

à la formule : eau distillée, 20; tannin pur, 5; gomme arabique, 40.

3° **Escarrotiques.** Ceux dont on s'est servi sont : le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre, l'acide chromique, le nitrate acide de mercure, le chlorure de zinc, la potasse caustique, une solution de chlorure d'or.

Le *nitrate d'argent* est employé sous forme de crayon de nitrate d'argent fondu (*Pierre infernale*) ou de solution plus ou moins concentrée ; ou encore d'un crayon formé d'une partie de nitrate d'argent et d'une ou de deux parties de nitrate de potasse. Il faut pratiquer avec la pierre infernale des attouchements légers ; on provoque ainsi la résorption des granulations, sans produire ni une réaction inflammatoire consécutive ni des cicatrices. C'est avec le crayon formé de *sulfate de cuivre* que la plupart des praticiens traitent encore aujourd'hui les granulations palpébrales. Lorsque le crayon est employé seul, sans autre moyen adjuvant, le traitement est très-long.

L'*acide chromique* a été préconisé par Hairion, qui emploie une solution concentrée d'acide chromique (acide chromique et eau, parties égales). (Pour plus de détails, consultez mon *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 537 et suiv.)

4° **Moyens divers.** En même temps que les malades sont soumis aux scarifications et aux cautérisations, on leur recommande de se servir, plusieurs fois par jour, d'un collyre astringent au sulfate de cuivre, au nitrate d'argent, au tannin, etc. Il est bon de leur administrer fréquemment des minoratifs, ou le tartre stibié à doses fractionnées. Les vésicatoires, placés derrière l'oreille et à la nuque, ne nous ont paru que d'une médiocre utilité.

On a proposé de pratiquer l'*excision* des granulations soit avec le bistouri, soit avec des ciseaux. Cette méthode n'est applicable qu'aux cas où les granulations sont très-exubérantes, et persistent depuis longtemps, malgré plusieurs traitements. Toutes les fois qu'on pratique cette opération, il est de la plus grande importance de ne pas aller au delà de la couche granuleuse, pour éviter la formation des brides cicatricielles. C'est d'ailleurs un mauvais procédé. Nous ne ferons que signaler, pour la condamner, l'*abrasion* du cartilage tarse, proposée par Coursserant.

On a remarqué que, dans les cas d'atrophie du globe, si on fait l'application d'un œil artificiel et qu'il existe de ce côté des granulations, celles-ci disparaissent ; ce qu'il faut attribuer à la compression exercée par la pièce d'émail sur les saillies de la conjonctive, qui s'atrophient. Il y a là un enseignement précieux qui pourrait être utilisé. C'est un côté de la question que personne n'a envisagé jusqu'ici.

Pour résumer la longue liste des moyens préconisés contre les granulations ; pour les présenter avec méthode et à un point de vue pratique, nous croyons devoir rapporter les principes de ce traitement tels qu'ils ont été formulés par Hairion devant le congrès ophthalmologique de 1862.

A. *Granulations vésiculeuses transparentes ; conjonctive saine.* Le mucilage tannique et le sulfate de cuivre en crayon suffisent dans ce cas. La cautérisation avec le nitrate d'argent est dangereuse, à cause des pertes de substance et des brides cicatricielles qui en résultent.

B. *Granulations vésiculeuses vascularisées ; conjonctive épaissie, formant*

*des plis nombreux.* C'est encore le mucilage tannique et le sulfate de cuivre en crayon qui réussissent dans ce cas. Il convient d'y ajouter, une fois la semaine, la cautérisation avec une solution à parties égales de nitrate d'argent et d'eau. On ne revient à la cautérisation, que lorsque l'effet de la première est passé ; s'il existe des granulations vésiculeuses anciennes, volumineuses, indolentes, les cautérisations sont répétées plus souvent. On fait précéder la cautérisation de scarifications de la conjonctive, qui seront plus profondes lorsque les granulations sont très-enflammées.

C. *Granulations remplacées par du tissu fibro-plastique d'aspect charnu. Conjonctive plus ou moins complètement détruite dans les points occupés par les nouveaux produits pathologiques.* Dans ce cas, on pratique des cautérisations plus fréquentes avec l'azotate d'argent en solution concentrée, ou quelquefois avec l'acide chromique.

D. *Granulations inodulaires. Existence à la face interne des paupières d'un tissu inodulaire, irrégulier, rugueux, exerçant sur la cornée les mêmes effets fâcheux que les granulations auxquelles il succède.* Le nitrate d'argent est insuffisant, les caustiques liquides dangereux, les pâtes caustiques inapplicables. L'acide chromique est le remède de préférence ; on touche la muqueuse avec un pinceau de poils de martre trempé dans une solution, à parties égales, d'acide chromique et d'eau.

#### ARTICLE IV.

##### Conjonctivite purulente.

La conjonctivite purulente a pour caractère essentiel une sécrétion plus ou moins abondante de pus fourni par la muqueuse oculaire. Elle ne se présente pas toujours de la même manière ; il convient d'en distinguer et d'en décrire diverses espèces ; c'est ce qui fera l'objet des articles suivants.

##### § 1. — Conjonctivite purulente des nouveau-nés.

Cette affection a encore été désignée sous les noms d'*ophthalmie purulente des nouveau-nés*, *ophthalmie des nouveau-nés*, *blépharo-blennorrhée*, *ophthalmo-blennorrhée*, *blennophthalmie des nouveau-nés*.

**Symptômes.** La maladie débute ordinairement du troisième au sixième jour après la naissance, quelquefois au bout de plusieurs mois. On constate d'abord un gonflement léger de la paupière supérieure, avec une teinte rosée du bord libre. Très-souvent, il existe sur la face cutanée, une ligne rougeâtre, transversalement dirigée d'un angle de la paupière à l'autre. La face conjonctivale présente une légère arborisation, apparente surtout au niveau des lignes jaunâtres des follicules de Meibomius. Quelques tractus muqueux adhèrent faiblement à la muqueuse, ou à la base des cils qui sont agglutinés ensemble, ce qui empêche les paupières de s'écarter au réveil de l'enfant. Dans le plus grand nombre des cas, les deux yeux sont envahis simultanément ; quelquefois un seul œil est atteint, mais l'autre

ne tarde pas à être affecté. Il est rare que la maladie reste unilatérale.

Jusqu'à là, l'affection est si légère, qu'elle n'attire pas l'attention des parents. Bientôt cependant surviennent d'autres phénomènes propres à inspirer plus d'inquiétude. Il s'écoule de l'intervalle des paupières une sérosité incolore ou un liquide plus opaque, mélangé de parcelles de mucus; les voiles présentent une tuméfaction plus prononcée, ce qui est dû à l'existence d'un œdème sous-conjonctival, parfois assez prononcé pour que la peau de la paupière supérieure forme une tumeur luisante. A ce moment, si on écarte les paupières, on constate une rougeur de la conjonctive palpébrale, plus intense que dans la première période, uniforme et ne permettant plus d'apercevoir les lignes jaunâtres qui répondent aux follicules de Meibomius. Parfois, mais rarement, la conjonctive scléroticale est injectée elle-même; bien plus souvent, il existe une infiltration séreuse dans le tissu sous-conjonctival du bulbe, un véritable chémosis séreux. Des filaments muqueux, d'une certaine longueur, sont accumulés généralement dans les culs-de-sac de la conjonctive.

L'écoulement devient plus abondant et plus opaque. Il était clair et séreux au début; actuellement il revêt tous les caractères d'un pus jaunâtre ou jaune verdâtre, mélangé de lamelles et de filaments de mucus. Si, après avoir nettoyé la face antérieure du bulbe et l'espace interpalpébral, au moyen d'un courant d'eau tiède, on examine la muqueuse, on trouve celle-ci boursoufflée, d'un rouge sombre, comme granuleuse, au niveau des paupières, tandis que le plus souvent la conjonctive oculaire est à peine injectée. En renversant les paupières l'une en haut, l'autre en bas, on fait saillir les replis tuméfiés et injectés de la portion de muqueuse qui correspond aux culs-de-sac, et on voit apparaître deux espèces de bourrelets qui cachent complètement la cornée. Pour bien apercevoir celle-ci, il faut soulever la paupière supérieure et abaisser l'inférieure avec un élévateur et un abaisseur pleins; on s'assure aussi, de cette manière, que la conjonctive scléroticale ne participe que peu au travail phlegmasique. Dequevauviller n'a constaté que six fois l'existence d'un chémosis phlegmoneux, sur cent quatre-vingt-trois enfants qu'il a examinés.

En écartant les paupières, lorsque l'affection est arrivée à cette période, on rencontre aussi assez souvent, après qu'on a débarrassé la muqueuse avec un jet d'eau tiède, du pus qui la masque, une sorte de lamelle blanchâtre, adhérant assez fortement à la conjonctive palpébrale, pour qu'on ne puisse la détacher qu'en persévérant dans l'action du courant d'eau, ou en la saisissant avec des pinces. Ce sont ces lamelles formées de muco-pus concrété qui ont été prises, par un chirurgien moderne, pour une fausse membrane, et qui l'ont porté à considérer l'ophtalmie purulente des nouveau-nés comme étant le plus souvent une ophtalmie diphthérique pseudo-membraneuse.

A une période plus avancée encore, la sécrétion devient plus abondante, les cils agglutinés par des croûtes flavescentes résultant de la dessiccation du pus empêchent ce liquide de s'écouler. Il s'accumule entre la cornée et les paupières; aussi, en écartant ces dernières, arrive-t-il souvent qu'un

flot de pus s'échappe de leur intervalle. On ne saurait prendre trop de précautions pour éviter que le jet atteigne l'œil de l'observateur, ce qui est arrivé quelquefois. Pareille précaution devra être prise quand on injecte des liquides dans les yeux de l'enfant. Lorsque le pus sécrété par la muqueuse s'échappe librement en dehors, il inonde la partie supérieure de la face, s'y concrète et forme des croûtes jaunes épaisses. A cette période, la cornée reste le plus souvent intacte; d'autres fois elle prend une teinte opaline, ou bien il s'y forme des épanchements interlamellaires. On a observé parfois une ecchymose de la conjonctive scléroticale ou palpébrale, une pustule sur le limbe de la cornée.

**Marche. Terminaisons.** Lorsque l'ophtalmie des nouveau-nés est traitée d'une manière méthodique; lorsqu'on n'est pas appelé à une époque où il existe déjà des altérations graves de l'œil, l'affection se termine heureusement: la tuméfaction des paupières diminue; la sécrétion, de franchement purulente qu'elle était, devient de plus en plus claire et finit par être séreuse, après quoi elle cesse complètement. En même temps, la muqueuse palpébrale perd la coloration rouge sombre; le boursoufflement diminue peu à peu; les plis formés par la conjonctive palpébrale, au niveau des culs-de-sac, sont de moins en moins saillants. Au bout de quelques jours, on commence à apercevoir la teinte blanche-jaunâtre des cartilages tarseaux subjacentes, les vaisseaux de la conjonctive palpébrale se dessinent et ne sont plus masqués par l'injection générale des capillaires. Pendant quelques jours encore, il se fait une sécrétion peu abondante de filaments muqueux; puis tout rentre dans l'ordre normal. Quelquefois l'affection, arrivée au déclin, prend une forme chronique; la sécrétion muqueuse et la rougeur de la conjonctive persistent plus longtemps. Dans d'autres cas, la terminaison est loin d'être aussi heureuse; soit que l'affection ait été négligée au début, soit que de prime abord elle prenne plus d'intensité, il se développe des altérations plus ou moins graves de la cornée, suivies bientôt d'autres altérations du globe, d'où il résulte que la vision reste à jamais plus ou moins gravement compromise.

A part les cas fort rares où il se développe un chémosis phlegmoneux qui étrangle les vaisseaux nourriciers de la cornée, et où celle-ci se mortifie par arrêt de la circulation, les altérations du miroir de l'œil sont le résultat d'une kératite consécutive à la phlegmasie conjonctivale. Ces altérations varient d'après l'intensité de la phlogose. Chez quelques malades, la cornée offre une teinte opaline; si les épanchements interlamellaires sont plus abondants et plus épais, la teinte précédente est remplacée par une couleur blanche-grisâtre, la cornée devient opaque dans une étendue variable. La lymphe plastique peut se résorber et le miroir de l'œil recouvrer plus tard une transparence parfaite. Une lésion plus grave de cette membrane est le ramollissement, qui se présente sous deux formes: tantôt la portion centrale, seule atteinte d'abord, devient jaunâtre et se déprime; autour de la partie ramollie se forment des cercles concentriques qui subissent une altération semblable; au ramollissement succède la destruction du tissu malade dans une étendue proportionnée. D'autres fois, le ramollis-

sement atteint d'emblée toute la cornée; il suffit alors d'un léger effort pour qu'elle se rompe et donne issue aux humeurs de l'œil et au cristallin; il se produit consécutivement un staphylome cornéo-iridien. Dans des cas moins graves, l'ulcération est bornée à un petit espace, l'iris s'engage dans l'ouverture et forme un bouchon protecteur qui retient les humeurs. La tumeur iridienne contracte des adhérences avec la cornée, et la vision peut encore s'exécuter plus ou moins bien, d'après les rapports que la pupille déplacée présente avec la portion de cornée restée transparente. Quelquefois la hernie augmente et la phlegmasie se propage d'avant en arrière au bulbe, qui finit par s'atrophier. Dans d'autres cas, l'inflammation, au lieu de produire de la lymphe plastique, engendre du pus qui s'épanche entre les lamelles de la cornée. Il n'est pas rare de voir le pus se résorber et la cornée recouvrer de la transparence; il se peut aussi qu'il subsiste des taches qui disparaîtront plus tard. Ou bien encore l'infiltration purulente est suivie d'une destruction des lamelles superficielles, et il se forme une ulcération variable en étendue, d'où des conséquences semblables à celles qui ont été exposées précédemment. J'ai vu la cornée en partie détruite, et le corps vitré se montrer derrière la brèche comme un cristal.

L'ophtalmie purulente des nouveau-nés a une marche aiguë ou subaiguë. Dans le premier cas, l'œil est promptement compromis; dans le second, l'affection peut persister plusieurs septénaires, sans que la cornée soit envahie. Peut-être existe-t-il une certaine relation entre ces deux formes et le mode de production de la maladie. C'est surtout lorsque l'ophtalmie se montre à l'état épidémique que les différences sont tranchées. Cette variété dans la marche de l'affection a fait admettre par quelques ophthalmologues une forme bénigne ou *catarrhale*; une forme grave, rapide dans son évolution, ou *granuleuse*, caractérisée par la production de saillies nombreuses à la surface de la conjonctive palpébrale.

Dans la forme endémique, la santé générale de l'enfant est rarement compromise. On observe souvent, quelques jours après le début du mal, une diphthérie buccale. En temps d'épidémie, surtout lorsque celle-ci sévit dans les hospices, se montrent des complications graves: le muguet, la gastro-entérite, le ramollissement pultacé de la muqueuse digestive, la pneumonie. Cela explique, suivant Dequevauviller, la grande mortalité des ophtalmiques dans les hospices.

**Diagnostic.** Il n'est difficile qu'au début. Billard et Baron ont noté l'apparition de la ligne rougeâtre sur la face cutanée de la paupière comme un des signes du développement prochain de l'affection. L'existence d'un écoulement de matière purulente à travers l'espace interpalpebral ne laisse pas subsister le moindre doute sur la nature de la maladie.

**Pronostic.** Il est d'autant moins grave qu'on est appelé à une époque plus rapprochée du début, que l'affection a une marche plus lente. L'accumulation d'un grand nombre d'ophtalmiques dans un même local est une condition fâcheuse. Dans la pratique civile, on arrive généralement à guérir l'ophtalmie purulente, parce que les parents n'attendent pas que la phlegmasie ait fait de grands progrès pour solliciter l'intervention de l'art, et

parce que le petit malade est entouré de soins à tous les moments. Dans la pratique nosocomiale les soins, sont répartis sur un grand nombre de sujets, la surveillance est moins pressante, les soins sont moins attentionnés. Le pronostic est plus grave lorsque la conjonctive oculaire participe à la phlegmasie, lorsque la cornée est atteinte. Il est grave aussi chez les enfants nés avant terme, parce que chez eux la cornée se ramollit promptement. Une condition fâcheuse est l'existence d'une fente palpébrale de peu de longueur, ce qui ne permet que difficilement de nettoyer le globe et facilite le séjour du pus à la surface de la cornée.

**Etiologie.** Scarpa, Sanson, S. Laugier admettent l'influence du contact immédiat des yeux, à la naissance, avec les parties génitales maternelles baignées par le fluide d'une leucorrhée ou d'une gonorrhée syphilitique. On a objecté à cette opinion que chez un certain nombre d'enfants l'ophtalmie purulente se développe à une époque assez éloignée de la naissance pour qu'il ne soit pas possible d'invoquer l'influence de la contagion directe; que si l'ophtalmie des nouveau-nés se développait de la sorte, elle ne présenterait pas cette marche lente et bénigne qu'elle offre chez le plus grand nombre des sujets. Sans nier d'une manière absolue le développement de la maladie sous l'influence de l'inoculation directe, nous pensons que ce mode de production est l'exception. Une des causes les plus fréquentes est l'influence du refroidissement. Comme beaucoup d'autres observateurs, j'ai noté, chez le plus grand nombre d'enfants le développement de la maladie quelques heures après le transport à la mairie, ou à l'église. Dequevauviller a observé qu'à l'hospice des Enfants trouvés la maladie attaque de préférence les enfants dont le berceau est placé près des portes ou des fenêtres. Le froid humide paraît surtout exercer une influence fâcheuse. Les ophtalmies ont été plus nombreuses dans l'hôpital, pendant l'hiver et le printemps, que dans les deux autres saisons de l'année. Ce sont les influences atmosphériques, associées à l'encombrement, à la construction vicieuse des salles ou à des conditions hygiéniques défavorables, qui expliquent comment la maladie revêt parfois un caractère épidémique.

On a aussi attribué l'ophtalmie purulente à la compression prolongée de la tête de l'enfant, dans un accouchement laborieux ou difficile. L'habitude d'emprisonner le corps du nouveau-né dans des vêtements serrés, déterminant une congestion du côté de la tête, pourrait tout au plus être considérée comme cause prédisposante.

La maladie est *contagieuse*; il existe des faits de transmission de l'enfant à la nourrice. Dequevauviller a donné d'autres arguments non moins plausibles: lorsqu'un des yeux est atteint, et que l'on couche l'enfant du même côté, on parvient quelquefois à préserver l'autre œil; ce dernier est toujours affecté, lorsque l'enfant est couché sur l'œil sain, le mucus franchissant la racine du nez. A l'hôpital des Enfants trouvés de Paris, on a remarqué que les enfants couchés dans les berceaux, occupés antérieurement par des ophtalmiques, sont atteints eux-mêmes. Les invasions de la maladie sont moins fréquentes, lorsqu'on sépare les enfants sains des autres.

**Traitement.** On a proposé des médications variées. Au début de l'affec-

tion, et alors que la muqueuse est boursoufflée, d'un rouge sombre, on peut pratiquer des scarifications avec le *scarificateur* des paupières, et renouveler cette opération le lendemain et le surlendemain. Pour modifier la vitalité de la muqueuse, on instille toutes les deux heures, entre les paupières, quelques gouttes d'un collyre composé de 20 à 40 centigrammes de nitrate d'argent cristallisé, pour 30 grammes d'eau distillée. Dans les premiers jours, j'exige des parents que cette instillation soit faite jour et nuit par une personne qui veille l'enfant. Le nettoyage méthodique de l'œil est pratiqué toutes les heures, en faisant tomber entre les paupières une solution étendue de sulfate de zinc. Quelques praticiens font usage d'une solution concentrée de nitrate d'argent. Kennedy et Ireland prétendent juguler la maladie en deux ou trois jours, avec un collyre composé de 8 grammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau. Sanson donne même la préférence à une cautérisation légère de la conjonctive palpébrale, avec un crayon de nitrate d'argent, au moment où la sécrétion de la muqueuse est établie, ce qui offre des dangers, à cause de la vulnération de la cornée, qu'on a de la peine à prévenir, alors même qu'on pratique immédiatement après la cautérisation une injection d'eau salée, pour neutraliser le sel. C'est surtout dans les cas où la cornée est déjà ramollie ou ulcérée, que cette méthode occasionne de graves accidents. Les purgatifs doux sont très-utiles; on administre soit de petites doses de calomel (2 à 5 centigrammes par jour), soit une ou plusieurs cuillerées à café de sirop de chicorée. Il ne faut pas non plus dédaigner l'application de révulsifs derrière les oreilles (pommade stibiée).

Lorsque la maladie a une marche aiguë, que la purulence est plus abondante, on peut encore employer, au début, les scarifications, une solution plus concentrée de nitrate d'argent, ou une pommade au nitrate d'argent étendue sur la face interne des paupières (1 gramme de sel pour 30 grammes d'eau ou d'axonge). Tyrrell réserve, pour les cas de ce genre, le débridement multiple de la conjonctive oculaire, en ayant soin de faire passer les incisions dans l'interstice des muscles droits.

Lorsque la cornée est déjà ulcérée, il faut s'abstenir de porter, à la surface de l'œil, des collyres fortement astringents, et à plus forte raison des agents caustiques. Qu'on se garde aussi de toucher les ulcères de la cornée, les tumeurs formées par les hernies de l'iris, avec le crayon de nitrate d'argent. J'ai toujours vu ces manœuvres dangereuses suivies d'une perte totale de l'œil. La médication hyposthénisante doit remplacer dans ces cas la médication astringente. On étend sur les paupières une pommade belladono-opiacée; on fait des lotions dans l'intervalle des paupières avec une décoction de feuilles de laitue ou de tête de pavot. On emploie un collyre laudanisé atropiné. Dans le cas où la cornée est largement ulcérée, et où il y a menace d'évacuation des humeurs de l'œil, on maintient les paupières fermées avec des bandelettes de taffetas, qu'on décolle avec précaution toutes les vingt-quatre heures. La pommade belladono-opiacée est étendue sur ces bandelettes.

Le régime de l'enfant n'offre aucune indication spéciale, tant que la santé

générale reste bonne. Lorsque le petit malade est faible, amaigri, il convient de relever les forces par quelque préparation tonique. S'il se développe une diphthérie buccale, on badigeonne la muqueuse avec un collyre composé de miel rosat et de borax.

Après la guérison, il reste souvent des taches dans l'épaisseur de la cornée; ces produits plastiques se résorbent facilement, et l'on favorise ce résultat par l'instillation, derrière les paupières, de laudanum affaibli ou de collyres légèrement irritants (voy. *Taches de la cornée*).

Dans les hospices, où l'ophthalmie purulente règne souvent sous forme épidémique, on prévient les ravages qu'occasionne cette affection par une ventilation convenable des salles, en prenant la précaution de ne pas exposer les enfants à des courants d'air, en séparant les sujets malades des autres, en s'abstenant de se servir pour les uns des linges et des vases qui ont servi aux autres. Dequevauviller conseille de blanchir à la chaux et de lessiver les peintures des salles, tous les ans.

## § 2. — Conjonctivite purulente gonorrhéique.

On l'a désignée sous les noms suivants : *ophthalmie vénérienne, gonorrhéique, blennorrhagique, médorrhoïque, blépharophthalmie syphilitique, chaude-pisse des paupières et du globe de l'œil, ophthalmo-blennorrhée vénérienne, blépharo-blennorrhée gonorrhéique, gonorrhée de l'œil*.

**Étiologie. Mode de production de la maladie.** Celle-ci a été observée à tous les âges, depuis la plus tendre enfance jusqu'à la vieillesse la plus avancée. On admet généralement, conformément à l'opinion de Lassus et de Boyer, que la maladie est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Trois genres de causes ont été invoqués pour rendre compte du mode de production : l'*inoculation*, la *métastase*, la *sympathie*; quelques-uns même ont cru que cette affection peut naître par voie *miasmatique*.

**1° Inoculation.** Elle se fait de diverses manières : le plus souvent, le malade porte à l'œil les doigts qui viennent de toucher son membre viril atteint de gonorrhée; ou bien il s'est lavé les yeux avec de l'eau ayant servi à faire la toilette des parties génitales affectées, ou même avec son urine. Il en est qui ont essuyé les yeux avec un linge auquel ils avaient au préalable porté leurs doigts imprégnés de matière gonorrhéique. D'autres ont inoculé dans leur œil de la matière provenant d'une gonorrhée d'un autre sujet : soit en se lavant avec de l'eau de laquelle les individus malades se sont servis pour lotionner le membre viril; soit en employant, pour la toilette de la figure, un essuie-mains qui leur est commun avec le sujet atteint de gonorrhée.

**2° Métastase.** Chez un certain nombre de sujets, on observe une diminution notable dans l'abondance du flux urétral, et même quelquefois une suppression complète de ce dernier, alors qu'apparaît l'ophthalmie gonorrhéique. On en a conclu que l'ophthalmie se développe par métastase; c'est-à-dire que le pus sécrété par l'urètre est pris par les vaisseaux absorbants, transporté jusque sur l'œil, et que la conjonctive est ainsi destinée à fournir

un liquide semblable à celui que sécrétait l'urètre. Rien n'est moins démontré que cette prétendue métastase du pus de l'urétrite blennorrhagique sur la conjonctive, et Cunier pense avec raison que, dans tous les cas, les conjonctives se sont enflammées à un degré tel, qu'il s'opère une *révulsion* capable de produire une quasi-cessation du flux gonorrhéique urétral, qui peut reprendre son intensité dès que l'inflammation de l'œil décroît.

3° **Sympathie.** C'est un mot destiné à cacher notre ignorance sur le mode de production de la maladie. Quelle relation existe-t-il en effet entre la conjonctive et l'urètre? Si c'est à titre de muqueuse, pourquoi n'observe-t-on pas de flux purulents sur d'autres muqueuses de l'organisme, pendant le cours de la chaude-pisse? D'ailleurs, s'il existait réellement un lien étroit entre la muqueuse urétrale et l'oculaire, on verrait se développer des affections de la conjonctive chez les sujets qui sont soumis à des opérations de toutes sortes sur le canal de l'urètre. Il est plus rationnel d'admettre que chez les malades atteints de blennorrhagie urétrale, il existe une *prédisposition spéciale* de l'économie qui favorise la production de certaines phlegmasies. On voit en effet, dans ces conditions, se développer parfois des arthrites, notamment dans l'articulation du genou ou dans l'articulation temporo-maxillaire. La conjonctive s'enflamme dans ces cas, comme les séreuses articulaires, sous l'influence d'un état général de l'organisme, et le plus souvent à l'occasion d'un refroidissement.

4° **Infection miasmatique.** L'ophtalmie gonorrhéique se développe quelquefois, au rapport de certains observateurs, sous l'influence seule du contact d'un air chargé d'émanations provenant de sujets atteints de cette maladie. Bien que cette opinion ait été combattue par Hairion et Ricord, il faut tenir compte des faits rapportés par Decondé et Cunier.

**Symptômes.** L'ophtalmie gonorrhéique se développe généralement dans le cours des deux premiers septénaires de la blennorrhagie. Elle n'affecte le plus souvent qu'un seul œil d'abord, l'autre pouvant se prendre consécutivement, soit spontanément, soit par l'inoculation du pus découlant du premier. D'après Ricord, le suintement muqueux, appelé *goutte militaire*, n'a pas la propriété de produire la maladie par voie de contagion.

Au début, les malades accusent une sensation de chaleur et de prurit, de picotement, de sécheresse, de grains de sable à la surface de la conjonctive, puis une cuisson intense; enfin une douleur profonde au pourtour de l'orbite, s'étendant peu à peu à la tempe correspondante, au front et à l'occiput, pour prendre bientôt les caractères d'une céphalalgie intense. Plus tard surviennent la fièvre, l'insomnie, l'agitation et parfois du délire. Dès le début aussi il existe une injection plus ou moins confluyente de la conjonctive, bornée d'abord à la paupière inférieure, gagnant assez rapidement la rainure oculo-palpébrale, pour se porter ensuite sur le bulbe. La muqueuse sécrète une grande quantité d'un liquide de couleur citrine, dont le contact produit une sensation de brûlure; les bords palpébraux sont collés par une chassie épaisse, rassemblée en plus grande quantité au grand angle. La conjonctive prend une teinte d'un rouge uniforme foncé. Le tissu cellulaire sous-muqueux est infiltré d'abord de sérosité, plus

tard de lymphes plastiques; d'où de l'œdème, puis un gonflement phlegmoneux des paupières. Celles-ci offrent parfois une telle dureté qu'il est impossible de renverser la supérieure pour découvrir le globe. La conjonctive scléroticale est non-seulement injectée, mais soulevée par l'infiltration séreuse subjacente; un chémosis entoure de toutes parts la cornée, qui est souvent cachée au fond de l'espèce d'entonnoir formé par le boursoufflement de la muqueuse. A une époque plus avancée, le chémosis augmente de consistance et prend un aspect charnu, carnifié. Je l'ai vu parfois offrir un piqueté rouge-noirâtre, dû à la formation de petits épanchements sanguins interstitiels. La sécrétion fournie par la muqueuse est d'abord peu abondante et d'un jaune clair, ensuite plus copieuse et jaunâtre ou jauneverdâtre; le pus s'accumule derrière les paupières et s'échappe quelquefois par flots, au moment où on les écarte. Lorsque ce liquide s'écoule incessamment au dehors, il irrite et excorie la peau avoisinante.

**Marche. Terminaisons.** L'affection reste rarement bornée à la conjonctive; presque toujours, elle se propage à la cornée, qui est souvent détruite. Il se forme parfois, à la circonférence du miroir oculaire, dans le point où celui-ci est comprimé par le chémosis, un sillon qui se perfore à une époque plus ou moins rapprochée du début de la maladie. Lorsque l'ulcération est petite, l'iris prolapsé bouche la perte de substance; si l'affection est arrêtée dans sa marche, la cornée peut reprendre sa transparence, excepté au niveau du point où existe la synéchie antérieure; si la perte de substance est plus grande, il se forme une tumeur iridienne plus ou moins volumineuse; la pupille est déplacée ou effacée. Si, enfin, l'ulcération est plus large encore, le cristallin et les humeurs de l'œil s'échappent entièrement et le globe se vide. D'autres fois, la cornée devient blanche, opaque, se gangrène dans une grande étendue, parce que le chémosis très-dur qui l'enveloppe de toutes parts intercepte la circulation dans cette membrane. Chez d'autres malades, la cornée se ramollit; l'iris, entraîné insensiblement vers cette membrane, dans sa totalité, finit par lui adhérer, d'où la formation d'un *staphylome sphérique général*. Quelquefois l'ulcération, au lieu de s'étendre en profondeur, se propage en surface; la cornée semble alors se fondre; elle s'amincit tellement qu'elle se laisse pousser en avant et semble transparente dans une partie de son étendue; bientôt elle cède, et il se forme un *staphylome*. Dans d'autres cas, la cornée s'infiltré de pus, blanchit, puis se perfore sur plusieurs points, et il se produit un *staphylome rameux*. Il se peut que la phlegmasie se propage plus profondément: il se forme, dans la chambre antérieure, du pus qui se fraye une issue à l'extérieur; alors la pupille reste le plus souvent oblitérée, la cornée infiltrée; ou bien encore toutes les membranes de l'œil se prennent, c'est-à-dire qu'il se développe un phlegmon de l'organe. On a encore signalé comme conséquences de l'ophtalmie gonorrhéique, la formation de leucoma, de synéchies postérieures, de cataractes capsulaires, d'ectropion, d'engorgement chronique du bord des paupières, d'un état granulé de la conjonctive palpébrale.

La marche de l'affection est quelquefois tellement rapide, que la cornée