

sures prophylactiques soient prises non seulement dans les Maternités et par les médecins, mais par les accoucheuses. La plupart des femmes enceintes présentent un écoulement vaginal muqueux ou purulent. Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'une vaginite bénigne, dans un petit nombre de blennorrhagie. Il est difficile ou même impossible de distinguer, dans chaque cas particulier, si l'on a affaire à un catarrhe bénin ou virulent ; aussi est-il bon de ne négliger les mesures de prudence dans aucun cas. Les résultats favorables de cette prophylaxie commencent à se manifester dans les pays civilisés. En 1876, sur 22 Instituts d'aveugles en Allemagne on comptait en moyenne 30 p. 100 de sujets qui avaient perdu la vue à la suite de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés ; en 1896, sur 45 Instituts il n'y en avait plus que 19 p. 100 (Cohn).

La prophylaxie pratiquée suivant la méthode de Crédé se borne à prévenir l'infection pendant la naissance. Mais l'infection peut avoir lieu avant ce moment (en cas de rupture prématurée de la poche des eaux). On a vu, en effet, des enfants venir au monde avec une blennorrhée déjà développée et même avec les cornées déjà détruites. D'autre part, contre la contamination ultérieure par la sécrétion vaginale de la mère ou par d'autres enfants atteints eux-mêmes, il faut prendre d'autres mesures, parmi lesquelles on doit surtout compter la propreté. Dans les hospices d'enfants trouvés, les nourrissons blennorrhéiques seront isolés, sinon de fréquentes infections auront lieu. A l'hospice des Enfants-Trouvés de Vienne, il n'y a pas eu, pendant les années 1854-1866, moins de 1.413 enfants qui ont gagné la blennorrhée après leur entrée dans l'établissement ; c'était donc à qu'ils avaient été infectés.

Chez les nouveau-nés, une fois le stade aigu disparu, il reste beaucoup plus rarement que chez les adultes une hypertrophie chronique de la conjonctive (blennorrhée chronique). Par contre, souvent il persiste aussi, après la blennorrhée des nouveau-nés, lorsqu'elle a été grave, de fines traînées cicatricielles dans la conjonctive, particulièrement celle des culs-de-sac. Il me semble que la malformation que Schapringer a décrite sous le nom de « tablier de la conjonctive » et qu'il a considérée comme congénitale est, au moins dans certains cas, la suite de telles cicatrices. Il consiste en un pli de conjonctive uni qui descend du bord supérieur du tarse devant la conjonctive palpébrale, va en s'amincissant de plus en plus et vient adhérer de nouveau à la paupière près de son bord libre. De même que dans le pseudo-ptérygion (voir § 22), on peut le plus souvent introduire une sonde entre ce repli et la paupière.

III.— CONJONCTIVITE TRACHOMATEUSE.

§ 13. — Le trachome, tout comme la blennorrhée aiguë, est une inflammation de la conjonctive due à une infection et produisant une sécrétion purulente, infectieuse elle-même. Il se distingue surtout de la blennor-

rhée aiguë par la chronicité de sa marche. Pendant ce temps, la conjonctive s'hypertrophie, ce qui constitue le symptôme le plus caractéristique du trachome. C'est même à cause des aspérités produites par l'hypertrophie conjonctivale que l'affection porte le nom de trachome (1). La maladie entreprend presque toujours les deux yeux. Exceptionnellement, on rencontre des cas où, même après de longues années, l'affection reste localisée à un seul œil, c'est-à-dire que l'infection ne se fait pas d'un côté à l'autre, soit par suite des précautions du patient, soit pour d'autres causes inconnues.

SYMPTÔMES. — Les malades se plaignent de sensibilité à la lumière, de larmolement et d'agglutination des paupières ; souvent il existe aussi de la douleur ou des troubles de la vue. L'examen de l'œil montre qu'il s'ouvre moins complètement, en partie parce qu'il y a photophobie et en partie aussi parce que la paupière supérieure, plus pesante, descend plus bas.

En renversant les paupières, on remarque que la conjonctive du tarse et celle du cul-de-sac sont rouges et épaissies, en même temps que la surface en est devenue rugueuse à des degrés variables. Ces altérations dépendent d'une hypertrophie de la muqueuse, qui se présente sous deux formes.

La première forme consiste dans le développement de ce qu'on appelle les papilles. Celles-ci sont des élevures de nouvelle formation occupant la surface de la conjonctive, qui gagne ainsi un aspect velouté, ou qui, lorsque les papilles sont très développées, semble granuleuse, bosselée ou même framboisée. L'épaississement de la conjonctive est tel, qu'il est impossible de voir les glandes de Meibomius sous-jacentes. Cette espèce d'hypertrophie que l'on désigne sous le nom de *forme papillaire* se trouve exclusivement à la conjonctive du tarse (fig. 29, A). Elle est toujours le mieux caractérisée à la paupière supérieure ; c'est pourquoi il faut renverser celle-ci, pour faire le diagnostic du trachome.

La seconde forme d'hypertrophie est caractérisée par la présence de granulations trachomateuses. Ce sont des granulations grises translucides, arrondies, qui soulèvent en hémisphère les couches les plus superficielles de la conjonctive et qui se laissent voir par transparence à travers ces couches. C'est à cause de leur état translucide et gélatiniforme qu'on les a comparées aux œufs du frai de grenouille ou aux grains de sagou bouilli. On les rencontre surtout dans le cul-de-sac (fig. 29, A, f), où les granulations sont tellement abondantes qu'il fait saillie sous forme d'un bourrelet turgescent et ferme, quand on renverse la paupière inférieure. Au niveau du bourrelet, on voit quelquefois les granulations disposées en file comme

(1) Τραχός, âpre, rugueux.

les perles d'un collier. Il est plus difficile de reconnaître les granulations trachomateuses sur la conjonctive du tarse. Ici, elles sont plus petites, et, comme la conjonctive est fortement adhérente au cartilage, les granulations ne sont pas en état de la soulever. De là vient qu'elles y apparaissent le plus souvent comme de petits points clairs, jaunâtres, situés dans les couches profondes de la muqueuse ; mais très souvent le développement des papilles les soustrait complètement à l'observation. Souvent on trouve également des granulations trachomateuses sur le repli semilunaire,

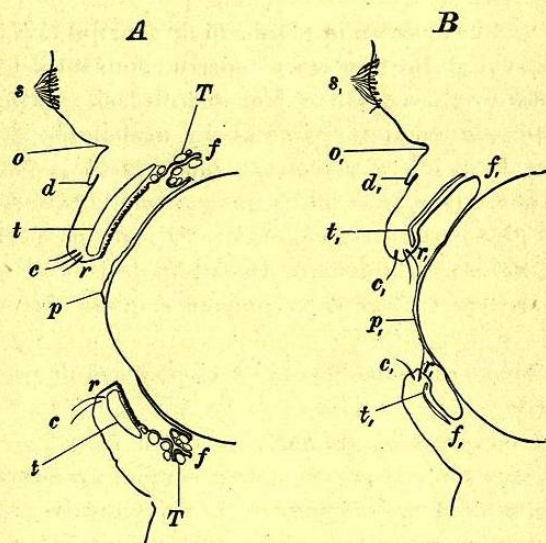


FIG. 29. — Coupe schématique à travers les paupières et le bulbe : A, Trachome récent ; B, Trachome ancien. — A montre la répartition des deux formes d'hypertrophie conjonctivale sur chaque partie de cette membrane ; — B, les conséquences du trachome ; — s, s', sourcil ; — o, o, sillon entre le sourcil et la paupière (sillon orbito-palpébral) ; — d, d', pli cutané ; — c, cils dans leur position normale ; — c', cils dirigés vers l'œil ; — r, bord libre de la paupière découpé parallèlement aux deux paupières, avec l'angle postérieur bien net ; — r', bord libre, regardant en arrière, son angle postérieur arrondi ; — t, tarse épaissi par l'infiltration et tapissé par la conjonctive veloutée ; — t', tarse aminci (atrophie) et fléchi à angle obtus près de son bord libre, tapissé par la conjonctive unie ; — f, cul-de-sac avec nombreuses granulations trachomateuses T dans les plis de la conjonctive ; — f', cul-de-sac uni, sans pli (symblépharon postérieur) ; — p, pannus épais occupant la moitié supérieure de la conjonctive ; — p', pannus rétracté couvrant toute la cornée.

rarement sur d'autres parties de la conjonctive bulbaire. Cette forme d'hypertrophie de la conjonctive est désignée sous le nom de *forme granuleuse*.

Parfois il arrive que l'une des formes d'hypertrophie conjonctivale se rencontre à l'exclusion de l'autre ; cependant, dans la majorité des cas, on trouve les deux formes mêlées sur le même œil, quelquefois de telle sorte que sur la conjonctive palpébrale ce sont les papilles, dans le cul-de-sac les granulations, qui prédominent (fig. 29, A). — Dans les cas légers, la conjonctive du globe n'est pas altérée ; mais, lorsque l'irritation est plus

prononcée, elle présente une injection à larges mailles. Dans les cas récents, accompagnés de symptômes irritatifs violents, la conjonctive sécrète un liquide purulent très abondant. Dans les cas anciens et dans ceux dont la marche est traînante, la sécrétion est insignifiante.

Dans la suite, l'hypertrophie de la conjonctive augmente graduellement, jusqu'à ce qu'elle ait acquis un certain degré d'intensité, qui n'est pas le même dans tous les cas. Ensuite elle disparaît lentement, et, à l'endroit où elle existe, la conjonctive se transforme en une sorte de tissu cicatriciel rétracté. Alors le trachome se trouve être guéri, en ce sens que le processus pathologique spécifique a pris fin. Quant à la conjonctive, on ne peut pas dire qu'elle a repris le moins du monde son état normal ; au contraire, elle porte, comme traces permanentes de la maladie antérieure, les signes d'une rétraction cicatricielle qui, dans beaucoup de cas, entraîne encore d'autres conséquences que nous nous proposons de traiter sous la rubrique : suites du trachome. Plus la conjonctive s'hypertrophie, plus la rétraction ultérieure en est prononcée, et plus la marche de l'affection est traînante. Dans le plus grand nombre de cas, elle dure des années. Le but du traitement consiste donc à arrêter le développement de l'hypertrophie conjonctivale, et ainsi non seulement à raccourcir la durée de la maladie, mais à réduire au minimum ses conséquences funestes.

Au niveau de la *conjonctive* du tarse, le début de la *cicatrisation* se caractérise par l'apparition, au milieu de la conjonctive rouge et épaissie, de raies isolées, minces et blanches — de fines traînées cicatricielles. Ces traînées se multiplient peu à peu et finissent par former un fin réseau. Dans ses mailles, se trouvent des îlots rouges, constitués par les parties de la conjonctive qui sont encore hyperémiées et hypertrophiées. Peu à peu les traînées cicatricielles s'élargissent et les îlots qu'elles renferment se rétrécissent, jusqu'à ce qu'enfin la conjonctive du tarse soit devenue entièrement pâle, mince et lisse. L'état cicatriciel de la conjonctive correspond en étendue et en intensité au degré de l'hypertrophie antérieure. Dans les cas où l'hypertrophie conjonctivale ne s'est considérablement développée que sur un certain nombre de points circonscrits, le trachome terminé, ces points seuls conservent des cicatrices profondes. Quant aux points de la conjonctive qui sont simplement infiltrés, ou très modérément hypertrophiés, ils reviennent à leur structure normale.

Au niveau du *cul-de-sac*, s'établit la même transformation de l'hypertrophie en tissu cicatriciel rétracté. Si l'aspect extérieur est un peu différent ici, cela dépend de l'état particulier de la conjonctive à cet endroit. On n'y voit pas, en effet, de traînées blanches, mais le bourrelet turgescent, formé par le cul-de-sac hypertrophié, y devient peu à peu plus mince et plus

plat. En même temps, la conjonctive ne cesse de se raccourcir, au point que les plis du cul-de-sac, qui existent dans un œil normal, s'effacent et disparaissent (fig. 29, B, f'). La conjonctive est devenue pâle, et un voile mince de teinte blanc bleuâtre trahit la nature cicatricielle de ses couches superficielles.

Quant aux troubles de la vue dont se plaignent beaucoup de malades, ils résultent d'une complication du côté de la cornée. Ces troubles se montrent sous deux formes, celle de pannus et celle d'ulcère, et très souvent les deux formes se présentent en même temps.

Le *pannus trachomateux* (1) consiste en un dépôt, à la surface de la cornée, d'un tissu de nouvelle formation, d'apparence gélatineuse et très vasculaire, qui se propage des bords vers le centre cornéen. A l'endroit où il siège, la surface de la cornée est inégale, finement bosselée. On y voit une opacité grise, translucide, située superficiellement et parcourue par de nombreux vaisseaux. Ces vaisseaux proviennent de ceux qui nourrissent la conjonctive et qui, du limbe conjonctival, passent sur la cornée, où ils se ramifient dans le pannus (fig. 59). Celui-ci débute habituellement au niveau du bord supérieur de la cornée, dont il recouvre en premier lieu la moitié supérieure (fig. 29, A, p). Il n'est pas rare qu'il se termine en bas par une limite nette, rectiligne, à direction horizontale. Plus tard, le pannus se développe sur les autres points du pourtour de la cornée aussi, jusqu'à ce que finalement toute cette membrane en soit couverte. Dans les cas où le pannus est très développé, l'iris participe habituellement à l'inflammation — iritis. La vue commence à se troubler dès que le pannus atteint le champ pupillaire, c'est-à-dire quand il atteint cette partie de la cornée qui se trouve vis-à-vis de la pupille. Cet endroit est-il complètement couvert par le pannus, alors la vue est réduite à reconnaître de gros objets ou même à distinguer simplement la clarté de l'obscurité (vision quantitative). — Aussi longtemps qu'il n'a pas subi des altérations plus avancées que nous décrirons plus loin, le pannus peut disparaître entièrement et la cornée retrouver sa transparence normale.

Les *ulcères cornéens* se développent, soit sur une partie de la cornée encore saine, soit au niveau du pannus lui-même. Dans le dernier cas, on les trouve de préférence sur le bord libre du pannus, plus rarement en son milieu. Mais, comme ces ulcères se comportent à la façon des ulcères cornéens en général, nous en parlerons plus en détail à propos de ces derniers (§ 32 et suivants). Les ulcères se guérissent en laissant des opacités, dont l'influence sur la vision dépend de leur densité ainsi que de leur situation dans le champ pupillaire de la cornée.

(1) *Pannus*, morceau de drap.

MARCHE. — Les symptômes du *début* sont différents, selon l'importance des manifestations inflammatoires qui accompagnent l'affection fondamentale. Dans la majorité des cas, la maladie poursuit sa marche au milieu de symptômes inflammatoires modérés — photophobie, larmolement, douleur — qui augmentent en même temps que les altérations objectives se prononcent davantage. Cependant, il n'est pas rare que la marche du trachome soit si *trainante*, que les personnes qui en sont atteintes mettent longtemps avant de s'en apercevoir. Quelquefois l'affection n'éveille l'attention de ces personnes que lorsque le pannus dont elle se complique commence à altérer l'acuité visuelle. Ces cas appartiennent, généralement, à la forme granuleuse du trachome. Lorsque les habitants de casernes, d'écoles, etc., qui sont atteints de trachome, sont soumis à un examen médical, on en trouve toujours un certain nombre qui ne se plaignent d'aucune gêne, se considérant encore comme parfaitement sains, alors que l'examen trahit déjà un développement notable de granulations trachomateuses dans le cul-de-sac conjonctival. — Entièrement opposée est la marche du *trachome aigu*. Dans celui-ci, la maladie débute au milieu d'accidents inflammatoires très violents; l'œdème des paupières, le gonflement intense de la conjonctive, l'abondance de la sécrétion purulente font presque songer à une blennorrhée aiguë. Mais le diagnostic exact reposera, en général, sur le fait que la conjonctive est parsemée de nombreuses granulations trachomateuses. Lorsque celles-ci viennent à manquer dans les premiers jours, ou bien lorsque, à cause de l'intensité du gonflement, elles sont invisibles, il faut s'en rapporter à la marche ultérieure pour établir la nature de la maladie; car bientôt on pourra observer le développement de l'hypertrophie conjonctivale caractéristique du trachome. Ces cas aigus se rencontrent particulièrement à l'époque d'une épidémie de trachome. Ils deviennent dangereux pour la vue, bien moins par le pannus qu'ils font naître que par les ulcères qui se développent pendant le stade aigu.

La *marche ultérieure* de la maladie se montre également très variable. Elle dépend : a) du degré de développement qu'ont atteint les altérations anatomiques dans la conjonctive; b) de la participation de la cornée. En ce qui concerne le premier point, l'hypertrophie conjonctivale est si peu développée dans les cas les plus légers, et par conséquent les cicatrices consécutives si peu importantes, que, après quelque temps, on a peine à reconnaître qu'il y a eu trachome. D'autres fois, l'affection se guérit, en laissant des cicatrices relativement minimes, et peut évoluer sans le moindre traitement: l'hypertrophie atteint un certain degré, puis régresse spontanément. Il n'est pas trop rare de découvrir sur la conjonctive les cicatrices caractéristiques du trachome, sans que le patient se

rappelle avoir jamais eu mal aux yeux. Dans d'autres cas enfin, particulièrement graves, la conjonctive s'hypertrophie de plus en plus et finit par atteindre un développement extraordinaire. Il en résulte de graves altérations de la conjonctive. Toutes les fois que la cornée est envahie par le trachome, le cas doit être considéré comme plus sérieux. Il faut observer cependant : 1° qu'il n'y a pas de rapport déterminé entre les symptômes irritatifs et les altérations objectives. Ainsi, des cas, caractérisés par une hypertrophie conjonctivale très prononcée et un pannus épais, évoluent souvent presque sans accidents inflammatoires, et réciproquement ; 2° qu'il n'y a pas de rapport constant entre les altérations de la conjonctive palpébrale et celles de la cornée. On rencontre des cas caractérisés par une forte hypertrophie de la conjonctive sans pannus et, d'autre part, des cas de pannus et d'ulcères, à côté d'une affection légère de la conjonctive ; 3° que, dans un même cas, la marche est souvent fort irrégulière. Tantôt il survient des arrêts de développement du trachome, et quelquefois même des reculs spontanés, tantôt, au contraire, des récidives et des aggravations. Celles-ci ne manquent jamais, quand, après avoir obtenu par le traitement une amélioration, on abandonne trop tôt l'affection à elle-même. Néanmoins, on voit aussi survenir pareille aggravation au cours d'un traitement approprié, et cela sans cause appréciable. C'est ainsi qu'une récidive subite du pannus peut, en peu de temps, faire perdre le fruit d'un traitement qui a duré des mois.

§ 14. SUITES DU TRACHOME. — Ce ne sont que les trachomes bénins et ceux qui sont traités de bonne heure qui guérissent complètement. Dans les autres cas, il persiste toujours des suites, auxquelles sont constamment liées des altérations durables de l'œil. Celles-ci concernent, d'un côté, les paupières et la conjonctive, de l'autre, la cornée. Ces altérations sont les suivantes :

1° *Incurvation des paupières et position défectueuse des cils.* — L'incurvation est produite par la rétraction cicatricielle de la conjonctive et du tarse, qui a pour conséquence de courber celui-ci de façon à le rendre convexe en avant. Cette incurvation se manifeste déjà à la simple inspection des paupières, dont la voussure est plus prononcée. Mais elle est plus frappante encore quand on renverse les paupières, surtout la paupière supérieure, où elle est toujours marquée. On y trouve la conjonctive sillonnée de cicatrices, dont une surtout frappe le regard. Elle se présente sous forme d'une ligne étroite et blanche qui court parallèlement au bord libre de la paupière et à 2-3 millimètres au-dessus de lui. Le long de cette ligne se trouve une dépression intéressant la conjonctive et le tarse et formant une espèce de sillon. En renversant la paupière, à cet endroit, on

sent une incurvation anguleuse qui correspond à la courbure du fibro-cartilage (fig. 29, B, f) et se trouve donc dans le voisinage du bord palpébral libre. Par suite de l'incurvation du tarse, la paupière prend la forme d'une nacelle ou d'une gouttière.

L'incurvation du tarse est due en partie à la rétraction cicatricielle de la conjonctive qui, en se raccourcissant à sa face postérieure, tend à le faire bomber en avant. Mais la cause principale réside dans les altérations du tarse lui-même. En effet, dans les cas graves il est le siège, tout autant que la conjonctive elle-même, d'une infiltration inflammatoire. Aussi ses dimensions sont augmentées, et, en renversant la paupière, on sent qu'il est devenu plus épais, plus large, moins flexible, de sorte que le renversement de la paupière ne s'opère qu'avec difficulté. L'oculiste expérimenté en conclut qu'il faut chercher à prévenir le développement ultérieur d'une incurvation du tarse, ainsi que les suites qui en résultent. C'est surtout près de son bord inférieur que le tarse est infiltré et épaissi, et notamment le long de la ligne où il est perforé d'avant en arrière par les vaisseaux sanguins qui se rendent à la conjonctive (voir p. 49 et fig. 25, rp). Il n'y a pas de doute que ce soit principalement le long de ces vaisseaux que l'infiltration inflammatoire se propage de la conjonctive dans le tarse. Il s'ensuit que la rétraction cicatricielle, qui survient après l'infiltration et qui rétrécit et amincit tout le tarse, y est le plus prononcée et y produit ainsi cette incurvation anguleuse du tarse. C'est à cette incurvation que correspond la ligne cicatricielle horizontale visible sur la conjonctive palpébrale, dont le siège correspond par conséquent, d'ordinaire, au sillon sous-tarsal de la paupière normale.

Le résultat immédiat de l'incurvation de la paupière est de modifier la direction de son bord libre et des cils qui s'y trouvent implantés. Ainsi, à la paupière supérieure, le bord libre n'est plus tourné directement en bas, mais en bas et en arrière (en dedans). A la paupière inférieure, il regarde en haut et en arrière. L'angle palpébral, aigu à l'état normal, est arrondi, émoussé et presque méconnaissable, en partie par suite de la traction exercée par la conjonctive rétractée, et en partie par la pression du globe oculaire (fig. 29, B, r'). A la suite de l'inflexion du bord libre de la paupière, la direction des cils (c) est également modifiée. Ceux-ci ne se dirigent plus en avant, mais en bas et en arrière, de manière à venir en contact avec la surface de la cornée — *trichiasis*. Outre l'incurvation du tarse, la fausse position des cils reconnaît encore pour cause la traction exercée par la conjonctive raccourcie. Il en résulte que la peau, avec les cils, a de la tendance à dépasser le bord libre de la paupière, pour se prolonger sur la face palpébrale postérieure.

Si l'incurvation de la paupière se prononce davantage encore, tout le