

D^r A. DARIER

*Kératite en grillage, kératite parenchymateuse
rhumatismale.*

Cette kératite striée n'a été encore relatée que se présentant sous des formes légères. Or, j'ai, pour ma part, observé chez des rhumatisants deux cas qui ont revêtu une forme d'une intensité remarquable. La cornée avait d'abord pris un aspect grisâtre qu'un examen attentif, même à l'œil nu, faisait apparaître comme une infiltration intense de tous les espaces lymphatiques cornéens s'entrecroisant presque à angle droit donnant un aspect de hachures quadrillées. En un mois, la cornée était devenue ainsi complètement blanche; ce n'est que secondairement que se fit une hyperémie périkeratique avec vascularisation cornéenne fine et profonde. La résorption se fit seulement au bout de plusieurs mois.

Devons-nous considérer ces cas comme une forme spéciale de kératite parenchymateuse à laquelle on pourrait donner le nom de *kératite parenchymateuse rhumatismale*? Je ne serais pas éloigné de cette conception clinique, d'autant plus que les cas auxquels je fais allusion n'ont bénéficié que du traitement anti-rhumatismal: salicylate, applications chaudes, massages oculaires, etc... Les injections sous-conjonctivales, mal supportées au début, ont amené, à la période de résolution, un éclaircissement rapide de la cornée.

Dans une autre forme peu commune, la *kératite striée*, que l'on observe quelquefois à la suite de l'opération de la cataracte et qui est due le plus souvent à un plissement de la membrane de Descemet, le résultat thérapeutique est lent à se produire quel que soit le traitement employé.

A la suite de la pénétration d'un corps étranger dans la cornée, on observe souvent tout autour une zone d'infiltration parenchymateuse qui disparaît le plus souvent

THÉRAPIE OCULAIRE

*Kératite parenchymateuse traumatique
ou par contusion.*

spontanément après l'extraction du corps étranger. Néanmoins, ces infiltrations pouvant entraîner après elles de petites taies de la cornée, on fera bien de faire soit des instillations répétées d'un collyre à la Dionine (voir ci-dessus, page 103), soit de pratiquer quelques injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium à 2 % ou 4 %.

On pourra agir de la même façon dans certains troubles cornéens consécutifs à des contusions violentes de la cornée (*mesokératites traumatiques*), qui simulent quelquefois une kératite parenchymateuse et cela à s'y méprendre, surtout quand cet accident survient chez un individu plus ou moins prédisposé, comme ce fut le cas pour un jeune ouvrier mécanicien, à la suite d'un choc violent sur la cornée, par la projection d'un corps étranger volumineux, un éclat de métal.

Le lendemain même, le malade se présente à la consultation. La cornée n'était nullement ulcérée; mais avait un aspect terne, dépoli, avec une infiltration grisâtre nuageuse très légère, occupant son centre et voilant complètement l'orifice pupillaire. L'iris réagit normalement, et l'atropine produit une large mydriase.

Le jeune homme porte tous les stigmates de la scrofule, il a même le facies Hutchinsonien, c'est pourquoi, malgré l'affirmation qu'aucune maladie oculaire ne s'est jamais présentée chez le malade, je fais mes réserves, en posant le diagnostic de contusion de la cornée. Souvent, en effet, nous voyons un traumatisme ou même la présence seule d'un corps étranger être la cause déterminante ou occasionnelle de l'éclosion d'une kératite parenchymateuse vraie quand on a affaire à des sujets prédisposés.

Après quelques jours d'instillations d'un collyre à la

D^r A. DARIER

Action résolutive de la Dionine et des injections sous-conjonctivales.

Dionine (1), un éclaircissement très notable se produisit; je croyais le malade définitivement guéri, lorsque tout à coup l'infiltration cornéenne prit de nouveau des proportions si considérables que la cornée fut envahie presque tout entière; une photophobie très marquée accompagnée de douleurs me fit craindre une poussée aiguë de vraie kératite parenchymateuse. Je soumis alors le malade aux injections sous-conjonctivales de cyanure à 1/5000, et je fis faire des frictions hydrargyriques tout autour de l'orbite. La guérison fut si rapide que je ne puis croire qu'il s'agissait réellement d'une vraie kératite parenchymateuse. En effet, un mois après son accident, le blessé pouvait reprendre son travail avec sa cornée presque complètement transparente.

Ce cas, considéré comme une kératite parenchymateuse hérédospécifique, pourrait nous montrer combien puissante est l'action des injections sous-conjonctivales quand elles sont appliquées en temps opportun, soit tout à fait au début, soit à la période terminale de l'affection.

Qui nous dit, en effet, que sans cette intervention énergique la maladie n'eût pas évolué comme une véritable kératite parenchymateuse? — Je vous présente l'observation telle qu'elle est; vous en tirerez profit quand vous vous trouverez dans des conditions analogues. Nous aurons du reste à revenir sur ce sujet dans quelques instants.

*
**

(1) Dionine.....	0,10
Chlorure de cocaïne.....	0,10
Sulf. n. d'atropine.....	0,02
Solution de Cn. Hg. 1/2000.....	10 gr.

Instiller toutes les 2 heures une goutte ou deux de ce collyre dans l'œil malade.

THÉRAPIE OCULAIRE

Kératite parenchymateuse hérédospécifique, stigmates d'Hutchinson.

La kératite parenchymateuse ou interstitielle, elle non plus, ne revêt pas une forme toujours identique à elle-même.

Nous étudierons plus spécialement, parce qu'elle est la mieux connue, la kératite parenchymateuse qu'a si bien décrite HUTCHINSON et qui, dans la majorité des cas, se rencontre chez les enfants de parents ayant eu la syphilis, comme une des multiples manifestations de ce funeste héritage.

On observe dans l'hérédosyphilis, la natalité avant terme et une grande mortalité des nouveau-nés, qui sont chétifs, malingres, très prédisposés à la méningite. L'ossature crânienne présente chez ces enfants un aspect particulier, les bosses frontales sont saillantes et asymétriques; la coaptation des mâchoires se fait mal; l'oreille interne souffre dans son développement, et il en résulte souvent une surdité plus ou moins marquée.

Les os des jambes et en particulier les tibias présentent des nodosités, suites d'épaississement du périoste. L'articulation du genou est souvent malade.

La dentition se fait mal et lentement; les premières dents, dents de lait, sont plus petites et espacées, le plus souvent en nombre insuffisant, mais, c'est surtout sur la seconde dentition que se font voir les *stigmates presque caractéristiques de l'hérédosyphilis*.

Les *dents d'Hutchinson* (1) sont caractérisées par une sorte d'arrêt de développement de l'émail, arrêt portant sur le sommet de la dent, dont les tubercules, presque dépourvus de cette enveloppe protectrice, poussent en pointes irrégulières et plus ou moins hypertrophiques,

(1) JONATHAN HUTCHINSON. Syphilitic disease of the eye and ear. Londres, 1864.

D^r A. DARIER

*Dents d'Hutchinson ; incisives, canines,
coupées en coup d'ongle.*

pointes constituées par la dentine seule, substance osseuse de la dent, d'une grande fragilité quand elle n'est pas recouverte de sa cuirasse d'émail protecteur qui, elle, est pour ainsi dire inaltérable. De là, la forme toute particulière des dents d'Hutchinson qui, écartées les unes des autres, sont petites au point que leur nanisme constitue souvent à lui seul une présomption d'hérédosyphilitis.

Les *incisives*, au lieu d'avoir la forme rectangulaire, sont plus larges à leur base, tandis que leur bord tranchant devient plus étroit et présente une entaille en coup d'ongle, cette entaille est due à la chute ou à l'usure de la partie de dentine dépourvue d'émail que l'on peut observer quand on voit le patient peu de temps après l'éclosion de la dent.

Les *canines* se terminant par une seule pointe au lieu des 3 petites dentelures que l'on observe sur les incisives saines, montrent à leur éclosion une petite pointe souvent très aiguë, au-dessous de laquelle se ferme un collet d'émail ; cette pointe de dentine se brise ou s'use promptement laissant après elle une encoche plus petite que celle que l'on observe sur les incisives.

LES PREMIÈRES GROSSES MOLAIRES, quoique le fait n'ait été, que je sache, signalé encore par personne, présentent le même arrêt de développement, ce qui s'explique facilement par ce fait que, *pour ces 3 groupes de dents, incisives, canines et premières grosses molaires permanentes, l'émail se forme vers la 15^e ou 16^e semaine de la vie embryonnaire*, tandis que c'est longtemps plus tard (3 mois après la naissance) que se développent les autres follicules dentaires des dents permanentes. Cette constatation nous porterait à penser que c'est dans les premières semaines de la vie intra-utérine que se fait sentir l'action inhibitrice de la tare syphilitique sur le développement des différents tissus du fœtus.

THÉRAPIE OCULAIRE

*Evolution des canines, des incisives et des
premières grosses molaires.*

Les premières grosses molaires, au nombre de quatre, (une en haut, une en bas, de chaque côté) sont pourvues, chacune, de quatre tubercules. Comme pour les autres dents décrites ci-dessus, la formation normale de l'émail s'arrête ou ne se fait qu'imparfaitement au sommet de la dent. La substance osseuse ou dentine n'étant pas comprimée, enserrée dans sa cuirasse d'émail, prolifère et croît rapidement et irrégulièrement ; les quatre tubercules, au lieu d'être arrondis, lisses et blancs d'émail, sont très pointus, jaunâtres et souvent très anfractueux. Ces sortes d'épines osseuses sont d'une grande fragilité et, comme elles sont soumises à deux actions simultanées très délétères, elles sont bientôt atteintes par la carie qui les détruit en très peu de temps : 1^o les grosses molaires, en effet, subissent la plus forte pression pendant la mastication ; 2^o elles donnent asile entre leurs tubercules déchiquetés à des débris d'aliments qui, pendant la nuit subissent des altérations chimiques, ou des fermentations qui attaquent et rendent friable la dentine. Cette dernière se brise et s'effrite, et bientôt il ne reste plus que la couronne de la dent avec une grosse carie au centre.

Pour étudier ces altérations particulières des premières grosses molaires, il faut observer de nombreux enfants à différents âges, de façon à saisir le moment où la dent vient de naître et à suivre ensuite son évolution. Souvent, en effet, au bout de quelques mois, on ne voit plus que 4 dents cariées qui ne présentent plus rien de caractéristique. Et pourtant pour l'observateur méticuleux ces 4 dents cariées symétriques doivent avoir une signification ; pour ma part, après 20 années d'observation clinique attentive sur cet infime détail de pathologie, je suis arrivé à cette conviction : que les premières grosses molaires faisant leur évolution embryologique à la même époque que les canines et les incisives peuvent subir, sous l'influence de

l'hérédité syphilitique, le même arrêt de développement si bien étudié et si bien décrit par Hutchinson.

Or, il arrive souvent qu'on trouve des hérédo-syphilitiques avérés qui ont des dents presque irréprochables. Cependant, si l'on y regarde bien, on note que les dents sont un peu écartées, plus petites que ne le comporterait l'ossature de la face. Quand le patient sourit, on ne lui voit pas la mâchoire, et pourtant la bouche est souvent agrandie par d'anciennes rhagades des commissures labiales. Mais ces cas, sans être rares, sont l'exception, et si l'on cherche bien, chez beaucoup de sujets hérédo-spécifiques avec toutes les dents de devant saines et presque belles, on trouvera que les premières grosses molaires présentent les signes que j'ai décrits plus haut, ou si l'âge est déjà un peu avancé, les 4 dents sont cariées ou plusieurs d'entre elles ont complètement disparu, alors que celles qui restent laissent voir encore une couronne d'émail sain avec un ou deux tubercules pointus et incomplètement recouverts d'émail.

Je n'ai jamais entendu parler des grosses molaires comme pouvant porter les stigmates d'Hutchinson, même pas par ce maître éminent, dont j'ai eu tant de plaisir à suivre les magistrales leçons au « *London Hospital* ». C'est en constatant leurs altérations typiques chez de nombreux sujets porteurs soit de vraies dents Hutchinsoniennes, soit de plusieurs autres des stigmates caractéristiques de l'hérédo-syphilis que j'en suis arrivé à la conviction que les premières grosses molaires peuvent fournir des indications précieuses dans le diagnostic de l'hérédo-syphilis.

SEIZIÈME LEÇON

SOMMAIRE

Kératite parenchymateuse (suite). — Le plus souvent hérédo-syphilitique. — Quelquefois de nature tuberculeuse ou scrofuleuse. — Importance du traitement général par les injections hypodermiques ou intra-veineuses de sels mercuriels solubles. — Applications locales : atropine, dionine, compresses chaudes, cataplasmes hydrargyriques. — Injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium, d'eau de mer, de cyanure d'hydrargyre, etc... — Massage à la lanoline hydrargyrique. — **Maladies de la sclérotique.** — Episclérite de nature rhumatismale ou goutteuse. — Salicylate de soude, aspirine, colchicine. — Episclérite de nature tuberculeuse. — Massage à la lanoline iodiformée. — Cautérisations au galvano-cautère. — Injections sous-conjonctivales, etc...

Jusqu'à ces dernières années, il était assez généralement admis que la kératite parenchymateuse représentait une des principales manifestations de la triade d'Hutchinson caractéristique de l'hérédo-syphilitique.

Or, récemment, des travaux intéressants (1) ont été publiés, qui tendraient à prouver que bien des kératites parenchymateuses ont pour origine et pour cause la tuberculose, soit qu'on retrouve le bacille de Koch dans différents organes primitivement atteints, soit qu'on ne les trouve que dans l'œil lui-même, et quelquefois dans l'infiltration cornéenne seule.

Certains auteurs ont été jusqu'à conclure que la tuberculose, de même que toutes les affections dyscrasiques à

(1) E. VON HIPPEL. — *Von Graefes Archiv*. XLII.