

Le traitement de toutes ces lésions doit être général et (s'il s'agit de gomme et de tarsite) local. Les principes de cette double médication sont identiques à ceux que nécessitent les affections syphilitiques des autres parties du corps. Nous reviendrons plus loin sur ce sujet.

4. Conjonctive.

Je n'ai observé que quelques cas très rares de lésions syphilitiques initiales de la conjonctive. Ce sont de petites ulcérations recouvertes d'une couche lardacée, ayant une base indurée, suivies rapidement d'engorgement des ganglions pré-auriculaires. On ne fera le diagnostic exact qu'à l'apparition des phénomènes syphilitiques généraux. L'infection a dû se faire ici par le contact de doigts malpropres.

On peut rencontrer des papules sur la conjonctive oculaire et palpébrale en même temps que sur le reste du corps. Ce sont de petites élévations rougeâtres, de la grosseur d'une lentille, ayant une surface humide.

Les gommés de la conjonctive sont assez rares. Elles prennent naissance ou bien par propagation, en venant des paupières, ou bien primitivement. Sous la conjonctive, on voit se former une petite tumeur jaune rouge, ayant une surface lisse qui s'ulcère; peu à peu il se produit une petite ulcération à bords découpés, à fond grisâtre. On ne pourra faire le diagnostic de syphilis qu'en présence d'autres accidents syphilitiques. Plusieurs auteurs décrivent un épaissement des caroncules lacrymales qui serait produit par une péri-vasculite et une infiltration de petites cellules.

Goldzieher et Sattler ont décrit une conjonctivite avec granulations, très semblable au trachéome et liée à la syphilis. La conjonctive est pâle et a un aspect lardacé spécial.

5. Cornée

La kératomalacie des nouveau-nés a beaucoup de rapport avec la syphilis, surtout héréditaire. La cachexie générale, produite par la syphilis, semble être la seule cause de cette maladie de la cornée; la lésion est toujours bilatérale; l'opacité commence au centre et atteint bientôt toute la cornée. Le processus se termine ordinairement par la destruction complète de cette membrane.

Kératite interstitielle (Kératite parenchymateuse, uvéite antérieure [Stellwag].) — Dans cette affection, les couches moyennes et profondes de la cornée sont seules lésées. Mais le plus souvent l'iris, le corps ciliaire et la sclérotique sont également pris. Le processus morbide intéresse toutes les parties qui sont alimentées par les vaisseaux ciliaires antérieurs; on s'explique ainsi pourquoi Stellwag désigne cette affection sous le nom d'*uvéite antérieure*.

Symptômes et marche de l'affection. — L'intensité des phénomènes inflammatoires varie énormément dans la kératite parenchymateuse. Dans quelques cas, on n'observe qu'une légère injection ciliaire et un peu de photophobie; dans d'autres cas, ces mêmes phénomènes sont beaucoup plus accentués. La surface de la cornée est opaque et semble très finement ponctuée. Dans la substance cornéenne, on voit des opacités en forme de nuages ou de taches, d'une couleur grisâtre. Une grande partie de la cornée peut prendre un aspect gris. Quelquefois, les opacités sont jaunes. On constate la présence de vaisseaux de nouvelle formation dans la cornée, au début de l'affection, ou seulement un peu plus tard. Ces vaisseaux partent du bord, et se trouvent nettement situés dans les couches profondes de la cornée; on n'arrive pas à les poursuivre jusqu'à leur jonction avec les vaisseaux des conjonctives. Quand ces vaisseaux sont nombreux et occupent un espace relativement petit, ils forment un voile rouge qui semble couvrir une partie de la cornée. Au premier moment, on peut croire à un pannus, mais la profondeur des vaisseaux fait bientôt rejeter cette hypothèse. Il existe cependant des cas où, pendant toute l'évolution de la maladie, la cornée ne présente aucune néoformation vasculaire.

La pupille peut être fortement modifiée par suite de lésions de la cornée. On peut ne plus la voir. Lorsqu'on l'aperçoit, elle est resserrée et ne réagit que très lentement à la lumière. Souvent la pupille ne se dilate même pas après des instillations répétées d'atropine, dans d'autres cas elle se dilate rapidement et très fortement. On peut en conclure combien grande est la participation de l'iris. S'il existe de la mydriase, on peut observer des synéchies en plus ou moins grand nombre. Le processus a une marche très lente; il faut toujours plusieurs mois jusqu'au moment de la guérison. Dans les cas favorables, la cornée retrouve sa transparence complète, ou bien plusieurs taches peu intenses persistent. Dans d'autres cas, l'infiltration parenchymateuse peut se terminer par la sclérose. La cornée reste opaque entièrement ou dans une grande partie; elle s'aplatit beaucoup. En

même temps il se produit de l'iritis, qui a pour conséquence la formation d'une couenne épaisse entre l'iris et le cristallin, la formation de fausses membranes dans la pupille et l'aplatissement de toute la partie antérieure du globe oculaire. La tension qui a été très variable diminue beaucoup. C'est à peine si le malade pourra reconnaître les mouvements exécutés par la main ou bien même la sensibilité à la lumière existe seule.

L'œil peut présenter un aspect tout opposé à ce qui vient d'être dit, à la fin de cette longue maladie. A la suite de l'inflammation la cornée se ramollit, s'ectasie; la chambre antérieure s'agrandit. Les parties antérieures de la sclérotique subissent les mêmes modifications; elles prennent une teinte gris ardoise ou gris bleu. Il se forme une ectasie diffuse dans toutes ces parties. La tension est normale ou un peu augmentée; lorsqu'il est possible de faire un examen à l'ophthalmoscope on constate une excavation profonde, glaucomateuse.

L'occlusion de la pupille (*seclusio pupillæ*, on entend par là des synéchies annulaires postérieures qui ferment la communication entre la chambre antérieure et la chambre postérieure) peut amener une augmentation de pression.

Quand la guérison a lieu, on parvient, même après plusieurs années, à percevoir à l'aide de la lumière projetée par un ophthalmoscope et avec une lentille convexe très forte, des vaisseaux qui se présentent sous forme de lignes ramifiées foncées (Hirschberg).

Mauthner a décrit une forme spéciale de kératite parenchymateuse, qu'il désigne sous le nom de kératite ponctuée. On observe de petits foyers, de la grosseur de la tête d'une épingle, grisâtres, qui pénètrent dans le parenchyme de la cornée à une hauteur différente. L'iris ne prend nullement part au processus, l'injection de la sclérotique peut également faire défaut. Ces foyers ne se ramollissent jamais. Et cependant Mauthner les prend pour des accumulations de cellules gommeuses. Il ne faut pas confondre cette forme de kératite parenchymateuse avec ce qu'on désigne ordinairement sous le nom de kératite ponctuée. On comprend sous ce terme de petits précipités qui se forment dans la membrane de Descemet, et que l'on rencontre dans la partie inférieure de la cornée, lorsqu'il y a de l'iritis. Aussi Hock propose-t-il de désigner sous le nom de kératite interstitielle punctiforme spécifique la lésion décrite par Mauthner.

Ce dernier attire également l'attention sur une autre variété de kératite interstitielle qui aurait beaucoup de rapports avec la syphilis. Elle existerait en même temps que l'iritis spécifique, surtout quand

cette dernière affection se montre dans les périodes tardives d'une syphilis acquise. Elle est caractérisée par l'opacité des bords de la cornée qui présente l'aspect du verre dépoli; l'épithélium qui recouvre la cornée est tout à fait intact, lisse et brillant.

Etiologie. — Hutchinson a montré les rapports qui existaient entre la kératite parenchymateuse et la syphilis.

La lésion peut se produire à la suite de syphilis héréditaire ou plus rarement à la suite de syphilis acquise.

Dans le premier cas, elle se montre entre l'âge de dix et vingt ans, mais elle peut encore exister plus tôt. Le malade présente différents symptômes de syphilis héréditaire. Hutchinson signale les symptômes suivants: la conformation particulière de la face (affaissement des os du nez et de la partie antérieure du maxillaire supérieur), la présence de lignes blanches radiées, partant des commissures labiales, (cicatrices de rhagades), l'irrégularité de développement des dents (les incisives supérieures présentent au bord inférieur une encoche semi-lunaire); syphilides tuberculeuses; tuméfaction générale et indolente de tous les ganglions; sur le palais on constate des cicatrices radiées; le voile du palais est parfois détruit en partie et le reste relié intimement à la partie postérieure du pharynx; arthropathies chroniques; épaissement des os; choroïdite périphérique (qui consiste dans des accumulations de plaques pigmentaires noires; les plaques sont plus rarement blanches et atrophiées); surdité.

Le père ou la mère, ou parfois les deux parents ont été atteints de maladies qui peuvent se rattacher à la syphilis.

L'amnésie peut souvent être un indice de syphilis héréditaire. Fréquemment on a observé des avortements; les enfants présentaient de nombreuses éruptions cutanées. Lorsqu'on examine alors directement le père ou la mère, ce qui n'est pas toujours possible, on pourra quelquefois constater des traces de syphilis ancienne. Le diagnostic sera également facilité par l'examen des frères et sœurs.

Les opinions diffèrent sur la valeur de la syphilis dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse. Les uns sont sceptiques et nient tout rapport entre ces deux affections. Les autres tombent dans l'excès contraire et attribuent chaque kératite à la syphilis. Les deux opinions sont exagérées. Il existe bien un grand nombre de cas où l'on peut retrouver les symptômes ci-dessus décrits, et où il n'est pas douteux qu'on doive les attribuer à la syphilis héréditaire. Cette opinion a d'autant plus de valeur que la lésion disparaît après l'application du traitement antisiphilitique.

D'autres malades présentent tous les symptômes de la scrofule, sans aucune trace de syphilis. On peut également rencontrer des kératites parenchymateuses chez des individus qui jouissent d'une excellente santé.

La lésion est ordinairement bilatérale, mais un espace de temps assez long peut s'écouler entre la lésion du premier œil et celle du second.

Les femmes en sont plus souvent atteintes que les hommes.

Pronostic. — Le pronostic est favorable si le malade est soigné de bonne heure. Quoique le traitement ne puisse pas abrégier le processus, il peut cependant empêcher les complications, surtout du côté de l'iris. La transparence peut revenir complètement, et l'œil continuera à fonctionner normalement. Une autre terminaison, qu'il faut encore considérer comme favorable, consiste dans une légère opacité. Le malade doit s'estimer heureux dans ce cas, surtout si pendant le moment le plus grave de la maladie, il ne pouvait à peine distinguer que les mouvements vagues exécutés avec la main.

Plus la maladie est récente, plus il faudra compter sur une guérison complète. Il est fort délicat pour un médecin de répondre quand on lui pose une question sur la durée probable de l'affection. Il ne se trompera jamais en affirmant qu'il faut plusieurs mois, même une demi-année pour obtenir la guérison.

Au point de vue pratique il est sage d'appeler dès le début l'attention du malade et de son entourage sur la longue durée de l'affection malgré l'application du traitement. Si on néglige de le faire, le malade perdra bientôt patience et n'aura aucune confiance dans le traitement institué. Il est encore bon, lorsque l'affection est unilatérale, de prévenir le malade de la possibilité d'une lésion de l'autre œil.

Le *traitement* doit être local et général. En ce qui concerne le traitement local, il convient de porter un écran ou des conserves pour atténuer l'effet nuisible de la lumière. On fera dès le début usage d'atropine ; on pratiquera des instillations d'une solution d'atropine à 1/100^e, une fois par jour ; lorsqu'il y aura une forte injection ciliaire et que la pupille se dilatera lentement, on répétera l'instillation deux à trois fois par jour. Souvent on ne réussit pas au début à dilater la pupille après un traitement de plusieurs jours et même de plusieurs semaines. La cause de cette fixité de la pupille réside alors dans l'irritation ciliaire et dans l'exsudat de l'iris. La sécrétion lacrymale trop abondante peut également empêcher l'action de l'atropine qu'elle chasse trop rapidement. Dans ce cas on dépose quelques grains de

sulfate d'atropine solide dans le sac conjonctival, mais alors il faut prévenir le malade d'une intoxication possible. Pour cela, on tire fortement en bas la paupière inférieure pendant quatre ou cinq minutes, de façon à empêcher le clignotement des paupières et l'écoulement de la solution par le canal lacrymal.

Les cataplasmes constituent un moyen important et de grande valeur, surtout pour les régions où le développement vasculaire est nul ou peu prononcé. La chaleur humide devra donc être appliquée plusieurs fois par jour pendant une demi-heure et même plus longtemps, suivant le nombre des vaisseaux et la torpidité du processus. Lorsque tous les phénomènes irritatifs, tels que la photophobie, la sécrétion lacrymale, l'injection ciliaire, ont disparu, on pourra commencer l'application des agents excitants. Ce sont les instillations de teinture d'opium et les insufflations de calomel. Lorsqu'on se servira du dernier médicament il faudra bien faire attention de ne pas prescrire simultanément de l'iode à l'intérieur ; car l'iode contenu dans les larmes se combine au mercure du calomel pour former de l'iodure de mercure qui se déposerait dans le sac lacrymal sous forme d'une petite masse verdâtre, très irritante. On emploie également la pommade au précipité jaune (1 à 2 décigrammes pour 5 grammes de vaseline qu'on répand sur la conjonctive qu'on frictionne ensuite). Le massage combiné à ce traitement donne des résultats excellents. On peut, après avoir introduit la pommade, exécuter avec le pouce, et en pressant assez fortement, des mouvements circulaires de la paupière supérieure sur le globe oculaire. On fait cette opération deux ou trois fois par jour et bientôt on constate une forte injection du corps ciliaire.

Enfin, les pulvérisations sont souvent d'une grande utilité. Elles consistent à faire agir journellement sur les yeux grands ouverts la vapeur fournie par un pulvérisateur (pour stimuler davantage les yeux, on peut verser dans les flacons de l'appareil un collyre ou une solution de sublimé à 1/4000^e).

Lorsque le processus est plus avancé il faudra quelquefois recourir à l'iridectomie. On la fait pour plusieurs raisons. Lorsqu'il existe une occlusion incomplète de la pupille, il faut la pratiquer à cause de l'augmentation de la pression ; quand la pupille est complètement fermée (formation de membranes dans la pupille), elle doit être pratiquée au point de vue optique. Quand la cornée et même la partie antérieure du globe oculaire sont fortement aplatis, l'iridectomie favorisera les conditions de circulation et rendra au globe oculaire sa forme primitive.

S'il y a de l'ectasie de la cornée, on appliquera un pansement protecteur et on instillera de l'éserine (1/100^e). Ce dernier médicament est cependant contre-indiqué lorsqu'il y a de l'iritis, car il favorise la formation de synéchies. Si ce traitement ne réussit pas, il faudra recourir à la ponction de la cornée ou même à l'iridectomie.

Le traitement général consiste dans l'emploi des toniques. On prescrira du fer, de l'huile de foie de morue, de la quinine, des préparations de mercure et d'iode. On pourra faire des frictions. Le bain iodé donne souvent d'excellents résultats.

6. Sclérotique.

Les affections syphilitiques de la sclérotique sont rarement isolées. Généralement la sclérotique est atteinte en même temps que la cornée et l'iris.

L'inflammation de la sclérotique est caractérisée d'abord par une teinte rouge, rose ou violet foncé. Les vaisseaux superficiels, d'une teinte rouge bleuâtre, sont fortement dilatés. La conjonctive, avec ses vaisseaux d'un rouge clair, glisse facilement sur les parties malades, et en la refoulant l'on constate la présence d'une proéminence mamelonnée de la sclérotique. Plusieurs foyers de la sclérotique peuvent se montrer en même temps ou successivement. Souvent ils se réunissent et la partie antérieure de la sclérotique peut ainsi finalement participer tout entière à l'affection. La douleur est généralement nulle ou insignifiante.

Plus tard il se produit un épaissement ou un amincissement de la sclérotique, avec ou sans ectasie. Dans le premier cas, elle prend l'aspect de la porcelaine et entoure la cornée à la façon d'un rebord aplati; dans le second cas sa surface est d'un gris d'ardoise; les parties ainsi modifiées sont déprimées ou ectasiées. Le globe de l'œil peut aussi prendre la forme d'une poire, la cornée fait une saillie en avant et les parties antérieures de la sclérotique montent vers la cornée sous forme de toit. On ne constate en général aucun accroissement de pression.

La marche de la maladie est extrêmement longue, elle peut durer des mois et des années et les récidives sont très fréquentes.

Comme il est dit plus haut, la sclérite s'ajoute à l'iritis et à l'iridocyclite, et cela généralement quand la syphilis existe depuis longtemps.

La lésion simultanée du tractus uvéal s'oppose généralement au traitement local de la sclérite. On ne pourra guère avoir recours au massage et aux scarifications employés contre la sclérite isolée, mais on peut ordonner avec avantage l'application de la chaleur humide.

De véritables gommès ont été observées également dans la sclérotique; les unes sont primitives, les autres proviennent de gommès du corps ciliaire. Elles se montrent sous forme de soulèvements jaunâtres de la choroïde, sans symptômes inflammatoires prononcés.

Le diagnostic exige naturellement la constatation de la syphilis par l'examen de tout le corps. Les gommès peuvent s'ulcérer ou céder à un traitement approprié en laissant une cicatrice. Une tache déprimée, d'un gris d'ardoise, révèle seule plus tard le siège de l'affection.

Il va de soi qu'un traitement général est indiqué dans les maladies syphilitiques de la sclérotique.

7. Iris et corps ciliaire.

Aucune partie de l'œil n'est atteinte aussi fréquemment que l'iris à la suite de la syphilis. Quand on parle d'iritis spécifique, cela ne veut pas dire que l'iritis consécutive à la syphilis présente toujours des signes pathognomoniques, cela indique simplement le facteur étiologique.

Anatomie pathologique. — Un petit nombre de cas seulement ont été soumis à l'examen anatomique. Une partie des préparations a été fournie par des nodosités et des fragments d'iris excisés par l'iridectomie; dans d'autres cas le bulbe entier a été examiné. Dans un seul cas (Hippel), on a trouvé une infiltration de petites cellules avec une forte dégénérescence graisseuse. Dans un autre (Graefe-Colberg), la nodosité excisée était constituée par de petites cellules rondes ou fusiformes, contenant des capillaires dilatés et des vaisseaux de nouvelle formation, mais sans dégénérescence graisseuse des éléments. Même là où à l'œil nu on n'apercevait aucune nodosité, le microscope en a montré près du bord pupillaire ou ciliaire de l'iris ou dans le corps ciliaire (Michel, Fuchs). Elles étaient formées par des cellules rondes, à gros noyau et peu de protoplasma. Dans ces cas les vaisseaux présentaient des altérations caractéristiques. Leur lumière était bouchée par une prolifération des cellules de la membrane interne, l'adventice était épaissie et recouverte extérieurement par

des cellules épithélioïdes disposées concentriquement. Ici non plus on ne voyait aucune dégénérescence graisseuse.

Symptômes. — L'iritis spécifique s'accompagne de symptômes inflammatoires plus ou moins accusés. Il y a parfois injection ciliaire intense, photophobie, et des douleurs qui s'irradient vers le front et la mâchoire supérieure. Dans d'autres cas, il n'y a qu'une rougeur passagère et une légère sensibilité de l'œil. Quand le corps ciliaire est atteint, c'est-à-dire dans le cas de cyclite, l'œil est extrêmement sensible à la pression dans la région du corps ciliaire, de telle sorte que le malade recule instantanément au plus léger contact. Souvent alors on observe, en outre, des symptômes gastriques et de la fièvre.

L'exploration de l'œil permet de constater l'existence de l'iritis séreuse, de l'iritis plastique ou de l'iritis papuleuse (gommeuse).

Dans l'iritis séreuse, l'injection ciliaire est en général modérée. Sur la paroi postérieure de la cornée on aperçoit de petits dépôts (précipités) punctiformes, brunâtres ou d'un blanc grisâtre, très abondants, souvent disposés en triangle, avec le sommet dirigé en haut. L'iris, s'il est bleu ou gris, tire sur le vert. La pupille réagit sous l'influence des variations de l'éclairage, elle se dilate rapidement et promptement sous l'action de l'atropine. On n'aperçoit alors que de légères synéchies postérieures. L'ophtalmoscope montre des opacités dans la partie antérieure du corps vitré.

Dans le cas d'une iritis plastique, la couleur de l'iris est fortement altérée, son tissu relâché, son dessin délicat effacé. La pupille est rétrécie, elle ne réagit que d'une manière insignifiante ou même pas du tout sous l'action de la lumière et de l'obscurité. L'instillation d'atropine n'amène qu'une dilatation partielle de la pupille et l'on aperçoit de nombreuses synéchies postérieures entre lesquelles le bord pupillaire se rétracte en forme d'arc. Une fausse membrane plus ou moins épaisse peut aussi se former dans la pupille. Sur la paroi postérieure de la cornée on voit souvent des précipités, parfois très volumineux, qui peuvent atteindre le volume d'une graine de pavot ou d'un grain de mil et ont un aspect lardacé. Il se peut qu'une partie de ces taches soient situées, non sur la paroi postérieure de la cornée, mais dans ses couches profondes. On devrait alors les regarder à proprement parler comme des infiltrations parenchymateuses. L'humeur aqueuse est trouble; au fond de la chambre antérieure de l'œil se trouve parfois, mais rarement, un léger hypopion. Quand l'examen ophtalmoscopique peut être pratiqué, on

observe souvent de fines taches floconneuses dans le corps vitré.

Dans l'iritis papuleuse (gommeuse) des lésions que l'on désigne habituellement sous le nom de gomme viennent s'ajouter aux signes de l'iritis plastique; comme nous allons le voir, l'expression de papules serait plus exacte. Ce sont des nodosités dont le volume varie entre celui d'un grain de millet et d'une graine de pavot et qui ont leur siège dans le tissu de l'iris, vers le bord pupillaire ou ciliaire. Leur couleur est jaune rougeâtre. Un examen plus attentif montre que la teinte rouge provient d'un grand nombre de petits vaisseaux qui enveloppent la nodosité. Les symptômes d'irritation sont souvent très faibles; cependant l'injection ciliaire est parfois plus accusée dans le méridien où se trouve l'une de ces nodosités. Dans le voisinage de celles-ci, on rencontre de larges synéchies postérieures. Ces prétendues gomme sont tantôt isolées, tantôt assez nombreuses; dans ce dernier cas elles peuvent former une couronne autour du bord pupillaire. Très rarement elles atteignent un fort développement, jusqu'à la grosseur d'une lentille; elles viennent alors en contact avec la paroi postérieure de la cornée. Dans ce cas, elles ont généralement leur siège vers le bord ciliaire. Il arrive même qu'elles font irruption à travers la cornée et la sclérotique, à la limite de ces deux membranes.

La tension du bulbe est généralement normale dans l'iritis simple; elle peut être diminuée ou augmentée dans l'iridocyclite.

Dans les cas de forte participation du corps ciliaire, on observe aussi un œdème des paupières avec chémosis. Ce symptôme s'ajoutant à la sensibilité douloureuse de la région du corps ciliaire, à l'hypopion et à l'altération de la transparence du corps vitré, indique que l'inflammation n'est pas limitée à l'iris, mais s'étend plus loin en arrière du corps ciliaire.

Naturellement l'un ou l'autre de ces symptômes peut faire défaut.

Il y aurait encore à signaler un symptôme rare, mais qui ne se rencontre pas exclusivement dans l'iritis spécifique, à savoir l'exsudat dit gélatineux. Il se trouve à la partie inférieure de la chambre antérieure sous forme d'une masse lenticulaire, d'aspect grisâtre. Ce symptôme extrêmement fugace peut disparaître en très peu de temps, de telle sorte qu'on a l'impression d'un produit de coagulation.

Marche et terminaison. — La durée d'évolution d'une iritis spécifique est excessivement variable et oscille entre deux à trois semaines et plusieurs mois. Un fait très important à noter, c'est la facilité extrême avec laquelle elle récidive.