

prédisposant, son rôle n'en a pas moins une grande importance : car pour le tabès du moins, il est démontré que la grande majorité des malades sont syphilitiques et qu'ils ont été infectés de longues années avant le début de leur affection médullaire.

CHAPITRE XIII

LES AFFECTIONS SYPHILITIKES DE L'ŒIL ET DE L'OREILLE

Au cours de cet ouvrage nous avons déjà eu l'occasion d'étudier presque complètement les **affections syphilitiques des appareils de protection et des annexes de l'œil**. Nous rappelons que le *chancre primitif* peut, bien que le fait soit rare, siéger aux paupières et même à la *conjonctive*. Pendant les éruptions secondaires on a exceptionnellement observé des *papules* sur cette dernière muqueuse. On a aussi constaté sur les paupières des *ulcérations tertiaires*; c'est surtout à la paupière inférieure qu'on les rencontre; il est impossible de les distinguer du chancre primitif, qui leur ressemble beaucoup, sans tenir compte des autres symptômes qui les accompagnent. — Nous avons signalé les *paralysies oculaires* dues à la compression des nerfs à l'intérieur ou à l'extérieur du crâne ou à une lésion des centres; il ne nous reste plus qu'à citer l'*exophtalmie*, produite parfois par une gomme de l'orbite, dont le point de départ se trouve en général dans le périoste de cette cavité.

Parmi les **maladies du globe oculaire proprement dit**, c'est l'**iritis syphilitique**, qui, à beaucoup près, est la plus fréquente et la plus importante. Elle survient presque toujours pendant la période secondaire, quelques mois seulement après l'infection; parfois même elle constitue l'un des premiers symptômes de la généralisation; elle éclate rarement dans les périodes plus avancées de la maladie; d'ordinaire elle s'accompagne d'autres manifestations syphilitiques, en général d'un

exanthème papuleux généralisé. Cette combinaison se manifeste surtout dans les cas où l'infection syphilitique s'est produite à un âge avancé; chez le vieillard la coexistence de l'éruption papuleuse et de l'iritis s'observe avec une remarquable fréquence. Les données sur la *fréquence de l'iritis dans la syphilis* sont très peu concordantes : les chiffres varient de 1 % à 6 % des cas; ce qu'on peut affirmer avec plus de précision c'est que, sur le nombre total des cas d'iritis, un tiers à coup sûr, peut-être plus encore, reconnaît la syphilis pour cause. — Bien que l'iritis syphilitique puisse survenir sans la moindre *cause occasionnelle*, il est facile de comprendre que certaines influences adjuvantes, telles que le travail prolongé à la lumière, peut-être le refroidissement, peuvent en favoriser l'écllosion. Les deux yeux ne s'entreprennent presque jamais en même temps; souvent un seul d'entre eux devient malade; mais souvent aussi, ils sont frappés l'un après l'autre.

Les **symptômes** ressemblent à peu près, dans la majorité des cas, à ceux de l'iritis ordinaire, si ce n'est que, d'une façon générale, l'évolution de l'iritis spécifique est plus lente, moins tumultueuse. En même temps que la sclérotique et ordinairement aussi la conjonctive s'injectent, on remarque que la coloration de l'iris se modifie; il paraît terne, sans éclat; les rayons radiés deviennent indistincts; en même temps sa mobilité diminue. La pupille est rétrécie, devient paresseuse ou même ne réagit plus du tout, grâce surtout aux *adhérences* qui s'établissent très rapidement entre le bord pupillaire et la cristalloïde antérieure. Si l'on instille de l'atropine, ces adhérences donnent à la pupille les formes les plus inattendues : tantôt elle est allongée ou en forme de trèfle, tantôt elle est tout-à-fait irrégulière, à moins que les adhérences n'occupent toute la circonférence de l'iris. A la face postérieure de la cornée, sur la membrane de Descemet, on voit parfois apparaître de petits dépôts punctiformes; dans les cas très intenses, il se produit une *forte opacité cornéenne*. L'*hyopyon* est rare dans l'iritis syphilitique. — *Subjectivement*, le malade ressent d'ordinaire des douleurs d'intensité variable qui se réveillent par accès, la nuit surtout et s'accompagnent d'une sécrétion lacrymale surabondante; souvent, la gravité des symptômes objectifs n'est pas en rapport avec le peu d'intensité des phénomènes subjectifs; quand on constate cette disproportion il faut de suite penser à l'iritis syphilitique. Il existe

toujours de la photophobie et une diminution de l'acuité visuelle ce dernier symptôme est dû en partie aux exsudats qui recouvrent le champ pupillaire ou (dans la moitié des cas environ) à des *opacités du corps vitré*, ce qui indique que le processus inflammatoire a envahi le corps ciliaire ou la choroïde.

Il nous reste encore à signaler une forme spéciale d'iritis syphilitique, qu'on n'observe, il est vrai, que dans un nombre restreint des cas; mais elle est, par elle-même, tellement caractéristique qu'elle impose de suite le diagnostic de syphilis. Au milieu des lésions ordinaires de l'iritis apparaît sur l'iris une petite *nodosité* qui occupe d'habitude le voisinage du rebord pupillaire; cette nodosité a le volume d'une tête d'épingle ou d'un grain de chènevis; il est très rare qu'elle atteigne de plus fortes dimensions; elle proémine dans la chambre antérieure de l'œil et présente d'ordinaire une coloration jaunâtre ou jaunerougeâtre. Parfois on les voit se développer par plusieurs points à la fois. Leur évolution ultérieure, en général favorable, aboutit toujours à la résorption complète; il persiste une petite atrophie limitée de l'iris, plus colorée qu'à l'état normal ou entourée de dépôts pigmentaires. Il est exceptionnel de voir ces nodosités donner lieu, par leur accroissement brusque, à des symptômes alarmants. Ces petites tumeurs ont soulevé beaucoup de controverses dans la littérature syphilologique: d'après leur structure histologique — elles consistent essentiellement en une infiltration dense de cellules embryonnaires, — on les a désignées sous le nom de *gomme*, et on a nommé cette iritis, *iritis gommeuse*. Or, cette « iritis gommeuse » se produit presque toujours en même temps que les symptômes secondaires précoces, ce qui renversait la « théorie » qui voulait que les manifestations tertiaires n'apparussent jamais en même temps que les manifestations secondaires et à plus forte raison avant celles-ci. Seulement, on oubliait complètement que la structure histologique des néoplasies syphilitiques ne présente, comme Virchow l'a démontré le premier, aucune différence essentielle aux diverses périodes de la maladie; qu'au contraire, elles ont toujours le même caractère, qu'il s'agisse du chancre primitif ou de manifestations secondaires et tertiaires et qu'enfin il est tout-à-fait impossible de déterminer, par l'examen microscopique, quelle place doit occuper une néoplasie dans l'évolution clinique de la syphilis. Comme les nodosités iridiennes correspondent aux

papules de la peau et des muqueuses par leurs symptômes, leur marche et, aussi par leur structure histologique, comme elles sont contemporaines de ces manifestations, le « problème » se résoud très simplement, en abandonnant la dénomination de gomme de l'iris et en la remplaçant par la dénomination, déjà reçue du reste, de « *papule de l'iris* » (moins bien condylôme de l'iris); ceci ne veut évidemment pas dire que dans les stades plus avancés de la syphilis, on ne puisse y observer de véritables gommages.

L'évolution de l'iritis syphilitique, quand on l'abandonne à elle-même, entraîne les conséquences les plus funestes. Les adhérences du rebord iridien se multiplient, l'exsudat plastique finit par obturer tout le champ pupillaire (*occlusion pupillaire*), puis l'inflammation gagne les parties profondes, le corps ciliaire et la choroïde (*irido-cyclite et irido-choroïdite*) et finit par entraîner l'*atrophie du bulbe* et la perte irrémédiable de l'œil. Heureusement, le traitement peut non seulement éviter cette triste issue, mais encore, du moins lorsque le cas est traité à temps, rendre presque toujours à l'œil son *intégrité complète*. Le **pronostic** est donc en général favorable, sauf pour les cas négligés; ce qui l'assombrit un peu, c'est que souvent l'altération passe d'un œil à l'autre et, de plus, qu'après une première iritis syphilitique, il persiste une *tendance à la récurrence*.

Le **diagnostic** est très simple dans l'iritis papuleuse; on peut, d'emblée, poser le diagnostic de syphilis, rien qu'en regardant l'œil du malade. Dans l'autre forme au contraire, les symptômes seuls de l'affection oculaire ne suffisent pas pour en reconnaître la nature spécifique; on ne peut le faire qu'en constatant la coexistence d'autres symptômes de syphilis ou en découvrant la syphilis dans les commémoratifs. Comme l'anamnèse seule n'est jamais décisive, le médecin qui doit savoir qu'au moins le tiers des iritis a pour cause la syphilis, a pour devoir de faire, chaque fois qu'il se trouve en présence de cette affection, l'enquête la plus minutieuse sur la possibilité d'une infection syphilitique; car, s'il est vrai que dans cette maladie un traitement basé sur un diagnostic exact remporte les triomphes les plus éclatants, il n'est pas moins certain que la négligence du médecin peut entraîner la perte irrémédiable de l'œil.

Nous ne dirons que quelques mots des autres affections syphilitiques des yeux; plus loin, en étudiant la syphilis héréditaire,

ditaire, nous aurons l'occasion de parler d'une affection spéciale de la cornée, la **kératite interstitielle**, qui est exceptionnelle dans la syphilis acquise. — Après l'iris, c'est la *choroïde* qui est le plus fréquemment atteinte; souvent elle ne l'est qu'à la suite d'une iritis. La **choroïdite syphilitique** se manifeste sous deux formes principales: tantôt il se forme, sans qu'on constate au début une lésion appréciable du fond à l'œil, des *opacités du corps vitré*, qui ont un aspect pulvérulent assez caractéristique; ou bien c'est une *choroïde exsudative* avec de nombreux foyers d'exsudation que l'atrophie dont ils sont plus tard le siège, transforme en points clairs, entourés d'une zone pigmentée; ces foyers ont une certaine prédilection pour l'équateur de l'œil et pour la portion de choroïde qui avoisine la tache jaune. La première forme de choroïdite entraîne à bref délai une diminution considérable de l'acuité visuelle, de l'héméralopie et parfois certains troubles spéciaux, tels que le rapetissement des images et leur déformation (*micropie et métamorphie*); enfin, si l'on n'intervient pas à temps par un traitement approprié, l'œil finit par se perdre dans la majorité des cas. La seconde forme a des symptômes variés, tantôt peu marqués, tantôt très graves; ce fait dépend de la localisation qu'affectent les foyers exsudatifs. — Ni l'une ni l'autre de ces formes n'est absolument caractéristique de la choroïdite syphilitique; il faut donc dans tous les cas confirmer le diagnostic par la constatation d'autres symptômes de syphilis. — Le **pronostic** de l'irido-choroïde avec opacité du corps vitré est en général favorable, à la seule condition qu'on institue à temps un traitement mercuriel énergique; il est en tous cas plus favorable que celui de la choroïdite exsudative. Cependant, même dans cette dernière affection, on réussit parfois, par un traitement mercuriel, à produire une amélioration très considérable.

Les **affections syphilitiques de la rétine** font encore l'objet de vives discussions entre les ophtalmologistes. Il est probable que la « *rétinite pigmentaire* » — atrophie et pigmentation de la rétine au pourtour de la papille et des vaisseaux rétinien — n'est pas une affection primitive de la rétine, mais dépend plutôt d'une choroïdite (FOERSTER); il est cependant probable qu'on puisse parfois observer une rétinite primitive. — Pour terminer il ne nous reste plus à signaler que les **lésions des nerfs optiques**, constatables seulement à l'ophtalmos-

cope; les plus importantes d'entre elles, la *stase de la papille* et l'*atrophie du nerf optique* ne sont, règle générale, que des symptômes d'une maladie profonde, intracrânienne, d'une lésion du cerveau et des méninges. On comprend de suite quelle *importance diagnostique* acquièrent ces altérations oculaires; c'est le seul signe *objectif* d'une lésion profonde des centres nerveux dont tous les autres symptômes sont purement fonctionnels; aussi, dès qu'on a le soupçon d'une lésion de ce genre, on ne peut négliger l'examen ophtalmoscopique du malade; souvent les soupçons se changent en certitude, et le traitement acquiert dès lors une base sérieuse.

Nous n'avons que peu de chose à dire des **affections syphilitiques de l'oreille**. On peut, exceptionnellement, rencontrer un chancre primitif sur l'oreille externe; on a aussi, dans quelques cas, accusé le *cathétérisme de la trompe d'Eustac'h*, fait au moyen d'une sonde souillée d'une sécrétion contagieuse, d'avoir transmis la syphilis. Il est un peu plus fréquent d'observer des *papules humides* dans le *conduit auditif externe*; elles peuvent, quand elles atteignent de grandes dimensions, provoquer des troubles de l'ouïe; on a aussi signalé la présence de papules sur la *membrane du tympan*.

Nous avons déjà parlé des altérations auditives dues à une affection des trompes; celle-ci est ordinairement causée par la propagation d'une maladie des muqueuses nasale ou pharyngienne. Enfin, pour terminer, il nous reste à parler des lésions profondes de l'appareil auditif surtout spéciales à la période tertiaire; ce sont ou des lésions qui intéressent le nerf acoustique dans le crâne ou le long du trajet de ce nerf ou bien des *lésions de l'oreille interne*, du labyrinthe et du limaçon; la base anatomopathologique de ces lésions est encore peu connue; les *symptômes* consistent en hallucinations auditives, bourdonnements, vertiges et en une dureté de l'ouïe qui peut aller jusqu'à la surdité complète. — Le *traitement* amène parfois de l'amélioration, mais, en général, le pronostic de ces affections profondes de l'oreille est défavorable.