



*Travail fait à la clinique ophtalmique du Molard
du Prof. G. Hattenhoff, à Genève.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
AFFECTIONS HÉRÉDO-SYPHILITQUES DE L'ŒIL

PAR
CHRISTOPHE OHANIAN
Né à Choucha (Arménie russe).

THÈSE INAUGURALE
PRÉSENTÉE A LA

*Faculté de Médecine de l'Université de Genève pour obtenir
le grade de docteur en médecine.*



GENÈVE
IMPRIMERIE J. STUDER, ROND-POINT DE PLAINPALAIS, 3

1894

*Travail fait à la clinique ophtalmique du Molard
du Prof. G. Hattenhoff, à Genève.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
AFFECTIONS HÉRÉDO-SYPHILITQUES DE L'ŒIL

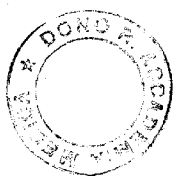
PAR
CHRISTOPHE OHANIAN

Né à Choucha (Arménie russe).

THÈSE INAUGURALE

PRÉSENTÉE A LA

*Faculté de Médecine de l'Université de Genève pour obtenir
le grade de docteur en médecine.*



GENÈVE

IMPRIMERIE J. STUDER, ROND-POINT DE PLAINPALAIS, 3

—
1894

A mon vénéré Maître

MONSIEUR G. HALTENHOFF

Professeur d'ophtalmologie à Genève.

HOMMAGE RESPECTUEUX

D'ESTIME ET DE RECONNAISSANCE

AVANT-PROPOS

Les observations des 142 cas d'affections oculaires diverses hérédosyphilitiques ou supposées telles, qui composent notre statistique et que nous avons recueillies à la clinique de M. le professeur Haltenhoff, sont inscrites dans les livres d'observations soit de sa clientèle, soit de sa clinique du Molard, de 1872-1894.

En feuilletant ces registres, on remarque aisément que la proportion des malades qui sont jugés être sous le coup de l'hérédité syphilitique va en croissant d'année en année.

Tandis que l'on ne trouve que 0,30 % d'hérédosyphilitiques sur tous les malades dans les 11 premières années, c'est-à-dire de 1872-1882, la proportion des cas diagnostiqués comme hérédosyphilitiques s'élève jusqu'au 0,66 % sur tous les malades enregistrés pendant les 11 dernières années, c'est-à-dire de 1883-1893.

Est-ce que la vérole aurait sévi avec plus d'intensité ces dernières années à Genève? — Nous ne pouvons pas l'affirmer. La raison de cette fréquence s'explique autrement.

Il y a une vingtaine d'années, le diagnostic de la syphilis héréditaire tardive était plus difficile à poser, cette affection n'ayant pas de signe pathognomonique, mais offrant un ensemble de signes. En outre, le scepticisme sur la valeur des doctrines de Hutchinson était assez répandu.

C'est pourquoi les notes prises par M. Haltenhoff, dans les premières années de sa pratique, furent très souvent incomplètes, et dans les observations prises avec quelques détails, les données étiologiques font souvent défaut, parce qu'elles n'étaient pas recherchées avec assez de soins. L'attention n'était pas portée, comme aujourd'hui, sur l'importance des tares hérédito-syphilitiques et sur l'enquête des antécédents de famille. Depuis les travaux de Horner, de Parrot, de Parinaud, de Fournier et d'autres auteurs, ces doctrines ont bien gagné en crédit, et le diagnostic de l'hérédito-syphilis, en particulier, dans ses rapports avec l'organe de la vue, s'est singulièrement perfectionné.

Mais dans la plupart des cas, il ne se présente pas tout seul. Pour trouver le diagnostic, il faut le chercher. On ne saura jamais combien d'affections diverses, causées par la vérole congénitale à manifestations tardives, ont été et sont encore prises par les médecins, même les plus capables, pour des cas de scrofule, de rachitisme, d'anémie constitutionnelle, etc.

Ces erreurs, souvent si préjudiciables aux malades, deviendront toujours plus rares, à mesure que les médecins apprendront mieux à connaître la syphilis héréditaire tardive.

Le signe diagnostic majeur, après, bien entendu, l'examen circonstancié du malade, c'est l'enquête sur la famille, c'est-à-dire sur le père et la mère, et sur les frères et les sœurs du sujet malade. Or, ces enquêtes sont parfois très difficiles dans la pratique. Dans plusieurs cas douteux, M. Haltenhoff a obtenu des parents et surtout du médecin de la famille les renseignements oraux ou écrits les plus précis. Toutes les fois qu'il avait des raisons de soupçonner

l'hérédité spécifique chez les jeunes malades atteints de kératite parenchymateuse diffuse et qu'il a pu se renseigner auprès du médecin de la famille, ces renseignements ont confirmé les soupçons avec une certitude plus ou moins grande, le plus souvent absolue.

Comme le montre notre travail, c'est dans les cliniques ophtalmologiques que les jeunes médecins trouvent les meilleures occasions pour étudier cette intéressante maladie.

Mais, avant d'entrer en matière, que notre cher maître, M. le professeur Haltenhoff, veuille recevoir nos hommages respectueux pour les sages conseils et les renseignements qu'il n'a cessé de nous prodiguer et pour la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli.



HISTORIQUE

Toutes les parties de l'œil, surtout la cornée, ont le triste privilège d'être les lieux d'élection pour les manifestations de la syphilis héréditaire. Depuis longtemps, la kératite interstitielle a attiré l'attention des médecins, parce qu'il n'y en a pas de plus tenace, de plus insidieuse et de plus rebelle au traitement.

Wardrop avait déjà signalé la teinte de pierre à fusil qui la caractérise. Lawrence et Velpeau l'ont aussi décrite. Mackenzie et Arlt la décrivent sous le nom de *kératite scrofuluse*.

C'est Hutchinson, célèbre oculiste anglais, qui, en 1863¹, le premier a affirmé que la kératite interstitielle est une manifestation de la syphilis héréditaire. Ayant remarqué cette kératite chez des malades dont les parents étaient entachés de syphilis, ayant vu des troubles de l'ouïe et des altérations particulières du système dentaire coïncider avec cette lésion de la cornée, il lui donna le nom de *kératite hérédo-syphilitique*.

Depuis ce temps, cette question a été vivement discutée et les avis sont encore partagés. Mais chaque jour les faits s'accumulent, les preuves augmentent en faveur de la théorie de Hutchinson.

¹ A clinical memoir on certain diseases of the eye and ear consequent on inherited syphilis. London 1863.

En 1860, Stanley en Angleterre et Colligo en France publièrent des cas de kératites hérédosyphilitiques. En 1864 et en 1866, Watson et Taylor viennent encore appuyer cette théorie par de nouvelles observations. Panas et Mooren, cependant, sont de sérieux adversaires de Hutchinson en cette matière. En 1874, à la Société de chirurgie, Panas prétendait que la syphilis héréditaire n'avait aucune action sur la cornée, la syphilis acquise n'en possédant pas elle-même¹.

Il entraîne à sa suite Dolbeau, Marjolin et Perrin. Cependant quelques médecins, Giraud-Teulon, Demarquay, se rangèrent à la doctrine de Hutchinson ; ils apportent des faits précis dans lesquels on ne peut nier la syphilis. Après eux, plusieurs ophtalmologistes, Horner, Abadie, Trousseau, Hirschberg et d'autres, poursuivent l'étude de cette diathèse et sont persuadés, ainsi que plusieurs syphiligraphes, Fournier en tête, qu'elle détermine diverses lésions du côté de l'appareil de la vision. Le plus souvent, ces lésions font partie du cortège de la *syphilis héréditaire tardive* que Fournier a si magistralement décrite (3).

De Wecker dit : « La kératite diffuse est une maladie propre à l'enfance et à l'adolescence, et constitue une manifestation de la syphilis transmise par les parents dans la majorité des cas. » (20.)

A l'heure qu'il est, il existe quatre théories différentes sur la nature de la kératite interstitielle :

1^o La théorie de Panas qui tend à en faire une affection purement cachectique, indice de misère organique. Pour lui

¹ Cette dernière affirmation a depuis lors été réfutée par des observations irréfutables de kératite due à la syphilis acquise dont plusieurs publiées par M. Haltenhoff (6).

et pour son élève, Le Dauphin, c'est « la kératite de la pauvreté ». (11.) C'est une théorie inadmissible, car on la rencontre assez souvent chez des individus qui n'ont pas l'air cachectique. Et puis, Fournier et d'autres l'ont rencontrée, ainsi que nous-même, dans les classes riches, aisées, aussi bien que dans les classes pauvres. — « Pour ma part, dit Sanguinet, j'eus l'occasion, il y a quelques années, dans la clinique du Dr Trousseau, d'observer successivement 28 cas de kératite interstitielle. Dans 2 circonstances, j'ai noté la misère et la pauvreté réunies ; 3 fois, une absence manifeste d'hygiène ; le reste du temps, les malades se trouvaient dans les conditions de vie normales, et enfin, dans 8 cas, les sujets faisaient partie de la classe aisée. » (15.)

2° La théorie plus ancienne de Mackenzie et d'Arlt qui en font une affection scrofuleuse. Elle est niée par les ophthalmologistes modernes. La scrofule ne peut être qu'une cause prédisposante, au même titre que la cachexie. Mais nous verrons plus bas que la grande majorité des malades ne présentent aucun signe de scrofule.

3° La théorie de Hutchinson tendant à faire de la syphilis la cause exclusive de la kératite interstitielle ; elle se rencontre, en effet, chez les syphilitiques héréditaires avec une fréquence considérable (2 fois sur 3 environ). Dans $\frac{1}{3}$ des cas, il a été impossible de trouver des antécédents spécifiques chez les ascendants des sujets atteints de cette forme de kératite (8).

Enfin, 4^{me} théorie à laquelle se range Fournier. Le savant professeur examine et discute pas à pas ces doctrines

adverses et conclut en déclarant que la kératite interstitielle n'est

ni cachectique	} exclusivement.
ni scrofuleuse	
ni syphilitique	

Elle peut résulter de toutes les causes qui amènent des troubles de nutrition ; c'est une lésion banale, une lésion de nutrition que la syphilis s'approprie fréquemment.

Cette dernière opinion est reproduite et défendue par plusieurs médecins qui ont étudié avec soin cette question spéciale.

Quelquefois, à la suite d'impaludisme, on a vu (Javal, Poncet) se développer une kératite interstitielle diffuse qui s'améliore par l'administration de la quinine. Récemment, von Hippel a décrit un cas lié à la tuberculose.

La kératite parenchymateuse diffuse, en tout semblable à celle de l'œil humain, a aussi été décrite chez le chien par M. Haltenhoff.

Chez une jeune levrette apparut sur les deux yeux, à quinze jours de distance, une kératite diffuse typique et très vasculaire, probablement causée par un régime trop excitant avec boissons alcooliques, mets épicés, etc., et une gastrite chronique consécutive. Les cornées s'éclaircirent en 5 ou 6 mois sous l'influence du traitement local habituel et du régime lacté additionné d'iodure de potassium. Ce cas intéressant au point de vue étiologique a été décrit dans le journal d'ophtalmologie vétérinaire : *Zeitschrift für vergleichende Augenheilkunde*, 1888, page 71.

Comme on le voit, les opinions sont différentes sur la question de la syphilis héréditaire de l'œil ; cette divergence résulte de la difficulté que l'on a presque toujours de déter-

miner sûrement l'existence de la diathèse syphilitique chez les ascendants. Il nous manque le plus souvent une preuve vraiment certaine, indiscutable, capable de couper court à toute controverse, une histoire véridique des parents. Cette preuve est difficile à avoir, parce que les parents, tantôt ne peuvent être tous deux interrogés ou examinés, tantôt ne veulent pas avouer qu'ils ont été infectés et sont la cause du malheur de leurs enfants. Souvent aussi la mère, seule accessible aux investigations, ignore la vérole du père, et parfois même la sienne propre. Heureusement dans la plupart des cas, la preuve de la syphilis des parents n'est pas nécessaire, puisque la lues héréditaire se fait connaître par une série de symptômes non équivoques.

Malgré tous les importants travaux au sujet de la syphilis héréditaire de l'œil, il ne nous a pas paru téméraire d'essayer d'éclaircir un peu cette intéressante question. Notre modeste travail ne doit pas reproduire la marche et les symptômes des affections oculaires qui sont sous la dépendance de la diathèse hérédo-syphilitique ; il a pour but de mettre en relief certains points spéciaux, en particulier de rechercher l'importance de leur rôle en statistique ophtalmologique.

Les localisations de l'hérédo-syphilis sur l'appareil visuel, que nous avons à étudier, sont les suivantes :

A. Sur le globe de l'œil :

- 1° Inflammation diffuse de la cornée ;
- 2° Inflammation du tractus uvéal : iritis, cyclite, choroïdite ;
- 3° Inflammation de la rétine et du nerf optique.



B. Sur les parties accessoires de l'œil :

1° Affections des voies lacrymales : rétrécissement du canal nasal, blénnorrhée du sac ;

2° Affections des paupières : inflammation du tarse, tumeurs gommeuses ;

3° Affections de l'orbite : périostite, gommès.



I. Kératite interstitielle diffuse.

Cette maladie se présente sous plusieurs étiquettes. C'est la kératite diffuse de Velpeau, la kératite vasculaire interstitielle de Sichel, la kératite scrofuleuse de Mackenzie et de Arlt, la kératite hérédo-syphilitique de Hutchinson. Elle est toujours binoculaire, bien qu'un intervalle de plusieurs mois puisse séparer son explosion aux deux yeux.

L'étiologie syphilitique de la kératite interstitielle est justifiée par de nombreuses statistiques publiées depuis 1857, époque où Hutchinson émit sa doctrine.

53 fois sur 102 cas observés, l'éminent médecin anglais a pu recueillir soit l'aveu des parents, soit un historique de l'enfant suffisant pour lui permettre de conclure à une syphilis héréditaire.

M^{lle} Jakowleva (10), élève de Horner, put s'assurer 36 fois de l'existence de la syphilis sur 63 observations.

Sur 130 cas de kératite interstitielle diffuse observés à Zurich et recueillis par Pfister (14), la syphilis héréditaire existait sûrement dans 40,8 0/0; elle était probable dans 23,8 0/0 des cas.

M. le Dr Leplat (12) a observé dans la polyclinique et le service du professeur Fuchs à Liège, sur 28 cas de kératite parenchymateuse, 18 cas considérés comme vraiment syphilitiques.

M. Trousseau (17) a recueilli 40 observations; il a rencontré la syphilis héréditaire 37 fois sur 40 cas, en éliminant les cas douteux, 28 fois sur 40.

Sur 61 cas observés par M. Haltenhoff (6), la diathèse syphilitique héréditaire était absolument démontrée dans 36 cas.

Age. — La syphilis héréditaire de la cornée présente des manifestations précoces et tardives. Dans une observation relatée par le Dr Parinaud, cette kératite a été rencontrée « in utero » ; il s'agissait d'un enfant qui était né, au dire de sa mère, « avec des yeux déjà très malades », et dès l'âge de quatre semaines, il présentait une opacification complète des cornées, avec un reflet bleuâtre (13). Ce fait est extrêmement rare.

Hutchinson ne l'a jamais observée au-dessous de 2 ans ; pour lui cette kératite survient le plus fréquemment de 10 à 15 ans¹.

Pour M. Fournier (3), la kératite interstitielle atteindrait son maximum de fréquence de 8 à 15 ans, et deviendrait beaucoup plus rare au-delà.

D'après une statistique du Dr Parinaud (13), la kératite parenchymateuse aurait son maximum de fréquence entre 7 et 18 ans.

Pour Trousseau, le maximum de fréquence s'est rencontré entre 7 et 11 ans.

Sanguinet (15) mentionne une communication orale faite par le Dr Trousseau dans laquelle il relate un cas type de syphilis héréditaire survenue chez un sujet âgé de 37 ans.

D'après M. Haltenhoff (6) la kératite interstitielle survient le plus fréquemment de 6 à 10 ans².

¹ Pour notre statistique voir pages 27 et suivantes.

² Dans la syphilis acquise, la kératite diffuse, énormément plus rare et le plus souvent monoculaire, a été observée par M. Haltenhoff jusqu'à l'âge de 49 ans.

Sexe. — Le sexe féminin paraît beaucoup plus sujet que le sexe masculin à cette maladie. La statistique de M. Fournier se décompose ainsi :

37 cas observés sur des sujets de sexe masculin ; 46 cas observés sur des sujets de sexe féminin.

D'après Hutchinson : 64 filles et 28 garçons.

Dans la statistique du Dr Parinaud on trouve : 22 fois des filles, 10 fois des garçons.

Sanguinet a trouvé sur 72 malades : 49 individus du sexe masculin et 53 individus du sexe féminin.

D'après M. Haltenhoff (6) : 34 cas du sexe masculin, 44 cas du sexe féminin.

II. Malformations dentaires.

On rattache à la syphilis héréditaire certaines altérations des dents.

Hutchinson, qui les a signalées le premier, dit que les secondes dents présentent une forme toute spéciale, surtout les incisives centrales supérieures, qui sont taillées sur leurs bords libres de façon à présenter une *échancrure semi-lunaire* qui est généralement très accentuée, au moins dans la forme typique de la lésion.

Cette échancrure entame le bord libre de la dent suivant une ligne courbe, régulièrement arciforme, dont la connexité regarde le collet de la dent. L'échancrure est presque toujours taillée en biseau aux dépens de son bord antérieur.

Outre l'échancrure, la *dent de Hutchinson* est le plus souvent remarquable par ses angles arrondis. Souvent encore elle présente un diamètre vertical notablement réduit. Parfois aussi c'est une dent étroite, à diamètre transverse amoindri, inférieur à la normale.

« Nous nous rallions à M. Hutchinson, tout en reconnaissant qu'en Angleterre, comme Hutchinson me l'a démontré lui-même, cette concordance entre les dents mal formées et la kératite parenchymateuse est encore bien plus accusée qu'en France et sur le continent en général (Saemisch)¹. » (21)

Les dents syphilitiques présentent une coloration pâle, parfois légèrement bleuâtre, transparente, due à une constitution défectueuse de l'émail, ou bien une teinte grise, sombre, sale, et une apparence opaque. Elles sont aussi dans la plupart des cas modifiées dans leur volume, soit par exagération, soit par diminution. Le mégalodontisme est beaucoup moins fréquent que le microdontisme.

« Ce mode d'action de la syphilis sur le système dentaire, dit Fournier, est authentique et dûment démontré. C'est un de ces arrêts de développement, si communs dans la syphilis héréditaire... »

La forme des dents est déviée de son type anatomique. Une incisive, par exemple, présentera la physionomie d'une canine; une canine, au contraire, prendra l'aspect d'une incisive: quelquefois ces dents sont informes et tout à fait irrégulières (amorphisme dentaire, Fournier). Parfois l'implantation est vicieuse. Souvent on observe des érosions à la surface de la couronne des dents. Ces altérations

¹ Cité dans Wecker et Masselon.

consistent, soit dans des échancrures du bord libre, soit dans des sillons annulaires ou en cupules plus ou moins nombreux ou plus ou moins profonds.

Les prémolaires offrent également des altérations parfois caractéristiques qu'a très bien décrites M. Fournier (érosions cuspidiennes).

Il y a plusieurs formes d'érosion :

1° L'érosion ou échancrure en coup d'angle du bord libre, dent dite de Hutchinson.

2° L'érosion en rugosités ou mamelons de la face trituerante, dent de Parrot.

3° L'érosion en sillon ou atrophie sulciforme, de Magitot.

4° L'érosion cupuliforme.

5° L'érosion totale de la couronne de certaines dents.

Sur 100 malades observés par Hutchinson, il a trouvé 62 fois les lésions dentaires pathognomoniques.

Sanguinet : sur 72 malades, 47 fois.

Baker et Story (2) ont observé 55 cas de kératite diffuse. Dans deux cas les dents étaient normales. Pour le reste (48 cas), ils constatèrent 38 fois l'altération dentaire de Hutchinson ; forme des dents douteuses dans 3 cas ; dentition normale dans 7 cas et aucune note sur l'état des dents dans 7 autres ; ce qui fait une relation de 78 % entre l'altération dentaire et la lésion cornéale.

On n'a jamais décrit la dent de Hutchinson dans des cas avérés de rachitisme. Les sillons transverses du corps de la dent et les dentelures en scie de sa tranche se rencontrent souvent, avec d'autres signes de rachitisme, chez les sujets affectés de cataracte zonulaire, qui est une suite de rachi-

tisme, comme Horner l'a prouvé. La confusion qui a été assez souvent faite entre les dents syphilitiques et les dents rachitiques n'est plus de mise aujourd'hui, après les travaux que nous venons de citer.

III. Lésions de l'appareil auditif.

La lésion de l'ouïe associée à l'érosion dentaire et à la kératite diffuse constitue ce qu'on a appelé la *triade de Hutchinson*.

Hutchinson avait noté 15 fois sur les 102 observations qu'il avait recueillies, de la faiblesse de l'audition.

Le Dr Hermet, son traducteur (7), nous montre que dans 13 cas sur 15, observés par Hutchinson, la perte de l'ouïe était symétrique ; dans 9, ces malades étaient entièrement sourds, et dans la plupart des cas la surdité était très intense.

Horner a constaté des lésions du côté de l'oreille dans 42 % des kératites diffuses.

Les troubles de l'ouïe sont ou symptomatiques, suite des lésions de l'arrière-gorge, ou primitifs.

Les troubles primitifs se divisent en :

1° Otite moyenne suppurative, qui est presque exclusivement un accident du premier âge ; l'otorrhée se fait sans douleurs.

2° La surdité simple qui se rencontre, au contraire, le plus souvent dans une période plus avancée de la vie. La

surdité de l'hérédo-syphilis tardive a les caractères suivants : progrès rapides, tendance à la bilatéralité, intensité extrême, incurabilité habituelle et production fréquente en dehors de toutes lésions appréciables pendant la vie.

Voici quelques exemples empruntés à nos observations.

F. J. (obs. 75), âgé de 9 ans, se présente à la clinique le 22 mars 1887. On constate le commencement de la kératite parenchymateuse diffuse, et d. d. c.¹ quelques synéchies ; à l'ophtalmoscope, traces de choréïdite périphérique à petits foyers. Il a eu mal aux yeux il y a quatre ou cinq ans au moins, pendant longtemps resté sans traitement spécifique. La mère a eu cinq grossesses dont une fausse couche ; le deuxième et le quatrième enfants sont morts à quelques mois de « méningite ». Le frère aîné (obs. 38) a été soigné aussi pour la kératite hérédo-syphilitique ; sa vue est restée si faible, qu'il a dû faire son instruction dans un asile d'aveugles, où il est encore.

Notre malade était soigné récemment pour glossite gommeuse ulcérée. Il a l'olite spécifique héréditaire (Dr Wyss).

R. F. (obs. 100), âgée de 40 ans, a d. d. c. la kératite parenchymateuse diffuse le 6 mars 1891.

Enfant chétive ; a eu des glandes au cou, mais non suppurées. Le père a eu des ulcères spécifiques suivis de plaques muqueuses en 1874 ; à cette époque la mère a eu une grossesse ; l'enfant est mort à 7 mois. Un frère est aussi mort de « méningite ».

R. F. a l'olite moyenne catarrhale double progressive (Dr Wyss) qui guérit avec la kératite.

¹ D. d. c. = Des deux côtés.

A. (obs. 130), âgée de 9 ans, à d. iritis; synéchies post. multiples. D. d. c. taches cornéennes.

Dents de Hutchinson atypiques. Rhagades labiales. La mère a eu des maux de bouche il y a 9 ou 10 ans.

A. D. a la surdité presque absolue : otite double moyenne et probablement interne (Dr Wyss).

Oreille gauche : tympan aplati, grisâtre; épaississement radiaire.

Or. dr. : bouchon cérumineux; tympan enfoncé et épaissi.

Voix basse d. d. c. : n'entend pas tout près.

Voix haute à g. : n'entend pas; à d. : entend tout près.

Diapason vertex $15/50$.

V. P. (obs. 103, voir relation détaillée page 37).

IV. Signes généraux.

Outre la triade de Hutchinson, il existe plusieurs signes secondaires qui caractérisent la syphilis héréditaire tardive.

Les hérédo-syphilitiques, comme l'a dit Giraud-Teulon, forment en quelque sorte une famille naturelle. Ils se ressemblent presque tous. Ils sont mal développés, ils ont marché et parlé très tard; la peau du visage est jaunâtre, rugueuse, le dos du nez souvent affaissé ou effondré; souvent il existe des fissures aux commissures labiales et même à l'angle des paupières; ces petites cicatrices linéaires, radiées, appartiennent à la syphilis précoce, de même que les lésions cutanées analogues d'autres parties. Il faut

toujours, dans les cas douteux, faire un examen complet de la peau du tronc et des membres. Il permettra souvent de trouver en divers points, en particulier aux fesses et aux extrémités inférieures, des cicatrices caractéristiques de syphilides évoluées dans la première enfance.

Souvent il y a des ganglions, qui sont petits, durs, mobiles, indolores et ne s'enflamment pas ; c'est surtout à la nuque qu'on en constate la présence.

Le crâne des hérédo-syphilitiques est souvent asymétrique, le front olympeen, à bosselures latérales ou en carène. Les lésions du palais osseux (palais ogival) ou membraneux sont considérées par Horner comme décisives. « Tantôt, dit-il, on trouve des cicatrices radiées nombreuses ; tantôt de grandes pertes de substance, le voile du palais fixé à la paroi postérieure du pharynx, parfois des ulcérations se propageant rapidement. » (8).

Les déformations crâniennes qui rappellent beaucoup celles du rachitisme, sont moins caractéristiques que celles du squelette facial, qui permettent souvent de reconnaître à distance les sujets hérédo-syphilitiques, surtout vus de profil. Sans parler des cas extrêmes d'aplatissement, d'enfoncement ou d'effondrement du nez, cet organe présente souvent un moindre développement, une trop faible saillie, en même temps que le maxillaire supérieur. L'arcade dentaire sup. peut alors être en retrait sur l'inférieure, au lieu de la surplomber comme c'est le cas normal (Haltenhoff).

Les hérédo-syphilitiques souffrent souvent d'affections des grandes articulations, surtout de celles des genoux. On voit un gonflement de l'articulation avec douleur modérée ou nulle, sans fièvre, ni rougeur, parfois avec épanchement séreux intra-articulaire. L'affection dure quelques semaines ;

elle est modifiée favorablement par l'iodure de potassium, mais récidive parfois. M. Haltenhoff a aussi observé cette arthrite indolente hérédo-syphilitique au coude et à l'épaule (obs. 39), mais ce sont des faits rares.

Un signe précieux de syphilis héréditaire est la déformation osseuse décrite par plusieurs auteurs, mais surtout par Fournier. Elle siège aux têtes du radius, du cubitus et surtout à la diaphyse du tibia, qui se tuméfie en masse, sa crête antérieure devenant mousse, ses faces bosselées, inégales, sa courbure est parfois exagérée (tibia en lame de sabre). Ces anomalies de courbure se rencontrent aussi dans le rachitisme ; mais il ne faut pas oublier que, pour Parrot, le rachitisme serait, la plupart du temps, une conséquence de la syphilis héréditaire. Ce fait n'est généralement pas admis. Mais il est certain que beaucoup de déformations de squelette dus à la syphilis congénitale ont été et sont peut-être encore forcément attribuées au rachitisme.

V. Polyléthalité des enfants.

La fréquence des fausses couches et la mort prématurée des enfants de parents syphilitiques ont souvent été signalées comme un signe de la syphilis héréditaire.

Hutchinson, à qui il faut bien chaque fois remonter, était arrivé aux chiffres suivants : 77 mères avaient donné le jour à 547 enfants, 284 moururent en bas âge, c'est-à-dire dans le rapport de 52 $\frac{0}{100}$.

Sur 441 naissances observées dans son service, M. Fournier a vu mourir 335 de ces enfants dans le cours de la première année.

Sur 72 malades de kératite interstitielle M. Sanguinet a trouvé 42 fois la polyléthalité infantile.

Voici deux exemples tirés de notre statistique :

H. (obs. 77), âgée de 7 ans, se présente à la consultation le 16 avril 1888.

Depuis 8 jours l'o. d. est pris : on constate la kératite parenchymateuse diffuse.

A l'o. g. : plusieurs taches profondes.

A 18 mois, au dire des parents, elle a eu « très mal » aux deux yeux fermés pendant 7 semaines.

Dents suspectes. Prémolaires : bords libres en biseaux, un peu informes. Incisives dentelées ; implantation irrégulière.

Père colporteur. La mère a eu d'un premier mari neuf enfants, dont trois vivants. Du second, cinq enfants, dont la malade, H., seule vivante.

1° Mort à 28 jours des convulsions ;

2° Bien portante, fille de 27 ans ;

3° Mort à 23 ans de la fièvre typhoïde ;

4° Mort à 14 mois de la rougeole ;

5° Bien portant, garçon de 23 ans ;

6° Bien portant, garçon de 22 ans ;

7° Mort à 6 ans ;

8° Mort à 16 mois de la rougeole ;

9° Mort à 6 ans de la variole confluyente.

Ensuite viennent les enfants du second mari :

10° Mort-né ;

- 11° Mort-né ;
- 12° Notre malade, née à terme ;
- 13° Fausse couche à 6 mois ;
- 14° Enfant mort.

C. K. (obs. 111), âgé de 15 ans, se présente à la clinique le 9 août 1892.

Il y a quinze jours la vue se trouble graduellement. On constate à l'o. d. le trouble diffus de la cornée occupant les $\frac{1}{3}$ sup. (kératite parench. diff.); le 2 octobre la vascularisation de la cornée est très nette.

Dents de Hutchinson. Cicatrices labiales. Bosselures sur les tibias. Son frère (obs. 68) a été traité depuis 1885 pour la même affection. Père manifestement syphilitique. La mère a eu des éruptions à plusieurs reprises ; iritis. Elle a eu 11 grossesses, dont une gémellaire :

- 1° Né à terme ; mort à 6 mois ;
- 2° Né à 7 mois ; mort-né ;
- 3° Né à terme ; mort-né ;
- 4° Grossesse gémellaire ; morts-nés à terme : un venu trois jours après l'autre ;
- 5° Né à terme ; mort à 6 mois ; avait perdu les deux yeux par ophtalmie de nouveau-né (D^r Dufour) ;
- 6° Née à terme ; bien portante. Maux d'yeux, soignée à Bex ; guérie ;
- 7° et 8° Nés à terme ; bien portants ;
- 9° Né à terme (obs. 68) ;
- 10° Né à terme ; notre malade (obs. 111) ;
- 11° Né à terme ; bien portant.

Les six derniers enfants vivent ; les n^{os} 9 et 10 ont eu la kératite hérédo-syphilitique.

Il n'est pas rare que, dans une famille luetique, plusieurs enfants soient pris successivement, et parfois au même âge, de kératite parenchymateuse double.

Nos observations présentent neuf exemples de frères ou sœurs soignés pour cette affection ou d'autres manifestations de syphilis oculaire (obs. nos 2 et 127, 14 et 17, 27 et 87, 38 et 75, 34 et 78, 67 et 131, 68 et 111, 67 et 115, 114 et 116).

Dans la syphilis congénitale, comme nous avons dit, toutes les parties constituantes de l'œil, ou à peu près, peuvent être atteintes; l'ordre de fréquence de ces lésions doit être établie de la façon suivante :

1° Kératites; 2° Iritis; 3° Choroidites; 4° Rétinites; 5° Opacités du corps vitré (ces opacités de vitreum font partie de certaines irido-choroidites); 6° les lésions des autres parties de l'œil (n. optique, sclérotique) considérées comme excessivement rares. Un certain degré de sclérite se rencontre parfois au début de la kératite. Le rétrécissement du canal nasal et la blennorrhée du sac lacrymal ne sont pas rares chez les hérédo-syphilitiques à la suite surtout de lésions de la muqueuse des cavités nasales ou du squelette nasal (vomer, ethmoïde).

Dans notre statistique les 142 observations prises par M. Haltenhoff dans l'espace d'environ 22 ans, sont distribuées sur un nombre d'environ 29,528 cas d'affections oculaires, c'est-à-dire qu'elles se trouvent dans la proportion de 0,48 % du nombre total des malades, ce qui fait presque un cas sur 200 malades.

Le sexe masculin est représenté par 60 sujets, le sexe féminin par 82.

En général, la diathèse hérédo-syphilitique est rare au-dessus de 20 ans. Parmi nos malades la plus âgée avait 32 ans au moment où la kératite éclata. Les plus jeunes avaient un jour (exophtalmie syph. congénitale), 18 jours (choroïdite d'origine fœtale, suivie de cataracte), 3 $\frac{1}{2}$ mois (troubles diffus de la cornée, cataracte adhérente), 6 mois (kératite), 8 mois (nevro-rétinite d. d. c., choroïdite à g.), 10 mois (irido-choroïdite avec cataracte), 11 mois (iritis), 13 mois (gommes orbitaires et frontales, périostite du zygomat.), 15 mois (irido-choroïdite avec cataracte).

On voit que dans les premiers mois de la vie des enfants nés syphilitiques, la kératite est rare, et que les affections des membranes profondes de l'œil et du squelette orbitaire prédominent.

La période de six à dix ans donne 43 cas ; celle de onze à quinze, 29 cas ; celle de seize à vingt ans, 22 cas ; au-delà de 20 ans, 12 cas.

On peut, au point de vue étiologique, diviser les cas de kératite diffuse en plusieurs catégories, selon la probabilité plus ou moins grande de l'hérédo-syphilis. D'abord, les cas où l'origine luétique est admissible, sans qu'une probabilité positive ressorte des observations. Puis ceux où la diathèse héréditaire est probable ou très probable, soit d'après les tares diverses du sujet, soit d'après ses antécédents personnels ou héréditaires. Enfin, les cas où le diagnostic étiologique ressort d'une façon certaine, soit de l'ensemble des signes personnels, soit des commémoratifs de famille, combinés avec les signes et les antécédents per-

sonnels, soit, enfin, des renseignements positifs fournis par le médecin de la famille ou de l'hôpital.

Parfois, dans des cas douteux, une maladie du père ou de la mère peut éclaircir le diagnostic : trois fois, dans nos observations, le père mourut plus tard de syphilis cérébrale ; une fois, le Dr Haltenhoff fut mis sur la trace du diagnostic de syphilis par une glossite ulcéreuse profonde de la mère, qu'il observa pendant le traitement de l'enfant et qui guérit rapidement par l'iodure de potassium.

En réunissant les deux derniers groupes, on obtient toujours un total de cas bien supérieur à la moitié, où l'on doit admettre la diathèse héréditaire.

Un des points les plus intéressants et en même temps les plus vivement discutés de la doctrine de Hutchinson est la question de la valeur diagnostique des malformations dentaires. Nous n'avons jamais admis la certitude de l'hérédosyphilis d'après ce signe unique en l'absence d'autres preuves, mais nos observations témoignent nettement de son importance.

L'état des dents se trouve noté 77 fois dans nos tableaux. Or, sur les 77 cas, il existait des altérations dentaires dans plus des deux tiers des cas, soit : 29 fois des dents typiques de Hutchinson, 24 cas d'autres malformations plus ou moins caractérisées ; la dentition était normale dans 45 cas. Il y avait 9 fois des altérations des dents de lait. Ces dernières n'ont rien de caractéristique, mais peuvent avoir quelque importance à côté d'autres symptômes.

Nous tenons à constater que presque tous les sujets atteints d'anomalies dentaires offraient d'autres signes morbides ou des commémoratifs positifs en faveur de l'hypothèse de la syphilis.

Nous pourrions faire les mêmes remarques au sujet de la polyléthalié infantile et fœtale qui a été notée dans 26 cas.

Une complication assez fréquente a été l'arthrite indolente, qui a été notée 45 fois. La périostite hypertrophiante, surtout au tibia, a été notée dans 37 cas. Les déformations crâniennes nous ont permis également de présumer la syphilis, mais ces signes n'acquièrent toute leur valeur qu'en combinaison avec d'autres indices. Il en est de même de la surdité, que nous avons observée 18 fois. L'otorrhée, affection si fréquente chez les sujets scrofuleux, se rencontre aussi parfois dans la syphilis congénitale.

Plusieurs fois, la cophose était absolue et le médecin auriste l'attribuait à une inflammation sclérosante, qui avait gagné le labyrinthe. C'est cette forme particulière et plutôt rare de surdité à marche rapide et fatale, qui nous paraît seule mériter sa place dans la fameuse triade de Hutchinson.

VI. L'iritis.

L'iritis hérédo-syphilitique peut exister seule ou combinée, c'est-à-dire associée à d'autres déterminations oculaires de nature, telles que la kératite interstitielle et la choroïdite, en particulier.

Cette iritis est un des accidents les plus précoces de la syphilis constitutionnelle. Trousseau a remarqué l'iritis hérédo-syphilitique chez une enfant de 6 mois. L'iritis peut même se développer pendant la vie intra-utérine. Nos observations en contiennent trois exemples. L'enfant naît alors avec des synéchies postérieures.

On peut, d'après Trousseau, reconnaître quatre variétés d'iritis hérédosyphilitique : 1° l'iritis aiguë ; 2° l'iritis chronique simple ou compliquée ; 3° l'iritis gommeuse ; 4° l'iritis séreuse, aquo-capsulite des anciens auteurs (18).

La forme gommeuse de l'iritis, bien étudiée par Trousseau, est la forme la plus rare. Ces gommies iriennes guérissent rapidement sous l'influence du traitement spécifique, mais en laissant à leur suite une atrophie et un changement de coloration de l'iris. D'ailleurs toute iritis chez l'enfant est suspecte de syphilis, qu'elle soit ou non accompagnée d'une kératite. On observe également des iritis tuberculeuses mais beaucoup plus rares.

Nous avons noté 31 fois l'iritis et l'irido-choroïdite survenues au cours de la kératite diffuse. Elle en aggrave le pronostic d'autant plus qu'elle survient aussi le plus souvent aux deux yeux.

VII. Ophtalmies profondes.

Les manifestations de la syphilis dans les membranes profondes de l'œil offrent comme types principaux :

- 1° La chorio-rétinite ;
- 2° La choroïdite périphérique et les troubles du vitreum ;
- 3° La névro-rétinite.

Hutchinson dit que la chorio-rétinite hérédosyphilitique pourrait être observée beaucoup plus fréquemment si, chez les petits malades, les inflammations profondes ne surviennent pas en même temps que la kératite, ou immédiate-

ment après elle. C'est l'opacité cornéenne qui empêche presque toujours l'examen ophtalmoscopique.

La choréïdite périphérique disséminée, sous forme de petits foyers circulaires d'atrophie, encadrés de pigment infiltré jusque dans la rétine, accuse nettement la syphilis.

Parfois les taches claires (atrophiques) ou noirâtres (pigmentaires) présentent des formes irrégulières et une grandeur variable qui peut atteindre ou dépasser le diamètre de la papille. Souvent il n'y a qu'un semis de petits foyers arrondis, où le pigment soit épithélial, soit choréïdien, est plus ou moins atrophié. Elles sont situées au voisinage des vaisseaux rétinéens ou sur le trajet de ceux-ci. On voit alors ces derniers passer au-dessus d'elles. Nous avons observé cinq fois de choréïdite postérieure. Elle se trouverait plus souvent si on pouvait toujours la rechercher.

La syphilis congénitale, comme nous avons dit, attaque parfois les parties environnantes de l'œil ; on peut observer la dacryosystite syphilitique, les gommès du pourtour de l'orbite, l'ozène syphilitique, la syphilis orbitaire (périostite ou gommès), etc.

Dans l'orbite elle débute ordinairement dans la paroi supérieure, se manifestant d'abord par des douleurs violentes, qui sont continues, mais qui deviennent plus intenses le soir et dans la nuit. La paupière se tuméfie et alors le globe oculaire peut devenir anormalement saillant. Nous reproduisons ici un cas typique publié par M. Haltenhoff (5) :

« Le 15 mars 1889, une sage-femme de notre ville m'apporte à la clinique un enfant né de la veille, Marc M., chez lequel elle a remarqué, dès la naissance, un volume extraordinaire de l'œil droit. Je trouve en effet le globe oculaire très saillant, j'estime la protrusion en avant à environ un centimètre, la cornée est en même temps dirigée en bas et en dehors. Impossible de faire rentrer l'œil dans l'orbite par la pression, qui rencontre une résistance absolue. La petitesse de l'ouverture orbitaire et la crainte de luxer le globe, qui la remplit tout entière, m'empêchent d'explorer l'orbite avec le doigt. Rien aux paupières, qu'une légère rougeur. Pas d'ecchymose qui pourrait faire penser à une lésion traumatique survenue au moment de la naissance. Sauf un peu d'injection veineuse de la conjonctive bulbaire et de la sclérotique, et une trace de sécrétion catarrhale, l'œil paraît sain. Il n'y a pas plus de chémosis que d'œdème palpébral. La cornée et l'iris ne diffèrent pas de celles de l'œil gauche et la tension intraoculaire semble normale. Les deux pupilles réagissent également à la lumière. Le pourtour de l'orbite ne présente pas de gonflement. La nutrition générale est mauvaise.

Traitement : frictions mercurielles deux fois par jour au front et aux tempes, ainsi que sur le tronc et les extrémités, en changeant de place. Potion d'iodure de potassium pour la mère, qui nourrit l'enfant. Le 2 juillet, il n'y a plus trace de saillie de l'œil, qui se meut parfaitement avec l'autre.

La mère raconte qu'avant la naissance de son précédent enfant, qui était une fille, elle avait souffert de forts maux de tête, mais sans avoir eu, dit-elle, d'éruptions à la peau. Le père était un libertin et a disparu. La fillette avait été

soignée pendant deux mois à la clinique chirurgicale de l'Hôpital cantonal pour syphilis héréditaire avec ecthyma. »

On observe, mais rarement, des symptômes de paralysie des muscles droits et obliques. Tous ces symptômes évoluent lentement et ont une longue durée.

Trousseau (19) cite un joli cas de la paralysie faciale due à la syphilis héréditaire : « Il y a quelques jours, dit-il, je lisais dans la *France médicale* une observation tirée du *Dublin quarterly Journal*, et prise par le docteur O'Connor sur un malade qui avait eu depuis longtemps des symptômes de syphilis constitutionnelle et qui était spécialement atteint de périostite des os du crâne. La paralysie de la face occupa d'abord le côté gauche et bientôt le droit... Les yeux étaient continuellement fixes, injectés, rouges et baignés de larmes qui coulaient goutte à goutte sur les joues. »

En résumé, la syphilis héréditaire joue le rôle prédominant dans l'étiologie de la kératite interstitielle. De plus, il est plus que probable que notre catégorie des cas non syphilitiques en renferme quelques-uns dus en réalité à l'hérédosyphilis tardive. A plus forte raison, nous pouvons admettre que le groupe des cas simplement suspects d'hérédosyphilis nous eût donné des résultats étiologiques plus positifs, si nous avions pu remonter aux antécédents, surtout à l'ancienne syphilis paternelle, toujours si difficile à établir.

Il nous paraît ressortir de notre étude, que la syphilis héréditaire joue, dans la clinique ophtalmique, surtout au jeune âge et dans l'adolescence, un rôle encore plus important qu'on ne l'admet jusqu'ici.

Nous faisons suivre ces remarques d'un tableau de 16 observations d'affections hérédo-syphilitiques diverses des yeux, à l'exclusion des kératites parenchymateuses diffuses (au nombre de 126 cas), dont la plupart figurent dans le tableau synoptique, annexé au travail déjà cité de M. Haltenhoff. (6)

VIII. Traitement.

Hutchinson traitait la kératite parenchymateuse, l'iritis et la choréïdite hérédo-syphilitiques par les frictions mercurielles, des pilules de calomel et par une potion contenant de l'iodure de potassium, du sirop, de l'iodure de fer et teinture de noix vomique. Depuis ce temps la plupart des médecins prescrivent l'iodure de potassium, seul ou combiné à certaines préparations mercurielles, sirop de Gibert, frictions de mercure, etc.; d'autres s'appuient sur l'inefficacité du traitement ordinaire spécifique pour nier l'hérédité dans les accidents que la syphilis provoque très souvent du côté de l'œil; ils s'en tiennent aux remèdes anti-scrofuleux et reconstituants, huile de foie de morue, amers, toniques, etc.

Le fait est que dans la plupart des cas on ne voit pas une action évidente du traitement hydrargyrique qui même ne peut pas empêcher le développement de la maladie au deuxième œil. Cependant, d'après nos observations, la cure anti-spécifique paraît d'autant plus efficace que l'enfant est plus jeune et plus rapproché des accidents de la période secondaire. D'ailleurs, suivant notre maître, ce traitement est toujours indiqué, à cause de son action sur les inflammations profondes qui menacent tout œil atteint de kératite diffuse.

L'inefficacité souvent si regrettable du traitement spécifique dans certains cas d'affection syphilitiques des centres nerveux, par exemple la mydriase avec paralysie de l'ac-

N° d'obs.	Commémor. person.	Parents. Grossesses.
125	26 ts cutanés et cérébraux éclatés semaine. Donna « le mal » à 2	2 mort-nés.
126	9	Père phthisique.
127	20u plusieurs fois « les taches »	Père sain, mère morte, souvent malade avant le mariage. 4 grossesses; pas de fausses-couches.
128	25u coryza intense depuis l'âge s.	Père pas interrogé. Mère robuste, a eu 3 enfants dont 2 nés avant terme (7 et 8 mois) sont morts.
129	6. depuis l'âge de 6 semaines : bouche sécrétant le muco-pus. ur otite.	Mère infectée de syphilis dès le mariage; a les cicatrices des syphilides tert. au front. 5 grossesses dont 2 mort-nés.
130	23ché qu'à 3 ans.	Mère a toujours leucorrh. abond. dep. la jeunesse. Pas de fausses-couches. Père (2 ^e mari) buveur et libertin. Son frère est mort de convuls. avec syphilis congéni- tale le 6. VII. 88.
131	4.	Père, mère b. p.; 4 grossesses dont une fausse-couche.

N° d'obs.	Date	Noms	Age	Affections oculaires	Dents. Tares diverses. Symptômes généraux	Commémor. person.	Parents. Grossesses.
125	26. IV. 78	M.	2 ans	D. d. c. : Irido-choroïdite (reste). Occlusion pupillaire. Amblyopie amaurotisque.	Dentition défectueuse. Voûte palatine en ogive. Enfoncement de la racine du nez.	Accidents cutanés et cérébraux éclatés dès la 2 ^e semaine. Donna « le mal » à 2 nourrices.	2 mort-nés.
126	9. I. 82	M.	18 jours	D. : Choroïdite fœtale. — D. d. c. : Ophthalmie des n.-nés. — 2. XII. 82. D. : Cataracte adhérente; iritis décolorée.	14. IV. 90. Dentition défectueuse.		Père phthisique.
127	20. X. 83	S.	10 ans	D. d. c. : Chloroïdite (équatoriale) exsudative. Troubles et macules corn.	Dents de Hutchinson. Voûte palatine en ogive. Racine du nez déprimée. Crâne trop gros. Enfant très chétive.	Elle a eu plusieurs fois « les taches » à la peau.	Père sain, mère morte, souvent malade avant le mariage. 4 grossesses; pas de fausses-couches.
128	25. II. 84	D.	15 mois	G. : Irido-chloroïdite. Cataracte adhérente.	Os nasaux déprimés. Chétive. Eruptions papulo-squameuses aux fesses et aux mains.	Elle a eu coryza intense depuis l'âge de 15 jours.	Père pas interrogé. Mère robuste, a eu 3 enfants dont 2 nés avant terme (7 et 8 mois) sont morts.
129	6. VI. 84	M.	9 ans	D. d. c. : Restes d'epiphora. Sclérose du sac lacrymal, suite de rhinite syph.	Dents de Hutchison. A 6 mois paralysie de tout le côté gauche avec arrêt de croissance consécutive.	Malade depuis l'âge de 6 semaines : yeux, nez, bouche sécrétant le muco-pus. Soigné pour otite.	Mère infectée de syphilis dès le mariage; a les cicatrices des syphilides tert. au front. 5 grossesses dont 2 mort-nés.
130	23. II. 87	J.	8 mois	D. d. c. : Névro-rétin. diff. Nystagmus horiz. G. : Choroïdite centr.	Aspect rachitique, chétive. Chairs flasques. Grosses pustules et croûtes à la tête; un ulcère profond, rond, au milieu du dos. Plaques muq. ulcérées aux plis des fesses; plusieurs boutons ulcérés. 22 IV. : depuis 2 sem. onyxis purul.	N'a marché qu'à 3 ans.	Mère a toujours leucorrh. abond. dep. la jeunesse. Pas de fausses-couches. Père (2 ^e mari) buveur et libertin. Son frère est mort de convuls. avec syphilis congénitale le 6. VII. 88.
131	4. IV. 87	V.	13 mois	G. : Périostite de l'os zygom. Gommès multiples	Racine du nez entièrement déprimée. Rhinite à écoulement purulent. Plusieurs tumeurs (gommès) sous la peau des jambes. Au frontal 3 id. 26. VII. : une gomme nouvelle sous l'arc. jugul.; gonil. périostique sous le bord inf.-ext. du pourtour orbitaire. Une nouv. gomme sous-cut. sur le côté int. de l'olécrane g.		Père, mère b. p.; 4 grossesses dont une fausse-couche.
132	18. IV. 87	M.	17 ans	D. : Epiphora congénitale avec légère blennorrh. D. d. c. : Astigmatisme.	A l'air d'un enfant de 14 ans. Org. génitaux d'enfant, presque sans poils. Dents de Hutchinson. Crâne petit. Aux fesses plusieurs cicatrices anciennes arrondies.	L'o. d. a toujours pleuré. N'a pas eu l'ophtalmie purul.	Père actuellement tabétique, a eu la syphilis.
133	5. IV. 88	D.	15 ans	C. d. c. : Epiphora ancien. Taches nubecul. Traces d'iritis anc. D. : reste de chloroïdite dissém.	Dents de Hutchinson typiques. Crête et face int. du tibia présentent des bosselures.	A l'âge de 3 mois boutons sur le corps. A quelquefois des douleurs dans la jambe dr. Développement général arriéré.	
134	18. VII. 88	L.	18 mois	D. : Irido-chloroïdite. Cataracte totale. G. : cataracte commençante.	Enfant peu développé. Aucune affection du squelette.	A souffert de coryza chr.; éruptions un peu squameuses, fendillées autour du nez et de la bouche dep. l'âge de 3 mois.	
135	5. IX. 88	P.	8 mois	D. d. c. : Tarsite syph. Epiphora. Blépharite.	Nez petit, déprimé à la racine; partie cartilag. retroussée. Dévelop. arriéré. Coryza purul. Plaque muq. aux « nates. »	Avant, elle avait des convulsions.	Mère a eu une mastite qui s'est ouverte.
136	19. XII. 88	G.	9 ans	G. : Reste de chloroïdite dissém.	Dents de Hutchinson. Enfant chétif.	A toujours mal vu. Jamais maux d'yeux apparents.	Père a eu la syphilis.
137	2. XI. 89	B.	11 mois	D. : Iritis.		Née à terme.	1 mort-né avant cette enfant.
138	9. IX. 90	W.	10 mois	D. : Cataracte adhérente. Irido-choroïdite.	Front natiforme. Partie post. du crâne asym. Bosse front. plus forte à g. qu'à d. Sillon le long de la suture sagittale. Grande fontan très ouverte. Veine sup. du cuir chevelu extrêmement développée depuis le front jusqu'à l'occiput.	Née à terme. Vert 3 à 4 mois eut une éruption générale discrète (fesses, cuisses, etc).	
139	25. V. 93	P.	14 ans	D. d. c. : Blennorrhée du sac. Rétino-choroïdite hérédo-syph.	Dents de Hutchinson. Nez large, un peu aplati à la racine. Rhagades aux lèvres aux lèvres. Entend mal (voix chuchotée à 0 ^m .30—0 ^m .20). Petit, corps peu développé. Voix un peu rauque, éraillée.	Née à terme. Coryza plusieurs mois. A eu les éruptions bulleuses aux mains, quelques boutons sur la face. Epiphora depuis le bas âge.	Mère a eu 2 fausses-couches; 2 enfants morts à quelques sem., 5 ^e enfant est notre malade. Du 2 ^e mari a eu une fille qui est une belle enfant, Père de Jeanne est mort d'une maladie du cerveau (ramollissem.).
140	12. XII 93	D.	9 ans	D. : Iritis Synéchies post. multiples. D. d. c. : Taches nubéculaires suite de kératite diffuse ancienne.	Dents de Hutchinson. Surdité presque absolue. Cicatrices profondes et rayonnées aux commissures labiales.		Mère a eu maux de bouche il y a 8 ou 9 mois.

commodation et d'autres paralysies nucléaires, sans oublier le tabes, n'empêche pas de l'essayer dans tous les cas. Ce n'est pas non plus pour le clinicien un motif suffisant pour nier l'origine spécifique du mal.

Quels que soient les traitements, ce n'est le plus souvent qu'au bout de plusieurs mois, que le processus morbide semble rétrocéder et que la cornée commence à s'éclaircir. L'éclaircissement complet, lorsqu'il a lieu, exige souvent plusieurs années. Dans la plupart des cas qui font l'objet de notre travail, il est resté des résidus plus ou moins notables des troubles cornéens ou des synéchies. Les vestiges des vaisseaux cornéens avec leurs formes caractéristiques se retrouvent après de longues années, même dans des cornées en apparence redevenues normales¹.

Dans la période de régression, les massages de la cornée avec la lanoline hydrargyrique (à 10 ou 20 %) ont paru dans plusieurs cas hâter l'éclaircissement. Ce topique est généralement bien toléré, ce qui n'est pas toujours le cas de la pommade au précipité jaune.

Les injections sous-cutanées de bi-chlorure de mercure ont été préconisées par Martineau. D'après Abadie, elles réussissent dans les formes graves là où les autres préparations échouent. Ces injections ont une puissance curative également grande dans les chorio-rétinites disséminées, maculaires, latentes, si rebelles parfois à toute médication.

Les compresses chaudes et autres applications de chaleur humide pendant quelques heures chaque jour sont généralement adoptées. Excellents sédatifs du système nerveux oculaire, ces applications employées pendant longtemps sont

¹ *Hirschberg*. — *Centralbt. f. Augenheilkunde*, 1888, etc.

surtout utiles en favorisant la vascularisation, nécessaire à la résorption des exsudats cellulaires et plastiques qui ont envahi le tissu cornéen. A une période plus avancée de la maladie, M. Haltenhoff les fait alterner avec des vaporisations d'eau chaude dirigées sur l'œil ouvert.

Dernièrement on a employé les injections sous-conjunctivales de sublimé.

Ces injections ont été recommandées déjà en 1889, par Secondi contre les affections septiques de la cornée, et ce n'est que deux années plus tard que Darier et Abadie les ont employées d'une façon systématique.

M. le prof. Haltenhoff a également employé depuis environ une année les injections sous-conjonctivales de sublimé à 1 pour 2000 et 1 pour 1000, et il a obtenu des résultats très encourageants. Voici quelques cas :

V. P. (obs. 103), âgé de 12 ans, se présente à la clinique le 2 mars 1889.

Il a d. d. c. des troubles cornéens suite de kératite parenchymateuse diffuse ainsi que l'iritis.

Il y a deux ans l'o. d. commence à s'enflammer, il se produit une kératite, qui après une année de traitement guérit ; peu de temps après l'o. g. est pris, guérit en partie, mais une nouvelle rechute s'est déclarée depuis 15 jours.

C'est un hercule de taille et de force corporelle. Il a eu plusieurs éruptions ; hydarthrose de genou il y a 3 ans. Dents typiques de Hutchinson.

V. est le quatrième enfant ; avant lui la mère eut trois fausses couches ; après lui trois enfants sont morts dans les premières semaines de la vie ; le huitième enfant est vivant.

L'o. g. a été le plus malade.

Le 15 septembre 1890. Il y a trois mois sa mère s'aperçoit qu'il devient sourd. Pas de douleurs, ni altération de santé.

Il n'est pas revenu depuis longtemps.

Le 24 septembre 1892. Surdité augmentée. Vision diminuée: D. $\frac{5}{L}$; G. doigts à 3 m. 50.

30 juin 1893. D. doigts à 0 m. 50; G. doigts à 5 m.

Il y a eu 14 injections sous-conjonctivales de sublimé, aux deux yeux, 1 pour 2000 du 13 septembre au 12 décembre 1893.

5 février 1894; D. doigts 0 m. 20; G. lett. X   5 m.

J. (obs. 112), 14 ans $\frac{1}{2}$, d. d. c. kératite parenchymateuse diffuse.

Il est né avant terme, chétif, coryza dès sa naissance qui dura longtemps; a marché à 18 mois.

Dentition normale. Rhagades labiales.

Traitement. 24 février 1893: D. doigts à 5 m. G. vision = $\frac{5}{v}$. Le 2 mars. L'o. g. depuis 4 jours se prend aussi. Vascularisation commence. Aveugle pendant 2 mois entiers.

Le 6 mai: D. doigts à 0 m. 30; G. doigts à 0 m. 80; a eu 2 à 3 injections sous-conjonctivales de sublimé par semaine. La vue a beaucoup gagné. Le 17 mai: d. d. c. lett. XXX; le 18 octobre: D. lett. X; g. XL.

M. T. (obs. 115), repasseuse, 18 ans, a d. d. c. la kératite parenchymateuse diffuse et strabisme convergent ancien à l'œil d. dont la vue a toujours été plus faible.

Bonne santé habituelle. Dents de Hutchinson. Petites cicatrices labiales.

Un frère ainé a été soigné en 1885 pour la même kératite (obs. 67).

Traitement. Atropine : sirop de Gibert ; frictions générales de mercure ; compresses chaudes.

11 juillet 1893 : D. doigts à 3 m. G. vision = $\frac{5}{v}$.

28 juillet l'o. g. se trouble aussi ; le 13 septembre 1893 : D. doigts à 4 m. ; G. doigts à 0 m. 80.

Du 10 septembre au 2 novembre, elle a eu aux deux yeux 12 injections sous-conjonctivales de sublimé. La vue commence à s'améliorer ; se sert maintenant de l'œil dr.

2 novembre : D. X L ; G. L. diff.   5 m.

12 janvier 1894 : d.d.c. lett. XX diff. Strabisme a beaucoup diminué.

24 février : D. XXX ; G. amélioration visuelle continue.

A repris son travail.

G. (obs. 118), âgé de 7 ans, a d. d. c. la kératite parenchymateuse diffuse.

Se plaint depuis quelque temps de douleurs fréquentes dans les jambes et les pieds.

Face antérieure du tibia bosselée. Une cicatrice cutanée au milieu de la colonne vertébrale. Eruption fraîche aux fesses. Sternum en voûte.

Traitement. Atropine; sirop de Gibert; frictions générales de mercure; compresses chaudes.

Aveugle le 8 août 1893 : on commença les injections sous-conjonctivales de sublimé à l'o. d., et le 9 août; au g.

Le 15 août; toute la cornée est vascularisée d. d. c.

Le 21 août : D. mouv. de main; G. doigts à 0 m. 20 diff.

Le 12 janvier 1894 : D. L; G. XL. Progresse toujours.

J. C. (obs. 124), jardinier, 27 ans, a à l'o. g. la kératite parenchymateuse, d'abord circonscrite, puis diffuse, à la suite d'un léger traumatisme (par un fragment de charbon).

En même temps que la cornée g. devient de plus en plus opaque, la congestion s'établit à sa périphérie. D'abord, c'est peu de chose, mais cela s'accroît. La vascularisation s'accroît, empiète de plus en plus sur le tissu de la cornée : les capillaires très fins pénètrent l'épaisseur de cette membrane, en se dirigeant de la périphérie vers le centre.

Cette vascularisation a une forme typique pour la kératite hérédo-syphilitique : les vaisseaux ont la forme de balais, tandis que dans le pannus des scrofuleux ils ont la forme de lacis.

L'o. d. n'a eu qu'une légère atteinte de kératite diffuse limitée à la région périphérique surtout externe.

Dents de Hutchinson. Palais en ogive très aiguë. Toujours teint blême. Son père était ivrogne et libertin.

Traitement. Outre la médication ordinaire il a eu 13 injections sous-conjonctivales de sublimé du 6 janvier au 5 février 1893.

Le 1^{er} décembre 1893 : D. vision = $\frac{5}{v}$; g. XXX.

Le 3 mars 1894 : D. vision = $\frac{5}{v}$; G. XV. Amélioration.

Si l'on tient compte de la gravité de la kératite dans ces cas et de la lenteur habituelle des améliorations obtenues par les moyens ordinaires dans les autres cas de même gravité, on est en droit de conclure que les injections sous-conjonctivales de sublimé ont accéléré le processus de guérison d'une façon remarquable.

BIBLIOGRAPHIE

1. Annales d'oculistiques.
2. BAKER et STORY. — Ophthalmic Review, 1886.
3. FOURNIER. — La syphilis héréditaire tardive. Paris, 1886.
4. GAYET. — Article Cornée (pathologie) du dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
5. HALTENHOFF. — Annales d'oculistiques, 1889, pages 108 et 109.
6. HALTENHOFF. — Etiologie de la kératite interstitielle, in Bulletins et mémoires de la Société française d'ophtalmologie, mai 1884.
7. HERMET. — Traduction française de l'ouvrage de Hutchinson.
8. HORNER. — Die Krankheiten des Augenim Kindersalter, in Handbuch der Kinderkrankheiten, Bd v, 2^e Abth.
9. HUTCHINSON. — Etude clinique sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire. Trad. française. Paris 1884.
10. JAKOWLEVA. — Ueber Keratitis interstitiatis diffusa. Thèse de Zurich, 1873.
11. LE DAUPHIN. — De la kératite interstitielle. Thèse de Paris, 1884.
12. LEPEAT. — De l'origine syphilitique de la kératite parenchymateuse.

13. PARINAUD. — Archives générales de Médecine, 1883.
14. PFISTER. — Revue générale d'ophtalmologie, 1890.
15. SANGUINET. — Etude sur la syphilis héréditaire de l'œil.
Thèse de Paris, 1888.
16. TROUSSEAU. — Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1885.
17. TROUSSEAU. — Sur l'étiologie de la kératite interstitielle,
in Bulletins et mémoires de la Société française
d'ophtalmologie, mai 1887.
18. TROUSSEAU. — La Normandie médicale, avril 1886.
19. TROUSSEAU. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de
Paris, 1873. T. II.
20. WECKER. — Thérapeutique oculaire.
21. WECKER et MASSELON. — Traité complet d'ophtalmologie. T. II. 1886.



*La Faculté de Médecine autorise l'impression de
la présente thèse, sans entendre par là émettre
d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.*

Le Doyen de la Faculté,

J.-L. PREVOST.

Genève, 28 Avril 1894.



16434

