

Lorsqu'il a pénétré dans la lame élastique postérieure, la difficulté est plus grande encore, car l'incision doit être plus profonde et il est à craindre que le corps ne soit repoussé dans la chambre antérieure. Pour éviter cet accident, Desmarres conseille d'introduire une aiguille à paracentèse derrière la cornée, afin de donner un point d'appui au corps étranger et en empêcher la chute. Je répète que toutes ces petites manœuvres, parfois très délicates et fort douloureuses, sont devenues infiniment plus simples depuis l'emploi de la cocaïne en chirurgie.

Le corps étranger ne s'arrête pas toujours dans la cornée, il pénètre dans l'intérieur du globe et peut occuper des situations diverses : la chambre antérieure, l'iris, le cristallin, le corps vitré, la papille. Il est possible que ni le malade ni le chirurgien n'en soupçonnent la présence. Un grain de plomb, par exemple, peut arriver jusqu'au fond de l'œil, en laissant à peine la trace de son passage sur la cornée, qui paraît seulement contuse. J'énucléai le globe de l'œil atrophié sur un jeune homme atteint d'ophtalmie sympathique. Il racontait avoir reçu quelque temps auparavant un éclat de fer sur la cornée, mais affirmait que rien n'avait pénétré dans l'œil : or je trouvai le morceau de fer dans le corps vitré. Les cas analogues sont communs.

La présence des corps étrangers situés en avant de l'équateur de l'œil sera décelée par l'examen direct et aussi par l'éclairage latéral. En arrière, on les trouverait à l'aide de l'ophtalmoscope. Toutefois, s'ils siègent derrière l'iris, au niveau du muscle ciliaire, il est impossible de les distinguer par un éclairage quelconque, et c'est en cet endroit que leur séjour est le plus funeste, en raison de l'irritation des nerfs ciliaires, de laquelle résulte souvent une ophtalmie sympathique.

L'introduction et surtout le séjour d'un corps étranger dans l'œil compromettent presque fatalement l'organe : ou bien il s'enflamme, se perforé et s'atrophie; ou le cristallin reste opaque; ou bien surviennent des synéchies qui anéantissent le champ pupillaire.

Le seul traitement rationnel est l'extraction du corps étranger, malheureusement impossible dans beaucoup de cas. Si le corps siège dans la chambre antérieure, enlevez-le aussitôt que possible avec une curette ou une pince après incision linéaire de la cornée. S'il est attaché à l'iris, excisez la portion d'iris adhérente.

Lorsque le globe est détruit, il est peut-être préférable d'en pratiquer tout de suite l'énucléation.

## 2° AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DE LA RÉGION ORBITAIRE.

L'inflammation peut porter sur les parois orbitaires elles-mêmes et leur revêtement périostique : c'est l'*ostéo-périostite de l'orbite*; elle peut s'emparer du tissu cellulo-graisseux qui remplit la loge postérieure : c'est le *phlegmon de l'orbite*; enfin les inflammations de beaucoup les plus communes sont celles qui atteignent le *globe lui-même* totalement ou partiellement.

**A. Inflammations portant sur l'orbite.** — a. *Ostéo-périostite.* — Une ostéo-périostite aiguë peut se développer sur les rebords de l'orbite ou bien dans le fond de la cavité; dans ce dernier cas, elle se confond avec le phlegmon de l'orbite, dont il est difficile de la distinguer. Sur les rebords de l'orbite elle est la conséquence d'un coup, d'un choc, qui le plus souvent ont décollé le périoste. Un gonflement douloureux d'abord, puis un abcès, et la guérison s'opère; rien de spécial à la région.

Il n'en est pas de même de l'*ostéo-périostite chronique*, qui succède en général à la scrofule ou à la syphilis. Après une période plus ou moins longue, pendant laquelle existent du gonflement et de la douleur sur l'une des parois de l'orbite avec déviation du globe dans le sens opposé et diplopie, un abcès apparaît sur un point du pourtour de l'orbite, s'ouvre et reste fistuleux; la peau se rétracte, l'orifice s'enfoncé vers l'orbite, et il en résulte à la longue un renversement en dehors de la paupière ou ectropion.

Peu grave par elle-même, l'ostéo-périostite chronique tire son importance du voisinage avec le cerveau et le globe de l'œil. On y opposera le traitement habituel à ces sortes d'affections : d'abord des injections, et, lorsque le stylet aura démontré l'existence d'un séquestre, on en fera l'extraction. Le traitement général joue un rôle important en raison de la cause qui produit le plus souvent la maladie.

b. *Phlegmon de l'orbite.* — Le phlegmon de l'orbite présente une gravité extrême tant au point de vue de la vie du malade que de la conservation de l'œil. Les sujets atteints de cette affection présentent un aspect tout particulier : le globe de l'œil, non distendu lui-même, est fortement projeté en avant; il est fixe, immobile, et un peu plus dur; un chémosis volumineux entoure la

cornée; les deux dépressions oculo-palpébrales supérieure et inférieure sont remplacées par deux véritables tumeurs qui soulèvent et repoussent les paupières en avant. Les symptômes généraux sont des plus intenses : fièvre, agitation, délire, douleur violente. La vision est le plus souvent abolie. Le phlegmon peut être double, ce qui aggrave encore notablement le pronostic, car la mort est alors à peu près fatale. Tout cela est venu brusquement en vingt-quatre heures.

Vous ne pourrez méconnaître un phlegmon de l'orbite, qui ne ressemble à aucune autre affection : la panophtalmite en diffère en ce que les dépressions orbito-palpébrales ne sont pas effacées, et on ne pourrait d'autre part confondre un simple gonflement phlegmoneux de la paupière dans lequel le globe serait intact.

Enquêrez-vous alors de la cause qui a déterminé le phlegmon. — Est-ce un traumatisme : contusion, plaie, piqûre, corps étranger, acte opératoire quelconque, auquel cas l'affection serait un peu moins grave? Je vis en 1884 dans mon service de l'hôpital Beaujon survenir en une nuit un phlegmon de l'orbite sur un jeune homme auquel j'avais pratiqué une opération la veille : heureusement il guérit. — Le malade était-il en convalescence d'une fièvre grave? le pronostic en serait encore assombri. — Le malade présentait-il déjà quelques troubles cérébraux avant l'apparition du phlegmon? la mort serait alors fatale, car la maladie aurait succédé à une méningite, à une thrombose de la veine ophthalmique et du sinus caverneux; ce serait un phlegmon secondaire, et dans ce cas il est en général double. On conçoit d'ailleurs qu'il soit souvent difficile d'établir si les phénomènes méningitiques sont primitifs ou consécutifs.

Quant au traitement, pratiquez tout de suite, aussitôt l'apparition des accidents, sans attendre la suppuration, une large incision transversale au niveau de chaque rebord orbitaire et pénétrez dans l'orbite assez loin pour débrider la loge postérieure, c'est-à-dire pour inciser le feuillet palpébral de l'aponévrose de Tenon (voir *Anat. top.*, fig. 69, 4<sup>e</sup> édition). Je crois que là est le salut du malade et de l'œil, si toutefois on peut les sauver, ce qui malheureusement est rare, même avec cette intervention hâtive et énergique. L'incision doit pénétrer au moins à 2 centimètres de profondeur en allant couche par couche. Une large application de sangsues aux tempes serait sans doute utile, mais ne saurait remplacer de larges débridements. Appliquez ensuite des compresses imbibées d'acide

borique à 40 p. 1000. — Agissez sur l'intestin avec le calomel et calmez les douleurs du malade avec de la morphine.

**B. Inflammations portant sur le globe de l'œil.** — L'inflammation s'empare du globe de l'œil dans sa totalité, ce qui constitue l'*ophthalmite*, *panophtalmite*, ou bien se circonscrit à l'une de ses parties.

Étudions d'abord les inflammations totales.

a. *Panophtalmite.* — Un œil atteint de panophtalmite, ou phlegmon de l'œil, présente les caractères suivants : à l'extérieur, les paupières sont tuméfiées; la conjonctive est fortement injectée et œdématiée tout autour de la cornée (chémosis); le globe est à sa place, mais fortement tendu, immobile, dur comme s'il était congelé. La cornée est trouble ou va le devenir rapidement; elle s'infiltré de pus. Ce liquide remplit la chambre antérieure (hypopion). La vision est abolie, par suite de la compression excentrique des nerfs ciliaires; la cornée est insensible au toucher, mais par contre le malade est en proie à des douleurs terribles qui provoquent de l'agitation et parfois du délire. La compression de la rétine produit de la photopsie. La cornée, plus rarement la sclérotique, ne tardent pas à s'ouvrir spontanément; l'œil se vide, s'atrophie et se réduit bientôt à l'état de moignon. Comme dans le phlegmon de l'orbite, beaucoup plus rarement toutefois, il peut survenir du coma et des phénomènes méningitiques entraînant la mort du malade. Si cette terminaison est rare dans le phlegmon de l'œil, la perte de l'organe est constante, ce qui donne au pronostic un caractère de gravité spécial.

Vous ne pourriez confondre une panophtalmite qu'avec un glaucome aigu ou un phlegmon de l'orbite. Dans un instant nous dirons en quoi consiste le glaucome aigu et quels caractères le distinguent. Quant au phlegmon de l'orbite, il diffère de l'ophthalmite par les trois caractères suivants : dans le phlegmon de l'orbite, l'œil est projeté en avant, la cornée n'a subi aucune altération et les dépressions orbito-oculaires sont remplacées par deux énormes saillies. Il y a un intérêt majeur à établir ce diagnostic différentiel, car le traitement est loin d'être identique dans les deux cas.

Le diagnostic étant en général rapidement fait, informez-vous de la cause qui a produit cette grave affection, elle aura de l'in-

fluence sur votre détermination. La maladie est-elle survenue spontanément dans le cours d'une fièvre grave? Est-ce une complication d'une ophthalmie d'abord simple, ou bien est-elle le résultat d'un traumatisme : acte opératoire, contusion, plaie, corps étranger?

Au début, si la maladie est d'origine traumatique, employez les antiphlogistiques largement; avec beaucoup plus de discrétion, si le sujet est convalescent d'une fièvre grave. Compresses glacées, ou, si le malade s'en trouve mieux, compresses chaudes sur l'œil. Frictions d'onguent napolitain belladonné sur les tempes; calomel à l'intérieur, à dose fractionnée.

Lorsque le pus est formé dans la chambre antérieure, fendez la cornée pour lui donner issue. Si les douleurs persistent, ouvrez largement le globe en travers. Il faut s'en tenir là lorsque l'affection est d'origine spontanée, et attendre l'affaissement de la coque scléroticale. Mais est-elle d'origine traumatique, soupçonne-t-on surtout la présence d'un corps étranger, pratiquez l'énucléation du globe.

*Énucléation du globe de l'œil.* — Pour pratiquer cette opération, voici le procédé que j'ai proposé et mis souvent en pratique depuis bien des années et auquel j'ai donné le nom de *procédé d'énucléation d'arrière en avant*, par opposition à celui de Bonnet, qui se pratique d'avant en arrière. Non seulement ce procédé est plus rapide, plus facile, mais il expose beaucoup moins à l'ouverture de la loge postérieure de l'orbite, ce qui est en somme le seul accident qu'on ait à éviter au cours de cette opération.

Prenez les précautions antiseptiques préliminaires, et anesthésiez le malade.

1° Écartez les paupières à l'aide d'un blépharostat.

2° Saisissez la conjonctive avec une pince à griffes au niveau de l'insertion du muscle droit externe. Avec des ciseaux courbes incisez la conjonctive en ce point ainsi que le tendon du muscle.

3° Introduisez des ciseaux courbes de moyen volume par cette boutonnière, et en suivant la convexité du globe allez tout de suite couper le nerf optique à son entrée dans l'œil (1).

4° Implantez une pince à griffes dans la sclérotique et faites sortir le globe de l'œil par la boutonnière conjonctivale. Vous

(1) L'obliquité de la paroi externe de l'orbite rend très facile ce temps opératoire, et c'est sur cette disposition anatomique qu'est basé le procédé opératoire.

n'avez plus alors qu'à raser de près la sclérotique avec les ciseaux en coupant toutes les attaches membraneuses et musculaires.

b. *Glaucome aigu.* — Bien que le *glaucome aigu* soit en réalité une choréïdite exsudative et non pas une panophtalmite véritable, il s'en rapproche par tant de caractères cliniques qu'il y a, ce me semble, intérêt à réunir ces deux affections.

En présence d'un malade dont l'œil est devenu rapidement douloureux et dur, on doit se poser en effet cette question : Est-ce un glaucome aigu, est-ce une ophthalmite? et de la solution de la question résulte une intervention qui peut sauver l'œil.

Voici l'état dans lequel se présente un sujet atteint de glaucome aigu :

Le malade a éprouvé subitement, en général au milieu de la nuit, une douleur atroce dans l'un des yeux, et la vision a disparu tout de suite. Extérieurement, très peu de phénomènes inflammatoires, mais l'œil, qui est d'ordinaire rénitent, est devenu *dur comme du marbre*; la cornée a perdu sa sensibilité; elle est terne, ainsi que l'iris; celui-ci est fortement repoussé en avant. La pupille est dilatée et immobile.

Il est aisé de se rendre un compte exact de ces phénomènes, si l'on songe qu'ils résultent de l'épanchement brusque, dans la coque oculaire, d'une certaine quantité de liquide séreux. Ce liquide comprime violemment toutes les parties qui y sont contenues, ainsi que les nerfs ciliaires qui cheminent d'arrière en avant entre la choréïde et la sclérotique; cette dernière membrane fournit par son inextensibilité absolue un solide point d'appui à la compression excentrique exercée par le liquide.

D'après cet ensemble de signes, il me paraît difficile de confondre le glaucome aigu avec l'ophthalmite. Dans tous les cas, la confusion serait de courte durée, puisque la cornée suppure vite dans l'ophthalmite, ce qui n'a jamais lieu dans le glaucome.

Quelle que soit la théorie invoquée pour expliquer la production du glaucome aigu, ce qu'il importe au plus haut degré de savoir, c'est qu'en pratiquant une iridectomie aussi large que possible on supprime immédiatement les douleurs et que la vision reparait. A de Graefe revient l'honneur de cette véritable conquête thérapeutique. Mais il est aisé de concevoir que l'opération doit être pratiquée aussitôt que possible, sans quoi les milieux de l'œil et la ré-

tine en particulier auront subi des désordres irréparables : il n'y a pas un instant à perdre.

Voici le manuel opératoire de l'*iridectomie*.

Lavez préalablement les paupières et la conjonctive avec une solution boriquée à 40 pour 1000, dans laquelle seront trempés vos instruments; le sublimé convient également très bien. Anesthésiez la cornée par des instillations d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au centième, pratiquées toutes les cinq minutes, une demi-heure avant l'opération. Le malade étant couché, placez-vous à sa gauche pour opérer l'œil gauche; derrière sa tête pour opérer l'œil droit, à moins que vous ne vous sentiez suffisamment sûr de votre main gauche pour opérer l'œil droit, l'incision devant porter sur la partie externe de la circonférence cornéenne.

1° Introduisez entre les paupières un blépharostat.

2° Saisissez l'œil de la main gauche avec une pince à griffes entre la caroncule lacrymale et la cornée; ne craignez pas de prendre la sclérotique, la conjonctive seule fournissant un mauvais point d'appui susceptible de céder.

3° Avec un couteau lancéolaire coudé, ponctionnez la cornée de la main droite, juste à son union avec la sclérotique et à l'extrémité externe de son grand diamètre transversal. Faites pénétrer le couteau jusqu'à sa partie la plus large dans la chambre antérieure, en avant de l'iris et retirez-le aussitôt.

4° Introduisez par la plaie une pince courbe; saisissez l'iris, non pas avec l'extrémité de la pince, mais avec la partie convexe de ses branches; attirez l'iris à l'extérieur tout doucement et tendez-le.

5° Ordonnez à un aide de couper la partie saillante de l'iris avec des ciseaux courbes sur le plat. Que l'aide, avant de rapprocher les branches des ciseaux pour pratiquer la section, déprime légèrement le globe de l'œil.

6° Ayez soin qu'il ne reste pas d'iris enclavé dans la plaie. Nettoyez au besoin avec une curette la chambre antérieure, si elle contient du sang. Lavez l'œil avec l'eau boriquée; recouvrez-le d'un protectif, d'un petit tampon d'ouate phéniquée, d'une bande de flanelle. Couvrez également l'autre œil et tenez le malade dans une chambre obscure.

Lorsque l'iris est sain, l'iridectomie est une opération facile, car la membrane est aisément attirée à l'extérieur; mais lorsqu'il est ramolli, friable, adhérent, comme dans certains glaucomes

chroniques, par exemple, l'opération devient impraticable et l'on n'attire avec la pince que des lambeaux.

Qu'il s'agisse d'enlever une partie de l'iris, comme temps préliminaire de l'opération de la cataracte; qu'il s'agisse d'un glaucome aigu, d'un pannus ou de l'établissement d'une pupille artificielle (iridectomie optique), le procédé est toujours sensiblement le même. Dans ce dernier cas toutefois il ne saurait y avoir un lieu d'élection, car on essaye d'enlever l'iris dans un point correspondant à une éclaircie de la cornée. On ne peut même, quelquefois, que dilacérer l'iris à ce niveau.

Les *inflammations partielles* du globe de l'œil portent : *a*, sur la conjonctive (conjonctivite); *b*, sur la cornée (kératite); *c*, sur la sclérotique (sclérite); *d*, sur l'iris (iritis); *e*, sur la choroïde (choroïdite). La rétinite appartient en réalité au groupe des maladies du fond de l'œil.

#### CONJONCTIVITE.

L'inflammation de la conjonctive affecte un certain nombre de formes que l'on peut cliniquement rattacher aux trois suivantes : conjonctivite simple, exsudative ou catarrhale; conjonctivite purulente; conjonctivite granuleuse.

**A. Conjonctivite catarrhale.** — La conjonctivite catarrhale offre comme caractère principal un développement considérable des vaisseaux de la conjonctive; ils sont flexueux et mobiles sur la sclérotique; de cette hyperémie résulte une teinte rouge plus ou moins foncée, tantôt partielle, tantôt étendue à toute la surface du globe, suivant l'intensité de l'inflammation; la conjonctive soulevée forme souvent un bourrelet autour de la cornée (chémosis). Si l'inflammation est très intense, les bords palpébraux peuvent être renversés en dehors (ectropion). La sécrétion de la conjonctive est augmentée et en même temps altérée; l'œil est recouvert par de grands filaments de mucus, et quelquefois baigné par une couche de muco-pus; il existe du larmolement.

Les douleurs sont peu intenses, le malade éprouve surtout un sentiment de pesanteur des paupières et une sensation très pénible de corps étranger. Il n'y a que peu ou pas de photophobie.

La conjonctivite simple a quelquefois pour point de départ, surtout chez les sujets lymphatiques et scrofuleux, une petite papule ou pustule, qui occupe souvent le voisinage de la cornée et empiète même légèrement sur cette membrane : de là naissent des pinceaux de vaisseaux qui se répandent sur la conjonctive.

Recherchez avec soin si la conjonctivite, qui reconnaît le plus souvent pour cause l'action du froid humide, ne serait pas liée à la présence d'un corps étranger ou à une affection de l'appareil lacrymal. Le travail prolongé à la lumière artificielle produit souvent aussi cette inflammation. Elle est fréquente chez les comptables.

Le traitement consistera à supprimer tout d'abord la cause : enlever le corps étranger, traiter les voies lacrymales, suspendre le travail du soir, faire porter des verres teintés. Application de compresses fraîches ou chaudes sur l'œil ; lavages répétés aussi souvent que ce sera nécessaire, en raison de la sécrétion du muco-pus, avec une solution boriquée. Instillations, trois fois par jour, de quelques gouttes d'un collyre composé de : eau 30 grammes, nitrate d'argent 5 à 10 centigrammes.

**B. Conjonctivite purulente.** — Bien autrement grave que la précédente, la conjonctivite purulente est caractérisée par la production, à la surface de la conjonctive, d'une quantité considérable de pus souvent très irritant ; elle détermine fatalement et à bref délai la perte de l'œil si le traitement n'est pas bien conduit.

On l'observe à la naissance : c'est l'*ophthalmie purulente des nouveau-nés* ; on l'observe chez l'adulte : c'est l'*ophthalmie blennorrhagique*. La blennorrhagie est en effet la cause habituelle, sinon exclusive, de cette affection chez l'adulte, et il est bien probable que la cause est la même chez les nouveau-nés, l'affection ayant été communiquée à l'enfant par une vaginite de la mère au moment de l'accouchement.

Quelle que soit d'ailleurs la cause qui a déterminé la production de l'ophthalmie purulente, même la cause rhumatismale que l'on a aussi invoquée, les symptômes étant identiques et le traitement le même, on peut réunir ces diverses formes en clinique.

Sachez d'abord que l'ophthalmie purulente est extrêmement contagieuse : prenez donc de grandes précautions pour l'entourage et pour vous-même. Faites détruire les linges qui ont servi, éloignez les enfants qui ne sont pas atteints ; si un seul œil est affecté, protégez l'autre par une occlusion complète.

L'aspect d'un malade atteint d'ophthalmie purulente est caractéristique : les paupières rouges et démesurément tuméfiées recouvrent le globe, la paupière supérieure débordant l'inférieure ; du pus blanc, jaunâtre, épais, sortant incessamment par la fente palpébrale, coule sur la joue, irrite la peau, sur laquelle il laisse des traînées rouges. Si on entr'ouvre les paupières, ce qu'on a parfois beaucoup de peine à faire, on trouve la surface du globe recouverte de pus ; parfois même ce liquide, retenu par le spasme de l'orbiculaire, s'échappe brusquement, sous forme de jet, et peut être projeté sur le visage de l'explorateur, ce dont il faut se défier. La conjonctive est rouge et œdématiée ; elle forme autour de la cornée un bourrelet si volumineux qu'elle la recouvre presque entièrement.

Au début, la cornée n'a pas encore perdu sa transparence et la vision est conservée, mais cette membrane ne tarde pas à s'ulcérer en se creusant d'un sillon à sa circonférence et se détache. Elle peut aussi s'infiltrer de pus dans toute son épaisseur et s'ouvrir spontanément. Si l'ouverture est petite, l'iris s'y engage et l'obture ; si elle est large, l'œil se vide.

Pendant ce temps, le malade est en proie à des douleurs d'une extrême violence irradiant autour de l'orbite, dans toute la tête, surtout si la conjonctivite purulente est accompagnée d'un certain degré de panophtalmite, ce qui n'est pas rare.

Le diagnostic de cette grave affection n'est donc pas difficile : la présence du pus, son abondance et sa qualité, la différencient de la conjonctivite simple, du phlegmon de la paupière, du phlegmon de l'orbite et de la panophtalmite.

Instituez le traitement le plus rapidement possible, et un traitement énergique. Il consiste en lavages et en cautérisations. Si le chémosis était très volumineux, pratiquez quelques scarifications. Les lavages bien faits peuvent sauver l'œil. Ils doivent être très fréquents, presque continuels ; il y aurait avantage à installer, si c'était possible, un appareil à courant continu, de telle sorte que le pus soit chassé à mesure qu'il se forme ; employez l'acide borique et appliquez en permanence sur la région des compresses boriquées. Les cautérisations doivent être répétées une ou deux fois par jour, selon l'intensité de la maladie. J'ai vu jadis bien des fois Giraldès, chez des enfants, cautériser la face interne de la paupière retournée avec le crayon de nitrate d'argent non mitigé, mais, malgré la précaution qu'il prenait de neutraliser l'excédent de nitrate avec l'eau salée, la cornée était quelquefois brûlée. Il est préférable

de se servir d'une solution forte de nitrate d'argent, 1 gramme pour 10 grammes d'eau, par exemple, et de toucher aussitôt la paupière avec de l'eau salée à saturation. Prévenez les malades ou les familles que, même dans l'hypothèse la plus favorable, celle de la guérison, il est très probable que la cornée conservera des opacités partielles plus ou moins étendues.

**C. Conjonctivite granuleuse.** — Comme les précédentes, la conjonctivite granuleuse donne une physionomie particulière au sujet qui en est atteint, de telle sorte qu'on peut la reconnaître presque à première vue.

Le malade se présente avec une paupière sensiblement normale comme couleur et comme épaisseur, mais *tombante*; il ne peut parvenir à la relever, quelque effort qu'il fasse, ce qui donne à sa figure un aspect grimaçant. Il existe un larmolement incessant, et de la photophobie qui fait tenir la tête baissée. Ces caractères devront vous faire songer tout de suite à l'existence de granulations conjonctivales.

Examinant alors la cornée, vous trouverez ordinairement la partie supérieure de cette membrane exulcérée et plus ou moins vascularisée. Mais gardez-vous de limiter là votre examen, ce que font, malheureusement pour le malade, beaucoup de praticiens; retournez la paupière supérieure de façon à explorer la face postérieure du cartilage tarse et le cul-de-sac supérieur de la conjonctive, et vous verrez en ce point le corps du délit, c'est-à-dire les granulations. Cet examen est de toute importance, car la kératite produite mécaniquement par la pression continue des granulations sur la partie correspondante de la cornée ne guérira qu'avec la disparition de celles-ci. C'est une kératite d'une espèce particulière qu'il faut se garder de confondre avec celles dont nous parlerons plus loin et qui sont essentielles.

Ces granulations, désignées encore sous le nom de *trachomes* pour les distinguer de l'état légèrement granuleux auquel donne assez souvent lieu la conjonctivite simple chronique, paraissent être d'une nature toute spéciale, parasitaire ou microbienne pour quelques auteurs, ce qui d'ailleurs serait bien d'accord avec leur caractère essentiellement contagieux. Il est vraisemblable que les maladies, *conjonctivite granuleuse, ophthalmie d'Égypte, ophthalmie des armées*, se rapportent à cette même affection caractérisée par un élément histologique dont la nature n'est pas encore suffi-

samment déterminée, mais dont l'expression symptomatique nous est connue.

Les granulations occupent en général les culs-de-sac conjonctivaux et de préférence le cul-de-sac supérieur. Elles se présentent sous la forme de petites saillies rougeâtres, grisâtres, du volume d'une tête d'épingle, mais pouvant acquérir celui d'un petit pois. Quand elles débutent, on les a comparées à du tapioca cuit. Elles affectent une marche essentiellement chronique, mais déterminent de temps en temps, par l'irritation qu'elles produisent, de petites poussées de conjonctivite aiguë.

En disparaissant, les trachomes laissent à leur suite dans l'épaisseur de la conjonctive un tissu de cicatrice rétractile; il en résulte que la paupière se replie en dedans (entropion) et que les cils viennent irriter la cornée.

Le diagnostic de cette maladie ne présente aucune difficulté: il suffit de songer à son existence et d'explorer la face profonde des paupières; mais il n'en est pas de même du traitement.

Rappelez-vous d'abord qu'elle est éminemment contagieuse. Il faut donc isoler le plus possible les granuleux, prendre les soins de propreté les plus méticuleux pour les autres et pour soi-même. Ce qui réussit le mieux en général, c'est la cautérisation avec le sulfate de cuivre: faites donc basculer en dehors les cartilages tarse et touchez les granulations avec le crayon. Le résultat est parfois extrêmement prompt et les ulcérations de la cornée se cicatrisent rapidement. Pour relever la paupière, il suffit de faire regarder le malade en bas, de presser avec un corps moussé, un crayon, par exemple, sur le bord supérieur du cartilage tarse, pendant que de l'autre main on saisit le bord ciliaire et qu'on le porte en haut.

Lorsque les paupières sont serrées et fortement appliquées sur le globe de l'œil, on soulage immédiatement les malades en agrandissant la fente palpébrale d'un coup de ciseaux porté sur la commissure externe, et la cornée peut se cicatriser, mais l'affection initiale n'est pas guérie.

Dans un cas où les trachomes avaient un volume exceptionnel et avaient résisté à toute espèce de cautérisations, j'endormis le malade, incisai la fente palpébrale, enlevai les trachomes avec des ciseaux et cautérisai la surface avec le thermo-cautère. Par surcroît de précaution, je suturai la muqueuse à la peau pour maintenir l'ouverture de la fente palpébrale. La guérison parut