

était dans le principe, qu'il a recours à la solution de nitrate d'argent (40 grammes pour 30 grammes d'eau), étendue une ou deux fois par jour, avec un pinceau, sur la muqueuse phlogosée.

Hairion a fortement blâmé la cautérisation de la conjonctive faite au début, soit avec le caustique lunaire, soit avec la solution concentrée : elle aggrave le mal. Il recommande de pratiquer une saignée générale, qu'on répète si l'inflammation est très-forte; des sangsues derrière les oreilles. En même temps, il administre des hyposthénisants généraux (tartre stibié, nitrate de potasse, calomel); fait couvrir de sinapismes les membres inférieurs et pratiquer sur le front des onctions d'onguent mercuriel belladoné. Dès que la sécrétion purulente est établie, on fait, tous les quinze à vingt minutes, des injections avec une solution de chlorure d'oxyde de sodium (30 à 60 grammes pour 500 grammes d'eau), afin de nettoyer la cavité oculo-palpébrale et débarrasser la cornée de la matière qui la baigne. Trois ou quatre fois par jour, immédiatement après ces injections, on instille un collyre composé de 30 centigrammes d'azotate d'argent cristallisé et de 30 grammes d'eau distillée. De larges scarifications sur la conjonctive sont utiles. Si le bourrelet muqueux, qui entoure la cornée, étrangle cette membrane, de manière à faire craindre des accidents, on en opère le débridement, par l'excision d'un ou de plusieurs lambeaux, dans une direction perpendiculaire au bourrelet.

ARTICLE V.

Conjonctivite diphthéritique.

La conjonctivite diphthéritique, *diphthérite de la conjonctive, ophthalmie diphthéritique, pseudo-membraneuse*, est une affection caractérisée non par un simple dépôt fibrineux à la surface de la muqueuse oculo-palpébrale, mais par l'infiltration de la fibrine dans l'épaisseur même de cette membrane.

Symptômes. Il existe trois périodes : infiltration fibrineuse, sécrétion du pus, cicatrisation ou rétrécissement de la conjonctive.

Première période. Infiltration fibreuse. Elle débute par une douleur piquante qui se développe subitement, une sensation de chaleur dans les paupières et du larmolement. La conjonctive ne présente pas une très-forte injection; les vaisseaux qui constituent celle-ci sont volumineux, forment un réseau à larges mailles et s'arrêtent le plus souvent à la circonférence de la cornée. La muqueuse est considérablement augmentée d'épaisseur, ce qui donne lieu à une tuméfaction des paupières. Le chémosis est peu prononcé et offre, dès le début, une apparence marbrée ou finement tachetée, due à la formation d'un grand nombre de petites ecchymoses réparties sur toute l'étendue de la conjonctive, mais plus visibles sur le feuillet oculaire que sur le feuillet palpébral de cette membrane. Si on incise celle-ci, il ne s'écoule aucun liquide, parce que le tissu cellulaire subjacent est infiltré, comme la conjonctive elle-même, de fibrine coagulée à l'état gélati-

neux. Il en résulte une roideur des paupières, notamment de la supérieure, qu'il est difficile de renverser; toute tentative de ce genre cause une telle douleur, qu'on est souvent obligé d'anesthésier le patient, pour examiner la muqueuse. Celle-ci ne semble pas gravement atteinte, parce qu'elle apparaît avec un aspect poli, une injection modérée et une coloration jaunâtre qui est due à l'infiltration de l'exsudat fibrineux dans son tissu. L'exsudat ne se laisse pas facilement détacher et présente une apparence lardacée; il comprime les vaisseaux qui se distribuent à la muqueuse dont la circulation est entravée, ce qui en amène la destruction. Chez les enfants, l'exsudation diphthéritique s'étend jusque sur le bord libre des paupières. Les malades accusent dans ces voiles une sensation de chaleur insupportable, que le médecin apprécie par le toucher et par la promptitude avec laquelle s'échauffent les compresses d'eau glacée appliquées sur les paupières. Il s'écoule, de l'intervalle de celles-ci, un liquide gris-sale, dont la quantité augmente rapidement dès le principe du mal; qui contient, bientôt après, de nombreux flocons jaunâtres et est composé principalement de larmes; la coloration grisâtre dépend, en partie, de nombreux fragments d'épithélium, de détritits granuleux, de la matière colorante du sang décomposée et dissoute.

Dans certains cas, l'exsudation fibrineuse ne se fait pas seulement dans le tissu de la muqueuse, mais encore à la surface; ce qui entraîne la destruction de l'épithélium; elle n'a jamais l'aspect floconneux des membranes de fibrine coagulée de la conjonctivite purulente. Tandis que ces dernières s'enlèvent facilement avec une pince, ou par le frottement du doigt, parce qu'elles ne sont que faiblement attachées à la couche épithéliale, les véritables fausses membranes de la diphthérite ne se laissent enlever qu'avec difficulté; elles représentent souvent la moulure du cul-de-sac conjonctival et se déchirent aisément en lambeaux.

Deuxième période. Sécrétion purulente. La roideur des paupières disparaît. La surface de la conjonctive se tuméfie et prend un aspect spongieux; des masses fibrineuses s'en détachent. On aperçoit quelques plaques blanchâtres, comme isolées, au milieu de la conjonctive, qui a sa vascularisation habituelle dans les autres points, où elle est néanmoins dépouillée de son épithélium. Il résulte de là que les rameaux vasculaires sont à nu et qu'il se produit parfois des hémorragies spontanées assez abondantes. Les portions de muqueuse dépouillées d'épithélium se tuméfient de plus en plus. L'infiltration profonde de cette membrane donne toujours la sensation d'une certaine résistance. Il se produit des *nodosités* constituées par de petites élévures réunies en masses plus ou moins volumineuses, et formées de certaines portions de la muqueuse plus ou moins saillantes. Ces nodosités ont un fond commun, constitué par un tissu résistant, bien que la surface soit déjà recouverte de papilles vasculaires. Plus l'affection est ancienne, plus les nodosités se ramollissent, et plus tôt, par conséquent, la muqueuse revêt la même forme que dans la conjonctivite purulente. La conjonctive oculaire subit des changements semblables; le chémosis perd la coloration jaunâtre et la dureté; un réseau vasculaire s'y développe, et

il se forme, autour de la cornée, une tumeur peu consistante. La sécrétion devient en même temps de plus en plus purulente.

Troisième période. Cicatrisation et rétrécissement de la conjonctive. La paupière se rétracte, par formation d'un tissu de cicatrice, en raison directe de la quantité et de la profondeur de l'infiltration fibrineuse primitive. Lorsque celle-ci est faible, la rétraction est peu prononcée et la cicatrice mince. Est-elle abondante, la rétraction est générale, et la conjonctive s'incurve. Chez quelques sujets, on peut tous les jours enlever plusieurs fois, de la surface de la conjonctive, des fausses membranes de 1 millimètre et demi d'épaisseur, représentant la forme de la muqueuse, avec un trou central correspondant à la circonférence de la cornée.

Marche. Terminaisons. La première période est quelquefois très-courte; elle dure généralement de trois à huit jours; si l'infiltration fibrineuse ne se fait que dans les couches superficielles de la conjonctive, la résorption et l'élimination s'en opèrent plus ou moins rapidement. La période de suppuration est d'autant plus longue, que l'infiltration fibrineuse a été plus vite éliminée. On a observé quelquefois, dans le cours de la seconde période, le retour de la première. La troisième est en rapport d'intensité avec le degré de l'infiltration fibrineuse.

Le plus grand danger immédiat est la lésion de la cornée, qui se prend toutes les fois que l'infiltration fibrineuse est bien prononcée. Le miroir de l'œil, resté d'abord transparent, ou devenu même d'un éclat plus vif, se trouble; il s'y forme une légère opacité exsudative, qui laisse voir l'iris comme à travers un voile. Au bout de douze à vingt-quatre heures, la partie opaque est dépouillée d'épithélium; bleue-grisâtre dans le principe, elle prend une teinte plus foncée, d'un jaune sale, dès que la cornée a subi une perte de substance. Dans certains cas, la cornée ulcérée conserve sa transparence. Si l'exsudation diphthéritique persiste, l'ulcère s'étend en surface et en profondeur; examiné à la loupe, il semble couvert d'une foule de petits points jaunes formant, par leur ensemble, une masse d'aspect chagriné. L'exsudation fibrineuse peut être assez prononcée pour étrangler les vaisseaux qui vont à la cornée; celle-ci se mortifie alors avec plus ou moins de rapidité. On a vu parfois survenir la gangrène au bout de douze à vingt-quatre heures. Lorsque, pendant le cours de la première période, la cornée se perfore, la portion d'iris qui vient faire hernie se recouvre très-rapidement d'une couche d'exsudation fibrineuse, et les bords s'agglutinent avec les lèvres de la perte de substance du miroir.

La diphthérie conjonctivale une fois bien prononcée, l'œil est détruit; cet organe peut subir la fonte purulente avant la terminaison de l'élimination de l'exsudation fibrineuse. La mortification de la conjonctive, à la troisième période, entraîne un rétrécissement prononcé du cul-de-sac conjonctival; les cicatrices subséquentes deviennent une source permanente d'irritation pour l'œil.

Diagnostic. C'est surtout avec la conjonctivite purulente que l'ophtalmie diphthéritique peut être confondue, surtout, dans les cas où la première est accompagnée d'une sécrétion fibrino-muqueuse qui forme des

membranes sur la conjonctive. Pour apprécier les caractères de la muqueuse, il suffit d'enlever les fausses membranes. S'il existe une conjonctivite purulente, la muqueuse est boursouflée, très-vascularisée, et saigne facilement; la couche épithéliale est assez bien conservée. Si c'est une diphthérie, la conjonctive est pâle, blafarde, fortement épaissie par l'infiltration fibrineuse, et la couche épithéliale manque.

Etiologie. L'ophtalmie diphthéritique se développe chez des sujets déjà malades plutôt que sur des sujets sains. On voit souvent survenir, dans le cours de cette maladie, des affections internes, telles que le croup, la pneumonie, l'hydrocéphalie; des phlegmasies diphthéritiques de la peau, aux ouvertures du nez, aux angles de la bouche, sur des parties du corps où l'on avait appliqué antérieurement des vésicatoires. Elle s'accompagne le plus souvent de fièvre très-forte, d'anorexie, de chaleur brûlante de la peau, d'insomnie et d'agitation; elle attaque presque toujours les deux yeux simultanément. Tous ces phénomènes dénotent qu'il s'agit d'une maladie générale; que la diphthérie de la conjonctive n'est que la manifestation d'une diathèse inconnue dans sa nature. D'après les observations de von Græfe, sur quarante malades atteints de diphthérie de la conjonctive, trois sont morts d'angine couenneuse. Cette maladie est plus fréquente chez des enfants de deux à huit ans, âge le plus exposé aux affections diphthéritiques. Les nouveau-nés n'ont aucune disposition particulière pour la contracter. Elle semble liée souvent à l'éruption dentaire. La syphilis congénitale exerce une influence incontestable sur son développement.

La maladie sévit souvent d'une manière épidémique. Il se passe plusieurs mois sans qu'on en rencontre un seul cas; puis, à un moment donné, on en voit un très-grand nombre. C'est surtout au printemps et en automne qu'éclatent les épidémies. Alors l'inoculation du pus d'une conjonctivite purulente produit presque toujours une conjonctivite diphthéritique; la première peut se transformer elle-même en la seconde, et de simples lésions traumatiques de la muqueuse oculaire suffisent pour faire naître cette redoutable affection; d'où le précepte de ne pas entreprendre d'opérations sur les yeux pendant une épidémie de diphthérie.

La diphthérie conjonctivale est *contagieuse*, depuis le début jusqu'à la disparition de toute sécrétion morbide; et surtout à l'époque où celle-ci est un liquide gris-jaunâtre. Le transport de la matière sécrétée sur un œil inocule le plus souvent la maladie; quelquefois elle agit comme irritant local et provoque une inflammation simple. Rappelons encore que dans certaines épidémies de diphthérie conjonctivale, cette affection peut se développer à la suite de l'inoculation de la matière provenant d'une simple blennorrhée oculaire. Les premières douleurs et le gonflement morbide se manifestent ordinairement huit à douze heures après l'inoculation.

Le climat paraît exercer une certaine influence. Warlomont et Testelin n'ont jamais observé la diphthérie conjonctivale en Belgique.

Pronostic. Il est toujours grave; chez les adultes, plus que chez les en-

fants ; au début plus qu'à la fin d'une épidémie ; très-grave, en cas d'inoculation de la sécrétion d'une conjonctivite diphthéritique ou purulente, ou d'une gonorrhée. Lorsque l'exsudation fibrineuse est abondante, la cornée est en péril. La maladie est très-dangereuse, lorsque les paupières sont très-roides et dures ; que la conjonctive est lisse, pâle et fortement gonflée ; qu'il existe un chémosis gélatineux, d'un gris jaunâtre. On peut considérer l'œil comme très-compromis, quand la cornée se prend dans les premières vingt-quatre heures.

Traitement. La thérapeutique est pauvre contre la diphthérite conjonctivale, parce qu'on n'a pas trouvé jusqu'ici une médication de nature à enlever l'exsudat fibrineux qui se fait dans la conjonctive ; qu'il est impossible de remédier à la destruction plus ou moins étendue de cette membrane, à la suite de l'infiltration et de la suppuration. La cautérisation est nuisible dans la conjonctivite diphthéritique, parce qu'elle augmente la stase du sang dans les vaisseaux de la muqueuse et qu'elle favorise l'étranglement de ceux qui sont destinés à la nutrition de la cornée. Von Graefe et L. Wecker la réservent pour la seconde période, lorsque la conjonctive fournit une sécrétion abondante de pus. L. Wecker pense néanmoins qu'elle peut être faite dans la première période, lorsque la conjonctive commence à se vasculariser, qu'il survient une transsudation séreuse dans la masse exsudée, qu'il existe une couche de liquide sur la conjonctive. Pour accélérer une vascularisation qui marche trop lentement, il préfère l'application, sur les paupières, de compresses imbibées d'eau à 40-45 degrés centigrades.

Les *émissions sanguines* sont préconisées par de Graefe. Les *scarifications* et les *incisions* de la conjonctive n'ont aucune utilité, suivant lui, dans le plus haut degré de l'exsudation diphthéritique, parce qu'elles ne produisent aucun écoulement sanguin. On peut les employer lorsque la conjonctive commence à se vasculariser et qu'il s'opère une transsudation séreuse de son tissu. On applique dix à douze sangsues à la racine du nez, vers l'angle interne de l'œil ; on entretient l'écoulement sanguin aussi longtemps qu'on redoute l'infiltration diphthéritique et que les forces du malade le permettent. Si l'écoulement sanguin diminue, on revient à de nouvelles sangsues, de manière à obtenir une déplétion continue. Chez quelques malades, de Graefe a fait poser jusqu'à cent soixante sangsues, dans l'espace de sept jours. Chez les enfants, on n'emploie qu'un très-petit nombre d'annélides, et chez ceux qui sont faibles, on s'en abstient complètement. La saignée générale doit être rejetée.

L'application, sur les paupières, de compresses imbibées d'eau glacée est un des remèdes les plus puissants. Les sujets en éprouvent un soulagement marqué. Dès que la maladie approche de la seconde période ; que la conjonctive commence à se vasculariser, on renouvelle moins souvent les topiques glacés. Dans la deuxième période, on ne les emploie plus qu'après avoir cautérisé ; on n'en prolonge la durée que si l'état purulent est trop intense. Dans tous les cas, lorsqu'il existe des ulcères de la cornée, avec tendance à la mortification de cette membrane, il faut surveiller attentivement l'action du froid.

Le mercure, administré à petites doses, les onctions *hydrargyriques belladonnées* sur le front rendent de grands services. Dès que la salivation s'établit, la conjonctive se vascularise. Ce traitement doit marcher de front avec l'application de compresses glacées sur les paupières. On cesse le mercure dès que la conjonctive commence à se vasculariser.

Le malade est tenu au lit, à une diète modérée ; on applique un bandeau compressif sur l'œil sain, pour le garantir du contact des matières sécrétées par la conjonctive malade. Il est important de pratiquer le nettoyage de l'œil affecté, en faisant fréquemment des instillations d'eau tiède et de lait, ou avec une faible solution soit de tannin, soit de borate de soude. Pour diminuer le gonflement des paupières, on a préconisé l'application, sur la peau de ces voiles, de nitrate d'argent pur, de teinture d'iode ou de sous-acétate de plomb liquide.

Lorsque la conjonctivite diphthéritique n'a pas été arrêtée dans sa marche ; que la muqueuse a subi des pertes de substance, auxquelles succèdent des cicatrices profondes et étendues, la conjonctive demeure sèche, et il en résulte une véritable xérophthalmie, à laquelle on remédie en conseillant de laver les yeux, plusieurs fois par jour, avec du lait.

ARTICLE VI.

Conjonctivites exanthématiques.

On désigne sous ce nom de simples hyperhémies, et parfois de véritables phlegmasies de la conjonctive, qui se manifestent chez les sujets atteints d'*exanthèmes fébriles*, rougeole, scarlatine et variole. Il ne faut pas croire que la conjonctive accuse constamment un état morbide, dans ces affections. J'ai examiné souvent les yeux d'enfants atteints de rougeole ou de scarlatine, sans trouver le moindre indice d'un travail congestionnel du côté de l'œil. Dans d'autres cas, la cornée participe à la phlegmasie, et il peut en résulter de graves désordres. La dénomination d'*ophthalmies exanthématiques* conviendrait donc mieux. Il importe aussi de ne pas perdre de vue que les exanthèmes fébriles donnent lieu à des inflammations oculaires, non-seulement pendant la durée de leur apparition, mais encore pendant la convalescence du mal, et quelquefois même un peu plus tard.

Les indications à remplir, dans ces cas, sont subordonnées à la nature de la membrane, du tissu de l'œil, qui sont affectés. Le traitement rentre dans celui de l'hyperhémie de la conjonctive, de la conjonctivite simple, de la conjonctivite purulente ou de la kératite.