

s'est toujours développée dans l'autre œil, produisant des méningites et de la généralisation. Il en est de même pour la tuberculose rétinienne et optique où le diagnostic est difficile et incertain. La tuberculine de Koch, employée dans un certain nombre de cas, n'a donné que de médiocres résultats et mérite, jusqu'à nouvel ordre, d'être abandonnée.

VI. — Lèpre oculaire.

§ 240. La lèpre occupe fréquemment les paupières et envahit le globe oculaire. Poncet admet trois formes : léonine ou tuberculeuse, antonine ou nerveuse, lazarine ou ulcéreuse. Il a rencontré des microbes analogues à ceux de la tuberculose dans les cellules et en dehors des cellules. Hansen, puis Neisser, les avaient décrits. Philipsen a constaté des bacilles surtout à la périphérie des cellules. Ils sont courts et composés de deux moitiés séparées au centre par une ligne pâle.

Les microbes de la lèpre produisent toutes les lésions de cette maladie, les tubercules de la peau palpébrale, de la conjonctive comme de la cornée. Ils pénètrent progressivement dans l'œil et le désorganisent lentement. Peut-être cependant, chose douteuse, la lésion locale est-elle initiale et représente-t-elle le foyer d'infection (Poncet). S'il en était ainsi, l'ablation s'imposerait et permettrait d'obtenir une guérison complète.

Les poils des sourcils, des cils, sont altérés et tombent; les paupières, la conjonctive sont farcies de gros tubercules; la cornée elle-même, très épaissie, est infiltrée en nappe ou en foyer; dans un cas de Meyer, examiné anatomiquement par Berger, elle était transformée en une tumeur lépreuse. L'iris, le corps ciliaire, la choroïde et la rétine sont successivement envahis. Le canal de Schlemm et l'espace de Fontana sont particulièrement affectés. La sclérotique est peu touchée, mais l'épiscière est parfois envahie.

Les tumeurs lépreuses ressemblent beaucoup à des tumeurs fibro-sarcomateuses ou tuberculeuses (Berger). Il importe,

en l'espèce, d'être prudent et de bien déterminer, par l'examen histologique, microbien et biologique, la nature des lésions et des bacilles.

L'affection est ordinairement bilatérale et le tiers des lépreux devient aveugle. D'après les observations de Hulanicki, dans les léproseries de Dorpat et de Riga, près des trois quarts des sujets présentent des lésions oculaires. Le globe est bien moins souvent affecté cependant que les paupières.

Le traitement général ou local de la lèpre ne donne pas encore de brillants résultats. Le traitement des nodules lépreux des paupières est identique à celui des lésions lépreuses des autres parties du tégument. On peut employer la cautérisation. Dans les infiltrations épiscélaires, cette cautérisation est particulièrement utile. L'infiltration cornéenne pourrait être enrayée, le plus souvent, par la kératotomie. La cicatrice de la section cornéenne faite dans les parties transparentes de cette membrane, au delà de l'infiltration lépreuse, formerait un obstacle souvent infranchissable pour la propagation du trouble cornéen. Il importe de traiter de bonne heure la lagophtalmie et l'ectropion par la blépharorrhaphie ou la blépharoplastie, de manière à éviter le plus longtemps possible les ulcérations cornéennes.

VII. — Syphilis oculaire.

La syphilis oculaire revêt des formes multiples et offre une grande fréquence. Elle atteint toutes les parties de l'œil et provoque des manifestations diverses; elle survient à toutes les périodes de l'infection, mais surtout à la période secondaire et tertiaire; elle est enfin héréditaire ou acquise.

Nous étudierons d'abord la syphilis acquise dans ses localisations et périodes diverses, puis la syphilis héréditaire.

§ 241. **Syphilis acquise.** — La syphilis acquise peut se manifester pendant toute l'existence de l'individu. Depuis l'ac-

cident primaire, qui est le chancre, jusqu'à la période quaternaire ou de cachexie, les yeux peuvent être atteints.

Les lésions vont généralement de la surface à la profondeur des organes. Le chancre sera cutané ou muqueux, les lésions internes sont souvent tertiaires. Il est vrai que des gommès se montrent aux paupières et que l'iris est surtout touché à la période secondaire ou secundo-tertiaire; mais, d'une manière générale et avec le temps, les parties les plus délicates, les nerfs, les centres nerveux, sont affectés aussi.

Les *paupières* et la *conjonctive* peuvent présenter des chancres, des plaques muqueuses, des papules diverses et des gommès.

Le chancre syphilitique des paupières et de la conjonctive est exceptionnel (1 sur 800). « C'est un accident, dit Ricord, qui ne saute que rarement aux yeux, et ce n'est pas, dans tous les cas, celui qui rend le plus ordinairement l'amour aveugle. » On l'observe chez l'adulte, mais on l'a rencontré chez l'enfant; il est souvent d'origine professionnelle (médecins, accoucheuses).

On peut diviser le chancre en palpébral ou cutané, marginal et commissural externe ou interne. Le premier est parcheminé; le second, à forme ulcéreuse; le dernier, l'interne surtout, représente plutôt une sorte de tumeur (Fournier). Quoi qu'il en soit, comme le dit Rollet, il est toujours induré, à bords arrondis, taillés à pic ou à l'évidoir. Galezowski croit qu'il débute généralement par la conjonctive ou le bord marginal. Le chancre conjonctival est, soit marginal, soit muqueux, d'aspect ulcéreux ou opalin dans les diverses formes. Le gonflement est plus ou moins marqué; les ganglions auriculaires et maxillaires sont engorgés.

La lésion disparaît plus ou moins rapidement, d'ordinaire en quelques semaines.

L'ulcération chancreuse ressemble à celle de l'épithéliome; mais celui-ci apparaît chez les vieillards, ses bords sont irréguliers, parfois déchiquetés, à marche lente, sans infection ganglionnaire. La tumeur commissurale interne rap-

pelle la mucocèle, mais sans troubles lacrymaux; enfin l'évolution rapide de la vérole et les accidents secondaires lèvent bientôt tous les doutes diagnostiques.

Les *papules* se rencontrent parfois avec leurs caractères cuivrés ou brunâtres sur la peau des paupières et la conjonctive (Meyer). Sur la conjonctive, ce sont plutôt des érosions superficielles siégeant sur le bord marginal ou les commissures; sur les paupières mêmes, on peut rencontrer, sous l'influence de l'humidité, comme au niveau des commissures digitales, sous le sein ou au niveau des plis cutanés, de véritables plaques muqueuses.

Les *gommès* s'observent dans le tissu cellulaire sous-cutané ou, comme l'a bien indiqué Bouisson, dans les muscles palpébraux. Elles sont plus ou moins volumineuses, semi-fluctuantes. Elles ressemblent aux kystes sébacés, mais le manque de point noir glandulaire, leur multiplicité, les antécédents spécifiques évitent toute confusion.

De Wecker a rencontré un cas de gomme conjonctivale.

Les lésions palpébrales prennent parfois la forme *serpigneuse* ou *tuberculeuse*. On constate alors, comme sur le front, le nez, les joues ou les lèvres, des élevures multiples qui, à la longue, s'ulcèrent, s'étendent, se recouvrent de croûtes et détruisent largement les parties sous-jacentes puis constituent de graves cicatrices. En s'appuyant sur le mode de début, les allures, les antécédents, on ne les confondra pas avec l'épithélioma. Tandis que le chancre, les papules et même les gommès sont des lésions relativement bénignes, les syphilides tuberculeuses et serpigneuses sont absolument malignes et entraînent, au point de vue esthétique ou fonctionnel, des conséquences fâcheuses.

Appareil lacrymal. — Les *glandes lacrymales* sont peu affectées. On a cité quelques cas de dacryo-adénite avec gonflement plus ou moins marqué. Bull a rencontré un cas où les douleurs étaient si vives qu'il fallut pratiquer l'ablation de la glande. Les éléments conjonctifs sont seuls hypertrophiés.

Les *voies lacrymales* sont assez rarement syphilitiques et les

parois osseuses sont plus souvent atteintes que les parties molles. Dans tous les cas il s'agit d'infiltration gommeuse. Larebière a publié divers faits dans lesquels il y avait tumeur et fistule lacrymales; on a constaté plusieurs fois l'ulcération de la tumeur avec des bords grisâtres ou rougeâtres, légèrement indurés et stationnaires. Taylor, d'après Julien, a rapporté deux cas d'infiltration gommeuse des caroncules lacrymales. Dans l'un on crut à un cancer et on fit l'ablation; dans l'autre la résolution fut obtenue, mais il survint de l'atrophie avec larmolement persistant.

Les *parois osseuses lacrymales* présentent parfois des gommages. Elles siègent sur la partie supérieure du canal osseux, sur l'unguis, le maxillaire et le frontal, généralement à l'union du canal nasal et du sac lacrymal. La périostite et l'ostéite syphilitiques, l'hyperostose et l'exostose des parois lacrymales se rencontrent encore. Dans les gommages osseux lacrymales, on constate de la tuméfaction, de l'empâtement et du larmolement avec une sténose plus ou moins grande des conduits. Dans l'ostéite et la périostite, outre ces phénomènes, on note de la dénudation des parois; dans les hyperostoses et l'exostose, des irrégularités et de la sténose des conduits. Les antécédents, la concomitance des phénomènes spécifiques et surtout les rapides résultats du traitement ioduré sont les meilleurs éléments du diagnostic.

Muscles. — La syphilis provoque des paralysies musculaires. Rollet a cité un cas de gomme, mais cela est exceptionnel. Les impuissances fonctionnelles consécutives aux tumeurs osseuses spécifiques sont généralement mécaniques. Presque toujours, il s'agit de paralysies portant sur les centres nerveux ou les cordons périphériques.

Les paralysies musculaires sont fréquentes. Ricord les considérait comme « la signature oculaire de la vérole ». Elles attaquent presque exclusivement la troisième et la sixième paire, rarement la quatrième. Elles sont reconnues par leurs caractères objectifs ou subjectifs, et leur cause est établie surtout par les antécédents du sujet ou le traitement spécifique.

Orbite. — On y trouve seulement des lésions tertiaires, périostiques ou osseuses : exostoses, hyperostoses, périostoses. Le début est périostique ou osseux et de nature gommeuse. Peu à peu il survient de l'hypertrophie ou de la néo-formation osseuse. Dans l'hyperostose, il existe de l'épaississement, du rétrécissement orbitaire avec gêne des mouvements, propulsion du globe et lésions oculaires. Dans l'exostose, on constate une ou plusieurs saillies osseuses dans l'orbite, surtout à la partie supéro-interne ou supérieure qui dévient le globe oculaire et entraînent de la diplopie, des troubles optiques, etc. L'exostose peut être spongieuse ou compacte; elle est généralement éburnée. L'existence de la tumeur orbitaire est facile à constater par la déviation oculaire, la sensation digitale, une ponction au besoin. Sa nature est indiquée par les caractères et les antécédents du sujet. Les périostoses et les hyperostoses sont curables parfois au début par le traitement spécifique; les exostoses exigent d'ordinaire à la période ultime une ablation complète, d'ailleurs très grave, à cause des prolongements crâniens et des désordres céphaliques opératoires.

Cornée. — On constate sur la cornée de l'inflammation interstitielle diffuse et des gommages. La kératite interstitielle est surtout héréditaire. Les gommages de la cornée ont été récemment observés; elles sont toutefois exceptionnelles. Dans un cas de Denarié et Gayet, on trouvait à la face postérieure de la cornée, soulevant la membrane de Descemet, une tuméfaction blanc jaunâtre constituée par des cellules embryonnaires. Les troubles locaux sont ceux des abcès et infiltrations de la cornée : vue trouble, photophobie, larmolement, etc. Fournier a signalé à la circonférence de la cornée des petits points jaunâtres, papulo-vésiculeux, du volume d'une demi-tête d'épingle, et qu'il rattache à la syphilis. Des syphilides diverses, les antécédents, l'action iodo-mercurique établiront surtout le diagnostic. La résolution complète est toujours possible.

On a publié plusieurs cas d'*épisclérite* gommeuse.

Cristallin. — Le cristallin peut être atteint par la syphilis. Non seulement il peut exister, consécutivement aux gommés du corps ciliaire ou aux adhérences irido-capsulaires, des cataractes capsulaires, mais encore des cataractes lenticulaires. D'après Bos, la syphilis toucherait le cristallin comme la rougeole, le diabète; il s'agirait là de lésions d'origine ectodermique au même titre que l'alopecie, l'onxyxis, et on devrait les rattacher à la période secondaire. On peut toutefois se demander si le trouble cristallinien ne serait pas le fait d'un vice nutritif se produisant insidieusement et primitivement sur le tractus uvéal; la fréquence des troubles choroïdiens spécifiques permet de le penser.

Iris. — L'iritis syphilitique est très fréquente, car plus de la moitié des iritis sont syphilitiques. Elle présente trois formes : séreuse, plastique, parenchymateuse. Les deux premières sont banales et ressemblent aux formes correspondantes du rhumatisme, de la blennorrhagie; la dernière est tout à fait caractéristique.

L'iritis parenchymateuse est condylomateuse; c'est une affection secondotertiaire ou tertiaire précoce; elle apparaît durant les deux premières années, dès le second semestre; elle peut aussi survenir très tardivement, exceptionnellement dans la syphilis héréditaire. Elle est bilatérale dans la moitié des cas.

On la rencontre dans les syphilis malignes. Le début est parfois insidieux, la marche lente, presque torpide ou bien franchement aiguë, douloureuse, même glaucomateuse. On observe fréquemment des complications ciliaires ou choroïdiennes qui constituent des irido-cyclites, des irido-choroïdites, etc. C'est une affection grave qui exige un traitement spécifique énergique et l'application de moyens médicaux ou chirurgicaux dirigés contre l'iritis ordinaire.

Cyclite. — Elle survient dans le deuxième semestre de la syphilis ou quelques années après. Outre qu'elle peut compliquer l'iritis ou la choroïdite, la cyclite spécifique est parfois primitive. Elle est constituée par des gommés, des amas de cel-

lules rondes qui entraînent l'amincissement, la saillie et la perforation de la sclérotique correspondante, provoquant de la rougeur, de vives douleurs et conduisant à l'atrophie globale. C'est une affection grave. Un traitement énergique peut enrayer sa marche destructive et amener, sauf lésions définitives, une résolution complète ou partielle.

Les frictions hydrargyriques, les injections sous-conjonctivales de sublimé, les injections mercurielles sous-cutanées ou intra-musculaires sont nettement indiquées et peuvent éviter un désastre oculaire.

Chorio-rétinite. — C'est une affection secondotertiaire et tertiaire, se montrant plusieurs années après le début du chancre initial. On l'observe, à l'inverse de l'iritis, plutôt chez les femmes; si les hommes irritent leurs yeux par le froid et les poussières, les femmes les fatiguent par les travaux minutieux de la couture et de la broderie. C'est un accident des syphilis malignes; il est souvent précédé de poussées iriennes.

Très bien étudiée par de Græfe, Fœrster, et récemment par Masselon, elle est très importante à connaître. On observe des lésions du vitré et des membranes profondes ainsi que des troubles fonctionnels.

Les troubles du vitré sont d'intensité variable, depuis un simple brouillard jusqu'à un état pulvérulent ou filamenteux du fond de l'œil. L'état pulvérulent est presque pathognomonique. Le trouble vitré est plus ou moins intense suivant les poussées choroïdiennes et les mouvements de l'œil qui déplacent les exsudats.

Les troubles chorio-rétiniens sont ophtalmoscopiques. On observe au niveau de la papille un halo à travers lequel apparaît le disque nerveux comme la lune à travers un nuage ou un bec de gaz à travers un brouillard; ce halo s'estompe et disparaît vers la périphérie où le fond de l'œil est transparent. On note parfois des lésions analogues vers la macula. Celle-ci est rougeâtre ou brunâtre, entourée d'un cercle grisâtre qui disparaît progressivement vers la périphérie: c'est une

rétinite centrale ou maculaire récidivante et que de Græfe a bien observée.

Les lésions chorio-rétiniennes ne sont pas exclusivement papillaires ou maculaires. On rencontre encore des formes pigmentaire, atrophique et fibreuse.

La *forme pigmentaire* est caractérisée par des taches de pigment occupant la périphérie rétinienne d'une manière irrégulière et offrant au centre de l'atrophie rétinienne, à travers laquelle apparaît le blanc de la sclérotique. Les lésions sont plus ou moins larges, massives ou discrètes; elles sont toujours inégales et comme le produit d'un bouleversement pigmentaire. L'atrophie papillaire consécutive est fréquente.

La *forme atrophique* est précédée d'une éruption blanchâtre sous-vasculaire, peu saillante, entraînant l'atrophie plus ou moins rapide des points rétiens affectés et du nerf optique.

La *forme fibreuse* est la conséquence des hémorragies chorio-rétiniennes qui surviennent par altération vasculaire qui souillent la rétine, la choroïde, et qui inondent le vitré. Les plaques fibreuses sont diffuses, irrégulières, rétractiles et destructives.

Dans toutes ces formes, la vision diminue et on a pu observer de la micropsie, de la métamorphopsie et de la dyschromatopsie; l'héméralopie n'est pas rare; les scotomes scintillants, d'après de Wecker, sont fréquents. Les douleurs oculaires ou péri-oculaires semblent peu considérables.

L'affection a une allure grave mais sautillante; les rechutes sont fréquentes. Les lésions oculaires entraînent souvent une amblyopie ou la cécité. Les lésions maculaires sont surtout redoutables au point de vue fonctionnel. Il y a lieu de surveiller l'apparition possible de manifestations cérébrales.

Le traitement spécifique doit être énergique, vigoureusement et longuement continué. Il est bon d'y ajouter les sudorifiques, les toniques, le repos oculaire, etc..

Nerf optique. — Il peut être affecté directement, ou bien indirectement sous l'influence de lésions et tumeurs cérébrales. Il survient de la névrite puis de l'atrophie. Au début,

la papille est congestionnée, un peu floue, puis tout à fait diffuse, et ses bords en sont effacés. Ultérieurement le nerf peut s'atrophier. L'affection est grave mais peut guérir. Un traitement actif amène, en effet, s'il est appliqué à temps, une résolution totale ou partielle.

§ 242. **Syphilis héréditaire.** — L'hérédosyphilis apparaît d'ordinaire à la naissance, dès les premiers mois de la vie; on la voit aussi se manifester tardivement, pendant l'adolescence et même l'âge mûr (Augagneur, Chevallereau). Quand elle est tardive, il importe de la différencier de la syphilis acquise, et il faut alors mettre en œuvre les manifestations diathésiques les plus diverses.

La face supérieure est souvent déprimée et la racine du nez aplatie avec engorgement lacrymal. La voûte ogivale est très incurvée; les incisives de la seconde dentition sont crénelées en V, en W, espacées, souvent cariées. On note parfois sur les os, sur les tibias surtout, des indurations indolores; les ganglions sont durs, mobiles; il y a de la dureté de l'ouïe, une intelligence débile; des cicatrices spécifiques peuvent se rencontrer surtout aux commissures des lèvres. Ces diverses lésions sont plus ou moins significatives et indiquent l'origine de celles de l'œil; parfois celles-ci sont par elles-mêmes démonstratives.

Les syphilitiques héréditaires présentent quelquefois des lésions cutanées ou muqueuses herpétiques, tuberculeuses ou crustacées. On a noté des syphilides impétigineuses dans les sourcils. La périostose et l'ostéite naso-lacrymales se rencontrent assez souvent.

La *kératite interstitielle* est relativement fréquente.

Elle débute chez les enfants de 6 à 15 ou 20 ans par des opacités irrégulières, diffuses, siégeant dans la trame cornéenne et provoquant une faible réaction kératique ou péri-kératique qui se prolonge plus ou moins longtemps et aboutit généralement, avec du temps et un traitement énergique, à une guérison presque complète. Il existe de l'infiltration granulo-graisseuse des corpuscules de la cornée. Cette affection,

entrevue au point de vue étiologique par Velpeau, a été rattachée dès 1857, par Hutchinson, à la syphilis héréditaire. Avec l'altération des dents qui sont crénelées, irrégulières, et avec les troubles de l'ouïe, la kératite interstitielle constitue la triade hérédo-syphilitique. Les auteurs s'accordent à admettre dans ce cas la syphilis héréditaire deux fois sur trois. Panas, Perrin et quelques ophtalmologistes nient toutefois sa spécificité. Panas la considère surtout comme une affection hérédo-cachectique.

On a cité quelques cas de *cataractes* dans l'hérédo-syphilis.

L'*iritis* est exceptionnelle mais non douteuse (Hutchinson) dans les premiers mois après la naissance.

Les *choroïdites*, *rétinites* et *névrites* ont été observées, mais très rarement. Galezowski rattache la rétinite pigmentaire plus souvent à la syphilis qu'à la consanguinité. Il lui rapporte aussi volontiers les malformations de l'orbite, des paupières, des voies lacrymales, des membranes profondes, la paralysie des nerfs ou des centres moteurs, enfin certaines anomalies comme l'astigmatisme.

L'hérédo-syphilis oculaire présente une réelle gravité au début de la vie, soit pour la vision, soit comme signification générale; plus tard, dans la seconde enfance et l'adolescence surtout, ses manifestations sont moins redoutables.

Les lésions syphilitiques héréditaires sont assez caractéristiques (kératite interstitielle); cependant, en dehors des jeunes sujets, on doit toujours se préoccuper d'une infection récente. Les attributs généraux de l'hérédo-syphilis seront alors très importants pour le diagnostic.

Le *traitement* des affections syphilitiques de l'œil est différent suivant leur période, leurs caractères, leur siège. On employait autrefois le mercure par la voie dermique ou gastrique; dans ces derniers temps, la thérapeutique hydragyrique est devenue à la fois locale et générale. On a de la tendance à recourir aux injections mercurielles sous-conjonctivales et sous-cutanées. Au point de vue général, les sels solubles sont préférables; le sublimé, le peptonate,

l'oxycyanure et le cyanure, maniés prudemment, n'offrent aucun inconvénient sérieux. Toutefois, on ne peut dénier que dans certains cas rebelles l'injection sous-cutanée de calomel, insoluble, ne soit d'un effet persistant. Abadie vient même de préconiser chaudement, dans les cas graves, les injections intraveineuses de bichlorure ou d'oxycyanure de mercure, et nous les avons employées depuis sans aucun inconvénient.

Il faut, en outre, prescrire l'administration énergique de l'iodure de potassium dans la période tertiaire. On a contesté à tort son efficacité. Pour Chibret, l'action est insignifiante contre les lésions spécifiques, et, avec Nelsens, il estime qu'il sert seulement à éliminer le mercure et à atténuer son action; il lui reconnaît cependant de bons effets sur la cornée et la choroïde. Pour Abadie, l'iodure est nuisible dans la chorio-rétinite spécifique. Galezowski insiste toujours sur le mercure en frictions cutanées de 2 grammes prolongées régulièrement pendant deux ans.

VIII. — Tumeurs et ulcérations.

Tumeurs. — Ce sont les tumeurs de l'œil et des annexes. On peut les diviser cliniquement en bénignes et malignes.

§ 243. **Tumeurs bénignes.** — Elles sont franchement ou relativement bénignes. Quelques-unes guérissent aisément et ne déterminent que des lésions minimes comme les granulations, les gommès, les lipomes, les kystes; d'autres entraînent des désordres assez graves ou récidivent volontiers comme le tubercule. Toutes cependant restent en dehors de la classe des tumeurs progressives, envahissantes, récidivantes et métastatiques, des cancers.

Nous indiquerons ici les lésions suivantes : chalazions, gommès, tubercules, lipomes, ostéomes, kystes et encéphalocèles, dermoïdes, angiomes, pinguecula.

Les abcès, les orgelets, les ptérygions, les chancres son