cette ophthalmie consiste en une conjonctivite double, moyenne comme intensité, et ne se différenciant par aucun signe de la conjonctivite vulgaire. Il n'est pas à nier cependant que, dans le cas actuel, certaines raisons ne pourraient militer en faveur de la qualité spécifique de cette conjonctivite, à savoir : d'une part, l'absence absolue de toute cause autre que la syphilis pour expliquer cet accident ; — ses retours fréquents, depuis la contamination spécifique et en pleine période secondaire ; — et ses retours en coïncidence usuelle avec d'autres manifestations spécifiques.

Si quelques nouveaux cas analogues venaient à se présenter à mon observation, j'avoue que je serais fort enclin à regarder comme démontrée l'existence d'une conjonctivite spécifique secondaire, qu'il me paraît encore imprudent d'admettre, quant à présent tout au moins.

tite sub-aiguë et en guérit sous la seule influence du traitement anti-syphilitique.

III. — CORNÉE. — La cornée n'est intéressée par la syphilis secondaire que d'une façon assez rare, et le plus souvent en coincidence avec l'iris.

Ces kératites secondaires se présentent sous trois formes.

1° **Kératite ponctuée.** — Cette première forme (qui s'observe souvent en connexion avec l'iritis spécifique dont la description va bientôt suivre) se caractérise objectivement par une série de petites taches cornéales extrêmement fines, punctiformes, devenant quelquefois un peu plus grosses par coalescence, et d'aspect blanc grisâtre. Avec la loupe on reconnaît à l'éclairage oblique que ces taches sont situées sur la face postérieure de la cornée, au niveau de la membrane de Descemet; d'où le nom de *Descemétite*, sous lequel on les a quelquefois décrites.

Ces taches semblent consister en des précipitations cellulaires provenant de l'exsudat qui remplit la chambre antérieure et devenues adhérentes à la face postérieure de la cornée. Conséquemment, il ne s'agirait pas là d'une kératite vraie, mais d'un simple épiphénomène d'irido-cyclite.

Cependant Mauthner dit avoir observé une véritable kératite ponctuée consistant en des troubles de transparence qui se produisent, non plus à la surface, mais dans la trame même de la cornée. Alexander, paraît-il, aurait également constaté des taches analogues en coincidence avec l'iritis. Serait-ce là une modalité anormale de la descemétite? Impossible encore de rien affirmer à ce sujet.

2° **Kératite interstitielle.** — Très commune dans la syphilis héréditaire, cette forme ne s'observe que d'une façon rare dans la syphilis acquise. Il y aurait exagération toutefois à la taxer d'exceptionnelle.

On l'a dite « notablement tardive ». C'est une erreur. Le plus souvent elle se produit au cours de la seconde année, plus rarement de la troisième.

A cela près de quelques particularités de second rang, elle reproduit exactement le tableau de la kératite interstitielle de provenance hérédo-syphilitique. Ce tableau devant trouver place dans une autre partie de cet ouvrage, je ne ferai qu'en résumer ici les traits principaux.

*Première période.* — Début toujours insidieux, sans douleurs et sans réaction, notamment sans injection de la conjonctive. — Premier symptôme consistant en un certain trouble de la vision, que les malades qualifient du nom de « brouillard devant les yeux ». — Puis, apparition, soit au centre, soit à la périphérie de la cornée, de

petits *points grisâtres*, ténus, occupant l'épaisseur même de la cornée où ils figurent un semis de verre pilé. — Multiplication et élargissement de ces points, qui deviennent de petites taches, en conservant toujours leur ton grisâtre. — Entre ces taches, cornée perdant quelque peu de sa transparence, devenant nébuleuse, et rappelant l'aspect d'un verre à vitre sur lequel on a soufflé. — A ce moment, début de *vascularisation* de la cornée; développement de vaisseaux superficiels et surtout de vaisseaux *profonds* intra-cornéens, lesquels pénètrent entre les lames de la membrane et se ramifient en pinceaux.

*Seconde période* (période dite d'apogée ou d'*opacification inflammatoire*). — Beaucoup plus longue que la précédente et constituée par un double processus, à savoir :

1° Opacification cornéale se complétant, au point que la pupille et l'iris ne se distinguent plus que confusément, ou même ne se distinguent plus du tout.

2° Vascularisation se multipliant et envahissant le parenchyme cornéen.

De là double conséquence :

1° Objectivement, modification absolue de la cornée qui, suivant l'abondance de la vascularisation, prend tel ou tel des trois aspects suivants :

Dans un premier degré, correspondant à une vascularisation moyenne, apparence rosée, dite teinte *saumon*.

Dans un second degré, répondant à une vascularisation intense, aspect rougeâtre ou rouge (*cornée cerise*).

Enfin, dans un troisième, vascularisation tellement confluyente qu'elle simule une *tache de sang*. On croirait, au premier abord, avoir affaire à un épanchement sanguin interlamellaire; l'examen à la loupe permet seul de dissocier cette apparence de tache et d'y reconnaître un lacis de capillaires dense et serré.

2° Comme seconde conséquence, troubles fonctionnels importants, naturellement variables suivant le degré d'altération survenue dans la transparence de la cornée, c'est-à-dire : simple obscurcissement de la vue quand la cornée n'est que modérément affectée; — mais *cécité* véritable, quand la vascularisation est intense et l'opacité absolue.

A cela se joignent des phénomènes de réaction locale : photophobie, blépharospasme, épiphora, douleur oculaire avec irradiations, etc. — Ces derniers symptômes n'atteignent guère qu'une intensité au plus moyenne, inférieure à celle qu'ils affectent dans nombre d'autres kératites. Ils sont d'ailleurs très variables suivant les formes de la maladie. — D'après le D<sup>r</sup> Trousseau, l'acuité de ces phénomènes réactionnels serait notablement moindre dans la kératite par syphilis acquise que dans la kératite par hérédo-syphilis.

*Troisième période* ou *période de régression*. — Très longue également. — Constituée encore par deux processus : processus régressif

de la vascularisation, qui peut disparaître d'une façon intégrale ou incomplète; — et résorption ou organisation définitive des infiltrats cornéens.

De ce dernier phénomène dépend le sort ultime de la maladie. Si la résorption des opacités cornéales se fait d'une façon complète, la cornée reprend sa transparence normale (*Restitutio ad integrum*). — Si elle ne se produit que d'une façon incomplète, la cornée reste définitivement nuageuse (*néphélion*) ou même opaque à divers degrés (*albugo, leucome*), et cela soit dans une grande partie de son étendue, soit dans un segment isolé.

*Évolution, durée.* — Affection très généralement mono-oculaire à son début, mais présentant une tendance marquée à devenir bilatérale.

*Évolution lente.*

Durée ne s'abaissant jamais au-dessous de six semaines à deux mois; — plus habituellement se prolongeant trois et quatre mois. — Encore faut-il souvent plusieurs mois en plus pour obtenir un éclaircissement complet de la cornée.

*Variétés.* — Nombreuses. — A ne citer que les principales :

1° *Variétés de degré*, comme intensité de symptômes. — Il y a des cas légers, se bornant à quelques taches centrales ou périphériques de la cornée, et guérissant d'une façon rapide. — Inversement, il est des cas très graves, laissant presque toujours, quoi qu'on fasse, des taches blanches et indélébiles.

2° *Variétés de forme.* — Forme aiguë ou subaiguë, à symptômes réactionnels très accentués, — et forme torpide, où les lésions cornéales se constituent pour ainsi dire à froid, avec un processus congestif tout à fait minime.

3° *Variétés à complications surajoutées.* — Très communément, complication d'iritis sous une forme légère, simplement hyperémique; quelquefois, iritis véritable. — Complication possible de choréïdite.

*Pronostic.* — Toujours sérieux, en raison des reliquats possibles de l'affection qui compromettent la vision à des degrés variables; — mais relativement favorable, en raison de l'action thérapeutique puissante qu'exerce sur l'affection le traitement spécifique.

Rechutes assez fréquentes.

Récidives rares.

*Traitement.* — Nécessité d'une intervention à la fois *énergique* et *prolongée* par les agents spécifiques. — Le mercure est ici le remède de choix, et son action résolutive est bien supérieure à celle de l'iode. — Au début, indication de « faire feu de toutes pièces », c'est-à-dire de recourir au traitement mixte, en vue d'enrayer le plus tôt possible l'évolution morbide. — Plus tard, alterner le mercure et l'iode. — On ne saurait dire encore si la méthode des injections

de calomel exerce sur cette variété de kératite l'action intensive qui lui est propre en d'autres cas.

*Traitement local :* Tenir l'œil à l'abri de toute excitation. — Recourir à l'atropine en vue de modérer l'érythisme local et de prévenir ou de combattre l'iritis. — Chaleur humide, sous forme de douches de vapeur (appareil de Lourenço) et de fomentations chaudes, prolongées de vingt à vingt-cinq minutes et répétées plusieurs fois par jour (1).

3° Enfin, mais d'une façon tout à fait exceptionnelle, on a vu, sur des malades en pleine évolution secondaire, de minimes *papules*, de caractère presque incontestablement syphilitique, se constituer à la circonférence de la cornée.

IV. — IRIS. — **IRITIS SECONDAIRE.** — Pour être la plus commune des ophthalmies secondaires, l'iritis n'est cependant qu'une manifestation peu fréquente de syphilis. Il n'est, par exemple, au point de vue de la fréquence, aucune assimilation à établir entre elle et les syphilides, les plaques muqueuses, les adénopathies, etc. Ces derniers symptômes figurent presque obligatoirement dans le cortège de la syphilis secondaire; l'iritis, au contraire, n'y prend place que d'une façon relativement rare, c'est-à-dire (très approximativement) de trois à cinq fois sur cent malades. — Je ferai remarquer toutefois qu'il y a une difficulté insurmontable à déterminer exactement le degré de fréquence de cette manifestation, car les malades qui en sont affectés ne viennent pas tous se faire traiter dans les services spéciaux de vénéréologie; une bonne partie en est dérivée par les dispensaires d'ophtalmologie.

L'iritis est la plus *précoce* des ophthalmies spécifiques. On la voit assez souvent entrer en scène du quatrième au sixième mois de l'infection. Plus habituellement elle apparaît au cours du second semestre ou dans la deuxième année. Au delà de ce terme elle devient de plus en plus rare.

*Étiologie.* — Comme seul point essentiel de ce chapitre, relevons ceci : L'iritis est un *symptôme rare des syphilis bénignes* et, tout au contraire, un *symptôme fréquent des syphilis intenses ou graves*. Non pas, à coup sûr, qu'elle ait toujours besoin d'une syphilis particulièrement menaçante pour se produire, car on la rencontre quelquefois au cours de syphilis ordinaires ou moyennes; mais elle offre incontestablement une préférence marquée pour les syphilis qui dépassent comme intensité un niveau moyen. Très fréquemment elle prend place au nombre des symptômes qui constituent les syphilis graves, tout au moins importantes par la multiplicité et la

(1) Pour de plus amples détails, je renvoie le lecteur à la description que j'ai donnée de cette affection (quant à sa forme héréditaire) dans mon livre sur la *Syphilis héréditaire tardive*. Paris, 1886.

modalité sévère de leurs manifestations. Et l'on a dit avec toute justesse qu'elle était le plus habituellement « le témoignage ou le présage de *mauvaises* syphilis ».

A cela près, étiologie presque muette. Sans doute, en quelques cas exceptionnels, on a pu voir l'affection succéder à une excitation quelconque de l'œil (lumière vive, travail à la lumière du gaz, veilles prolongées, poussières irritantes, fumée de tabac, refroidissements, etc.). Mais, pour l'immense majorité des cas, elle se produit sans cause appréciable, sans appel local, et sous la seule influence de l'état infectieux.

Ajoutons qu'elle est d'observation notablement plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Mais cette différence n'est-elle pas précisément en rapport avec l'inégalité de fréquence de la syphilis d'un sexe à l'autre? C'est là un point qui reste à élucider.

SYMPTÔMES. — *Début.* — L'iritis syphilitique n'est pas de ces lésions qui débent avec fracas et dont l'importance se révèle dès le premier instant. Tout au contraire, elle affecte une modalité de début sourde et insidieuse. Pendant quelques jours elle ne consiste, pour les malades, qu'en un peu de rougeur de l'œil, avec quelques douleurs orbitaires et périorbitaires. Si bien qu'elle est prise par eux pour une simple conjonctivite, pour un de ces maux d'yeux courants qui « s'en vont comme ils sont venus ». « Je croyais avoir attrapé un coup d'air sur l'œil, » vous disent la plupart des malades.

Inversement, pour le médecin, existent déjà, à cette époque tout à fait initiale de l'affection, *trois signes* des plus caractéristiques, trois signes dénonciateurs de l'iritis, sur lesquels je ne saurais assez insister, à savoir : Injection radiée périkératique; — myosis inflammatoire; — paresse ou déjà même immobilité de la pupille. — Je précise.

1° **Injection radiée périkératique.** — Au pourtour de la cornée ou tout au moins sur un large segment de son pourtour on constate une arborisation radiée, c'est-à-dire un faisceau de rayons vasculaires divergents, à la façon des rayons qui émergent d'un disque lumineux. Ces rayons ne sont rien autre que les vaisseaux ciliaires antérieurs (artères et veines) qui vont à l'iris ou qui en reviennent. Leur dilatation traduit donc formellement un état d'hyperémie ou de phlegmasie de la membrane irienne.

2° **Myosis inflammatoire**, constitué par un état de resserrement, de contraction permanente de la pupille. La pupille de l'œil affecté est plus petite, notablement plus petite que celle de l'œil sain. — Or, ce rétrécissement pupillaire dénonce, lui aussi, une phlegmasie irienne.

3° **Paresse** ou, déjà même, **immobilité de la pupille.** — Chacun connaît les résultats de la petite expérience suivante : Si l'on vient, sur un sujet sain, à fermer l'œil pour un instant, puis à l'ouvrir

ensuite d'une façon brusque, on voit la pupille de cet œil, qui s'était largement dilatée pendant l'occlusion de la paupière, se rétrécir tout aussitôt dès qu'elle est frappée par le retour de la lumière. Or, soumettez à cette expérience l'œil d'un malade affecté d'iritis, vous constaterez : 1° que la pupille ne se dilate pas, ou ne se dilate que très incomplètement pendant l'occlusion des paupières; — 2° qu'elle ne se rétrécit pas ou qu'elle ne se rétrécit que très incomplètement quand l'œil vient à être ouvert. Donc, paresse ou immobilité de la pupille, voilà ce qui ressort de cet examen. Eh bien, cela dénonce l'inflammation irienne; cela veut dire que déjà, sous l'influence d'un processus phlegmasique, les mouvements de la pupille commencent à être entravés par des infiltrats d'exsudation.

Les trois symptômes que je viens de décrire sont contemporains et connexes. Ils forment une triade tout à fait caractéristique; car, si chacun d'eux témoigne d'une phlegmasie irienne qui se prépare, *a fortiori* leur ensemble comporte-t-il une signification plus précise.

Dépister l'iritis à ses débuts, afin de conjurer le danger principal qui peut en dériver, à savoir les adhérences, les synéchies, tout est là pour le pronostic. C'est dire quel intérêt se rattache à la triade en question, qui fixe le diagnostic dès les premiers jours de la maladie.

*Période d'état.* — A la période d'état, l'iritis spécifique est constituée par deux ordres de symptômes, des troubles fonctionnels et des signes objectifs.

I. — Les troubles fonctionnels consistent en des phénomènes douloureux et des altérations de la vue.

Les *phénomènes douloureux* sont très variables d'intensité d'un cas à un autre. Le plus habituellement ils se réduisent à ceci : douleurs orbitaires et péri-orbitaires de degré léger ou tout au plus moyen; peu ou pas de larmoiement; peu ou pas de photophobie. — En quelques cas seulement, ils atteignent une acuité notable, sous forme de névralgies ciliaires bien accentuées, avec irradiations dans l'orbite et la tempe, hémicranie, éréthisme douloureux de tout le globe oculaire, larmoiement, photophobie.

Mêmes variétés comme *troubles visuels*, très inégaux d'un malade à un autre. C'est qu'en effet ces troubles de la vue ne sont que la conséquence, l'expression d'incidents phlegmasiques surajoutés et éventuels, tels que formation d'un nuage dans l'humeur aqueuse ou d'exsudats organisés dans le champ pupillaire. Si ces incidents viennent à faire défaut ou ne se produisent que sous une forme bénigne, la vision ne se trouve affectée qu'à un faible degré. Le malade, alors, n'accuse qu'un « brouillard devant l'œil », mais il distingue encore nettement les objets; ainsi, il peut voir l'heure à une montre, parfois même lire un livre dont les caractères ne sont pas très fins. C'est là l'ordre de cas le plus commun. — Inversement,