

Les vaisseaux sont fréquemment accompagnés de traînées blanches ou paraissent même par places complètement blancs. Ce fait, ainsi que la localisation des hémorragies à certaines parties de la rétine, indique que l'on a affaire principalement ici à une affection des vaisseaux. O. Bull a décrit un cas dans lequel il y avait, non loin de la papille, une tumeur ovoïde, nacré, à partir de laquelle les vaisseaux, courant dans l'épaisseur ou en dessous de la membrane, étaient recouverts de traînées blanchâtres.

Une forme tout à fait spéciale de rétinite syphilitique a été décrite par Graefe sous le nom de rétinite centrale récidivante. La papille est habituellement presque sans aucun changement. Dans la région de la macula on trouve une opacité grise diffuse, où se voient de petites traînées blanchâtres.

Une rétinite pigmentaire vraie ou mieux une dégénérescence pigmentaire de la rétine se rencontre aussi, mais rarement, à la suite de la syphilis. Elle présente les mêmes symptômes que ceux de la rétinite pigmentaire ordinaire, notamment des taches pigmentaires ramifiées, l'atrophie de l'épithélium pigmentaire, suivant le trajet des vaisseaux et débutant à la périphérie du fond de l'œil, l'atrophie de la rétine et finalement aussi de la papille. Comme complication, on trouve, en outre, une opacité punctiforme, discoïde ou étoilée, au pôle postérieur du cristallin.

Les symptômes subjectifs de la rétinite hémorragique consistent en une diminution de la vision centrale avec champ visuel habituellement bien conservé.

Dans la rétinite centrale récidivante, il se produit des scotomes centraux, qui disparaissent au bout de peu de jours, mais reparaissent de nouveau avec le même aspect ophtalmoscopique au bout de quelques semaines ou de plusieurs mois. Au début, les intervalles sont francs, plus tard il reste un trouble permanent de la vision. On observe aussi de la micropsie et de la métamorphopsie. Les accès sont souvent accompagnés de photophobie et d'injection ciliaire, et l'on rencontre aussi, comme complication, de l'irido-choroïdite et des opacités du corps vitré. Les récidives peuvent se renouveler de trente à quatre-vingts fois.

Les symptômes subjectifs de la rétinite pigmentaire, due à la syphilis, sont analogues à ceux qui se présentent habituellement dans cette maladie : diminution de la vision centrale, rétrécissement concentrique du champ visuel, héméralopie. Seulement le rétrécissement du champ visuel est souvent plus faible, relativement à la diminution

centrale, que dans le cas d'origine non syphilitique. Les complications d'iritis et de paralysie des muscles de l'œil fortifient le soupçon de syphilis.

*Époque d'apparition.* — La rétinite syphilitique peut être unilatérale ou bilatérale. Dans la rétinite pigmentaire un seul œil est atteint, ce qui a une grande importance, attendu qu'il n'en est pas ainsi d'ordinaire dans les autres cas de cette maladie.

L'affection survient habituellement à une époque tardive de la période secondaire. Dans les cas peu nombreux de rétinite centrale récidivante il s'était toujours écoulé plusieurs années depuis les derniers accidents syphilitiques. Quelques observateurs ont rencontré très fréquemment la rétinite comme premier symptôme de la syphilis. Elle se présentait alors sous forme d'une opacité de la rétine et de petits points blanchâtres au pourtour de la papille.

La rétinite pigmentaire peut être due à la syphilis héréditaire.

Le diagnostic de la rétinite spécifique ne peut, dans aucun cas, être établi sans un examen général.

À l'exception des cas de rétinite pigmentaire, le pronostic n'est pas absolument défavorable, mais la durée de la maladie est toujours longue.

Quant au traitement, il est le même que celui de la choroïdite spécifique.

#### 10. Nerf optique.

La papillite s'observe à la suite de la syphilis. Les symptômes sont les mêmes que dans les autres cas. La papille est diffuse, gonflée, les vaisseaux sont très sinueux, les veines tendues, les artères rétrécies. On observe aussi la figure étoilée dans la région de la macula (comme dans la rétinite due à la maladie de Bright), des hémorragies et des foyers blanchâtres.

Il y a toujours diminution de la vision centrale; cette diminution se produit en général rapidement; la perception de la lumière peut même disparaître en peu de temps.

La papillite peut être due à une inflammation idiopathique du nerf optique, à des proliférations gommeuses de la base du crâne, à des gommages du cerveau ou à des exostoses du trou optique.

Naturellement le diagnostic différentiel étiologique ne peut être établi par le seul examen ophtalmoscopique.

La papillite consécutive à l'inflammation du tronc du nerf optique et aux exostoses du trou optique peut être unilatérale. Quand elle est due à d'autres causes, la papillite est bilatérale.

Le pronostic de la papillite, si triste en général, est bien meilleur en cas de syphilis. Même alors que toute perception lumineuse a disparu, il peut y avoir encore amélioration ou guérison; seulement l'amaurose ne doit pas exister depuis plus de huit à quatorze jours. Parfois cependant il se produit une atrophie du nerf optique.

Le traitement ne peut être que général. Ici aussi il faut naturellement protéger l'œil contre toutes les influences nocives.

On observe également dans la syphilis, bien que rarement, l'atrophie simple du nerf optique. La papille est pâle, blanc bleuâtre ou blanc verdâtre, nettement limitée. Les petits vaisseaux ont disparu; les gros vaisseaux se rétrécissent aussi après une certaine durée. L'atrophie est, en général, occasionnée par des exostoses ou par des tumeurs.

En présence de l'atrophie simple du nerf optique il ne faut pourtant entreprendre un traitement antisypilitique qu'autant que le soupçon de la syphilis est fondé. On sait, en effet, qu'en l'absence de ce facteur, le traitement accélère souvent beaucoup la perte de la vue.

#### RÉCAPITULATION

##### **Marche de la syphilis tertiaire; syphilis maligne.**

Tandis que la période secondaire présente dans son évolution un certain type caractéristique, cette marche typique fait complètement défaut dans la période tertiaire. Après une phase latente de plus ou moins longue durée, comprise entre les périodes secondaire et tertiaire, et qui, dans les cas connus jusqu'ici, varie de un à cinquante-quatre ans après l'infection, les symptômes tertiaires se manifestent sans aucune régularité, en ce qui concerne l'époque des récidives et la localisation. Les symptômes se montrent tantôt ici, tantôt là; le nombre des récidives est très variable; dans certains cas la période tertiaire se traduit par un accident tertiaire quelconque et le malade n'en a pas d'autre pendant le reste de sa vie; dans d'autres cas les poussées et récidives se succèdent coup sur coup, leur tendance destructive menace un organe après l'autre, quand elle ne met pas

directement en péril la vie du malade : douleur, suppuration, anémie, dyscrasie, dépression psychique, toutes ces complications dépriment les forces du malade. On voit se développer des dégénérescences amyloïde et graisseuse d'organes essentiels; un marasme prématuré, accompagné de localisations sypilitiques particulièrement dangereuses, présage au malade, dans la fleur de son âge, une fin misérable. Cependant on peut aussi découvrir quelques indices, concernant spécialement les localisations, dans la marche de la période tertiaire. En dehors de la multiplicité des localisations qui caractérise en général les formes malignes, l'examen d'un grand nombre de malades conduit habituellement à reconnaître que la syphilis tertiaire a souvent une prédilection pour l'un ou l'autre système. Nous traitons un malade pour des gommés de la peau et du tissu cellulaire; il revient deux ou trois fois avec de nouvelles gommés de la peau et du tissu cellulaire; il ne présente dans le reste de l'organisme aucune lésion sypilitique<sup>1</sup>. On a fait des observations analogues pour le système osseux, pour le système nerveux central. Ce fait s'explique par la tendance de la syphilis à se localiser sur les points de moindre résistance; nous avons déjà signalé ce fait pour la période secondaire, à propos des rapports qui existent entre la syphilis et l'irritation. Qu'il en soit de même aussi pour la période tertiaire, c'est ce que démontrent les faits suivants : les parties du système osseux peu couvertes et peu protégées, plus exposées par conséquent aux influences nocives externes, telles que les arêtes et faces libres des tibias, les côtes, les os du crâne, sont de préférence le siège de lésions sypilitiques; il résulte d'observations relevées par des auteurs français, que la syphilis du cerveau est beaucoup plus fréquente chez les individus à l'esprit plus actif des classes cultivées que chez les gens dont l'intelligence est peu développée. Enfin, l'apparition de la syphilis tertiaire est assez souvent provoquée par la diminution de la force de résistance résultant, chez un individu bien portant jusque-là, de l'affaiblissement produit par une maladie grave, l'indigence et les privations, la fatigue.

C'est surtout dans les cas de syphilis maligne que se montre le rôle joué par la force de résistance de l'organisme dans l'évolution de la syphilis.

(1) La syphilis secondaire est surtout caractérisée par le polymorphisme et par des lésions multiples généralisées des téguments externes et des parenchymes. Plus la syphilis vieillit, plus elle a, au contraire, de tendance à se localiser, à se cantonner dans un point déterminé de l'organisme.

Par syphilis maligne nous entendons une marche spéciale des périodes secondaire et tertiaire, qui s'observe rarement chez les individus bien portants, mais principalement chez ceux dont la syphilis s'accompagne d'une autre dyscrasie chronique, tuberculose, scrofulose, etc. Alors la maladie évolue de la manière suivante : généralement le syphilome primaire est déjà lui-même très développé, présente une tendance destructive, se complique de phagédénisme, d'un état diphtéroïde et de gangrène. Les symptômes éruptifs ne sont pas moins graves, et il n'est pas rare qu'ils surviennent de bonne heure, à la fin de la sixième semaine après l'infection. Une fièvre intense, des périostites, des tuméfactions articulaires accompagnent l'éruption et viennent encore aggraver beaucoup l'état de la nutrition. Les éruptions sont généralement de nature pustuleuse. Un exanthème à grosses pustules, souvent très confluentes, envahit tout le corps, la face et le cuir chevelu et amène une chute rapide des cheveux. L'infiltration qui forme la base des syphilides augmente; quand les produits d'infiltration se nécrosent ils donnent lieu à des ulcérations. Celles-ci, en se développant sur la muqueuse nasale et pharyngienne, entraînent des destructions considérables, qui dans le nez atteignent le périoste et l'os. Bientôt des gommès se produisent dans le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles, de telle sorte que quatre ou cinq mois après l'infection il ne reste plus que des lésions tertiaires en général étendues, qui peuvent avoir amené les destructions les plus diverses des parties externes et internes du nez, des lèvres, etc. Tous ces accidents dépriment le malade, en font une véritable image de la désolation. La malignité des accidents est encore augmentée par la faiblesse de la réaction, à peine appréciable, qui se produit sous l'influence des médicaments; de telle sorte que le virus fait rage pendant un an ou deux, avec des interruptions en général courtes. Alors deux cas peuvent se présenter : ou bien le malade est tellement exténué par la marche de la maladie ou par la dyscrasie concomitante, que les dégénérescences amyloïde ou graisseuse et le marasme amènent une issue fatale; ou bien l'organisme possède assez de vitalité pour résister à cette double infection. Alors la syphilis s'est épuisée, les lésions guérissent souvent presque spontanément, aucune nouvelle poussée ne se produit, il y a guérison, et habituellement alors arrêt permanent de la dyscrasie syphilitique.

Il n'existe pour ces cas qu'une seule interprétation, c'est que l'organisation chimique des malades est telle qu'ils présentent un terrain exceptionnellement favorable au virus syphilitique, que ce der-

nier se développe avec une abondance toute particulière et qu'il y a en même temps production considérable de produits organiques très toxiques, ce qui explique à la fois l'intensité et l'extension des accidents locaux et la gravité des troubles de nutrition.

Comme l'immunité ne peut être comprise qu'en ce sens que l'économie, par suite de son organisation chimique, n'offre pas au virus un terrain favorable à son développement, comme d'autre part l'immunité est héréditaire, au moins sous une forme atténuée, on s'explique que des individus, dont les ascendants étaient depuis longtemps épargnés par la syphilis, ont présenté des formes graves, même malignes.

Je reviendrai plus loin sur ma manière d'envisager la nature de la syphilis tertiaire.

## 2° SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

### Infection.

Comme beaucoup d'autres maladies infectieuses, non seulement la syphilis se transmet directement d'individu à individu, mais aussi par voie d'hérédité des parents aux enfants.

La syphilis héréditaire, de même que la syphilis acquise, se manifeste par deux groupes de symptômes :

**I. Accidents syphilitiques.** — Ceux-ci correspondent à peu près à ceux de la syphilis acquise et se divisent comme eux en formes secondaires, par conséquent contagieuses, et en formes tertiaires, non contagieuses. Je reviendrai plus en détail sur la symptomatologie et les différences observées en ce qui concerne l'apparition, les manifestations et la marche. Nous nous bornerons à signaler ici le fait qui découle naturellement du mode spécial de transmission; la lésion initiale et l'engorgement polyganglionnaire qui l'accompagne font toujours défaut dans la syphilis héréditaire.

**II. Troubles de nutrition.** — Ils jouent dans la syphilis héréditaire un rôle beaucoup plus important que dans la syphilis acquise. Cela se comprend quand on considère que l'infection atteint un organisme naissant, non encore formé, que le trouble de nutrition peut avoir ainsi une influence considérable sur le développement entier de l'organisme. Aussi la syphilis héréditaire est-elle une maladie beau-