

Concluons donc de tout cela que les ophthalmies purulente et catarrhale ne sont pas une seule et même maladie dont le degré est différent, et que les caractères les plus tranchés les distinguent parfaitement l'une de l'autre. Rappelons cependant qu'il est impossible de les différencier au moment de leur début, et qu'elles ont souvent une terminaison commune, le développement des granulations sur les conjonctives.

A. — Conjonctivite purulente des nouveaux-nés.

Cette variété de l'ophthalmie purulente frappe ordinairement les enfants quelques jours après la naissance; quelquefois cependant, je l'ai vue se développer après plusieurs semaines et même plusieurs mois. Peut-on la nommer alors, comme le font quelques auteurs, *ophthalmie purulente des nouveaux-nés*? Je ne le pense pas, bien que les caractères en soient absolument les mêmes. Le plus souvent elle se montre isolément, et quelquefois, au contraire, on l'observe sur un assez grand nombre d'enfants à la fois, quoiqu'il n'y ait entre eux aucune espèce de rapport. En d'autres termes, cette ophthalmie apparaît simultanément sur de nombreux sujets à certaines époques indéterminées de l'année, tandis qu'à certaines autres on n'en voit pas un seul cas.

ÉTIOLOGIE. — Les causes de l'ophthalmie purulente sont complètement inconnues.

On les a rattachées à trois points principaux : l'*inoculation*, une *constitution atmosphérique* particulière, des *causes locales*.

Cela s'applique à toutes les ophthalmies purulentes en général.

En ce qui touche l'ophthalmie des nouveaux-nés, Scarpa pense que l'enfant contracte l'ophthalmie purulente lors du passage de sa tête à travers le vagin infecté de gonorrhée ou de leucorrhée : Dupuytren, M. Ricord, MM. Mackenzie et Kennedy, sont aussi de cet avis, que, malgré les nombreuses probabilités qui militent en faveur de cette origine, ne paraît point partager M. Velpeau, et cela, selon ce professeur, parce que les enfants naissent les yeux fermés.

Il est certain, quoi qu'il en soit, que des femmes atteintes de gonorrhée mettent au monde des enfants parfaitement sains du côté des yeux, tandis que d'autres, qui n'ont aucune espèce d'écoulement, ont des enfants atteints d'ophthalmies purulentes.

Cette cause particulière ne pourrait pas s'appliquer, au reste, à toutes les ophthalmies des nouveaux-nés. Comment admettre, en effet, que l'ophthalmie pourrait se développer après quelques semaines, et même après quelques mois d'incubation?

Le second ordre de causes est admis par les auteurs les plus recommandables.

Lawrence, Mackenzie, Kennedy, regardent cette maladie comme le résultat assez fréquent d'un état particulier de l'atmosphère.

Il est certain, d'après mon expérience personnelle, qu'il faut admettre d'autres origines que la contagion ou les causes directes. Il se passe assez souvent un temps considérable, plusieurs mois, sans que j'en voie un seul cas, et cela à Paris, parmi des milliers de malades; puis tout à coup j'en vois un grand nombre à mon dispensaire ou dans la ville, ce qui fait que je ne puis guère douter que cette affection ne règne épidémiquement et sous l'influence de causes absolument inconnues. Ce serait donc une erreur, ainsi que le fait observer M. Rognetta, d'attribuer la maladie à quelques conditions de localités malsaines, parce qu'elle ne se développe pas toujours lorsque ces conditions existent seules.

Il y a donc ici quelque chose d'inconnu.

Les causes locales admises par les auteurs sont nombreuses; l'exposition des enfants à la lumière, à la chaleur, à un courant d'air froid, l'usage de les baptiser avec de l'eau froide, etc., ont été souvent notés comme causes principales de la maladie. Quel est le rapport entre la cause et l'effet? Pourquoi l'ophthalmie purulente plutôt que l'ophthalmie catarrhale simple?

M. Mackenzie penche à croire qu'elle est souvent de nature traumatique, et est produite par le contact, sur les yeux, du savon qui sert à laver l'enfant, ou de l'eau-de-vie avec laquelle on est d'usage en Angleterre de frotter la tête des nouveaux-nés (Ireland). On conçoit que si ces causes peuvent agir sur l'œil, cela n'explique aucunement pourquoi c'est l'ophthalmie purulente, et non une inflammation d'une autre nature qui se développe.

Quoi qu'il en soit, cette maladie, de même que les autres ophthalmies purulentes, est essentiellement *contagieuse*; il n'y a sur cette question qu'un seul avis. Dans un cas, j'ai vu un enfant communiquer à sa mère l'ophthalmie purulente après dix jours de durée. La malheureuse femme avait contracté l'ophthalmie en faisant une injection entre les paupières de l'enfant, et elle y perdit

un œil. Une autre fois, ce fut une nourrice qui perdit les deux yeux après avoir contracté l'ophthalmie d'un enfant qu'elle allaitait, etc., etc. Les faits semblables sont excessivement nombreux; on en trouve des exemples rapportés par les praticiens les plus recommandables.

SYMPTÔMES ANATOMIQUES. — La *première période* de la maladie se fait reconnaître aux caractères suivants : le plus ordinairement, vers le troisième jour après la naissance, on aperçoit adhérentes aux cils quelques petites croûtes légères de matière muqueuse desséchée.

La surface de la paupière supérieure, gonflée à peine, offre quelquefois une petite rougeur sous la forme d'une ligne transversale étendue d'un angle à l'autre, et qui, au début au moins, est interrompue dans son milieu. Billard et Baron, qui a fait le premier cette observation, diagnostiquent la conjonctivite purulente sur le simple aspect de cette ligne rouge transversale. J'ai eu l'occasion de vérifier bien des fois cette remarque, et toujours je l'ai trouvée juste. Il est à noter pourtant qu'on voit aussi cette ligne rouge sur des adultes de constitution lymphatique, dont les chairs sont pâles et blanches, et en particulier sur les femmes dans d'autres inflammations des yeux.

Bientôt le bord libre de la paupière, surtout du côté interne, commence à rougir et à présenter un gonflement qui va toujours croissant. La face interne des paupières, rouge et couverte de villosités, offre le plus ordinairement l'injection que nous avons signalée dans la description de l'ophthalmie catarrhale. Si à ce moment on écarte les paupières, une goutte d'un fluide blanchâtre, d'abord visqueux, muqueux, assez épais, mêlé aux larmes, qui restent claires, s'écoule au dehors. A-t-on affaire à l'ophthalmie purulente? Rien ne le prouve, car rien, en effet, ne peut faire diagnostiquer jusque-là cette terrible maladie.

Mais si, en entr'ouvrant les paupières encore peu gonflées, on aperçoit une ou deux gouttes d'un *liquide jaune citrin* très clair dans le grand angle de l'œil, on ne peut plus conserver le moindre doute. C'est ce même liquide que l'on retrouve au début de la blennorrhagie uréthrale et à la surface des plaies au moment où la suppuration va s'établir. Dès ce moment, plus de doute, on est en présence de la plus dangereuse des maladies des yeux! Que l'on ne s'imagine pas surtout observer ce liquide pendant un ou

plusieurs jours, car il n'apparaît que pendant quelques heures tout au plus et fait bientôt place à la sécrétion purulente ordinaire. Malheureusement on n'est pas toujours en mesure de constater ce caractère, absolument pathognomonique, et il faut alors étudier la sécrétion dans son développement en même temps que les autres caractères de la maladie.

A la *deuxième période* de la maladie, le gonflement des paupières est de plus en plus considérable; la supérieure, plus particulièrement, devient rouge, tendue, luisante, ne peut plus se mouvoir; aussi l'enfant, ce qui arrive très souvent dès le début, tient-il ses yeux fermés. Le bord libre de la paupière supérieure, chassé en bas par le gonflement, ne tarde pas à passer pardessus la paupière inférieure et à cacher complètement les cils de celle-ci.

La muqueuse présente une injection de plus en plus vive; les vaisseaux qui, dans la première période, s'étendaient sur la face palpébrale, s'avancent jusqu'auprès de la cornée. Toute la portion bulbaire de la conjonctive est gonflée; il semble qu'elle ait pris une consistance moindre, qu'elle se soit ramollie. A ce degré, le tissu cellulaire sous-conjonctival s'infiltré le plus souvent, et de là résulte un chémosis séreux et un œdème des paupières et des parties voisines.

Dans quelques cas, d'ailleurs assez rares à Paris, comparativement, la conjonctive palpébrale se couvre de véritables fausses membranes que l'on doit enlever avec des pinces; c'est la forme *diphthérique* de l'ophthalmie des nouveaux-nés. Je l'ai observée deux ou trois fois à l'état épidémique.

La sécrétion, qui a d'abord été muqueuse, peu abondante, et s'est présentée sous la forme de filaments jaunâtres charriés par des larmes claires, comme dans l'ophthalmie catarrhale, puis qui s'est transformée pour quelques heures seulement en un liquide jaune citrin transparent, devient presque séreuse, prend une teinte blanchâtre, trouble, après avoir été quelque temps incolore, et ruisselle sur la joue, surtout lorsqu'on écarte les paupières. Dans quelques cas, si la maladie est déjà un peu plus avancée ou que les parents de l'enfant aient négligé de débarrasser, au moyen de lotions d'eau tiède, les cils unis entre eux, l'écoulement est en telle quantité à la surface de l'œil et des paupières, que la cornée ne peut être aperçue, à moins que l'on ne fasse une injection d'eau tiède. On reconnaît le plus souvent alors que cette membrane est

encore parfaitement transparente; mais elle ne tardera pas à éprouver des lésions sur lesquelles nous reviendrons.

Le médecin possède, dès ce moment, deux caractères de l'ophtalmie purulente : le liquide jaune citrin dont il vient d'être parlé, l'écoulement abondant de matière trouble, blanchâtre, sortant à flots des paupières et se reproduisant rapidement, ce que l'on ne rencontre jamais dans l'ophtalmie catarrhale.

Au moment où le gonflement est aussi considérable et la sécrétion aussi abondante, l'examen de l'œil est difficile, et pourtant il est indispensable de s'assurer de l'état des parties; l'étranglement de l'ouverture palpébrale, le gonflement énorme des paupières, l'infiltration de la conjonctive, la contraction énergique de l'orbiculaire, augmentent la difficulté de cet examen, pendant lequel, en voulant écarter les paupières avec les doigts, on les renverse, si le renversement n'existe déjà. Il est souvent nécessaire, après qu'on a examiné l'œil, de réduire l'ectropion que l'on vient ainsi de produire lorsqu'il n'existait pas avant les recherches que l'on a dû faire. Pour éviter cet inconvénient en même temps que des tentatives infructueuses qui excitent les enfants et les font toujours pleurer, je me sers de petits éleveurs pleins, larges tout au plus de un centimètre, et si, appelé en ville, je ne les ai pas dans ma trousse, je les remplace par un fil de fer recuit auquel je donne facilement la forme convenable en le pliant au moyen des doigts.

A ce degré de la maladie, la paupière supérieure, quelquefois la paupière inférieure, se renversent tout à coup par suite de l'épaississement énorme de la conjonctive oculo-palpébrale; de là l'*ectropion aigu*, qui peut être passager, mais qui d'ordinaire persiste assez longtemps, et finit par nécessiter l'application d'un bandage compressif pendant une ou plusieurs semaines.

C'est alors qu'on voit sur la conjonctive palpébrale des *granulations* se développer en très grand nombre et prendre souvent un accroissement considérable. Ce fait, commun d'ailleurs à toutes les autres ophtalmies purulentes, compliquées ou non d'ectropion, n'est point admis par M. Velpeau, qui dit positivement (1) « que ce genre de blépharite est ordinairement dépourvu de granulations. » Nous en étudierons ailleurs la nature : disons tout de suite, cependant, qu'elles ne persistent pas d'ordinaire chez le nouveau-né au delà de quelques semaines, surtout quand l'in-

(1) Dictionnaire de médecine, t. XXII, p. 413.

flammation a marché franchement. (Voyez *Granulations*, p. 122.)

Lorsque survient l'ectropion aigu, il n'est pas rare de voir les tissus herniés, étranglés en quelque sorte par la contraction de l'orbiculaire, comme cela s'observe dans le renversement du rectum; j'ai vu un très grand nombre d'enfants dans cet état. Le renversement s'était fait spontanément, mais d'ordinaire il était survenu pendant qu'on cherchait à instiller des collyres dans les yeux.

Le plus souvent, lorsque la muqueuse est ainsi renversée, la matière de l'écoulement devient sanieuse et se mélange de sang.

La *troisième période* se caractérise par l'aggravation de tous les symptômes que nous venons de décrire.

Le gonflement des paupières est porté à son plus haut degré; aussi devient-il presque impossible d'examiner le globe si l'on ne se sert point d'éleveurs. Très souvent alors un bourrelet chémosique environne la cornée, qui semble profondément cachée dans l'orbite; mais ce bourrelet, presque transparent, mou, comme gélatineux quand il se montre dans la première période, est au contraire opaque dans la troisième et fort consistant.

L'injection que nous avons laissée fort vive au second degré diminue tout à coup et disparaît même complètement. Les scarifications, dans le deuxième degré, produisaient beaucoup de sang; ici on peut non pas scarifier, mais inciser profondément sans en obtenir une seule goutte.

Évidemment il y a un étranglement véritable dans tous les tissus de la surface du globe, et particulièrement dans la conjonctive, et même dans la cornée, où il ne devient apparent que beaucoup trop tard.

L'étranglement de la muqueuse se reconnaît à d'autres caractères qu'à la pâleur de sa surface. Si on la cautérise avec la pierre infernale, au lieu de produire une escarre superficielle qui sera bientôt éliminée et sous laquelle on trouvera des tissus très vifs et très vasculaires, le caustique produira une escarre des plus profondes qui demeurera longtemps attachée à la conjonctive, et sous laquelle on trouvera une surface pâle, jaunâtre, et à peu près entièrement dépourvue de vaisseaux.

La sécrétion diminue de quantité, mais elle augmente en consistance; l'écoulement est purulent, d'un jaune foncé ou verdâtre,

et est assez irritant pour excorier la peau de la joue des petits malades.

Le mal disparaîtra-t-il sans laisser de traces ?

Au contraire, s'étendra-t-il de la conjonctive à la cornée ?

Ce sont là des questions fort embarrassantes pour le praticien.

État de la cornée. — Souvent pendant les sept ou huit premiers jours, mais beaucoup plus souvent pendant les deux premiers seulement, la cornée demeure transparente; mais bientôt elle se trouble, se ramollit, se recouvre d'abcès suivis bientôt d'ulcérations perforantes, ou tombe mortifiée par étranglement. On voit dans le premier cas un nuage léger répandu uniformément à la surface de la membrane, et qui s'épaissit le plus souvent avec une grande rapidité; de là une opacité presque générale due à l'infiltration purulente interlamellaire. Dans quelques cas ce ramollissement est partiel. Après quelque temps le pus se fait jour au dehors, et de là un ulcère le plus souvent très large. Il est des cas dans lesquels la cornée semble détruite couche par couche d'avant en arrière; alors ne conservant plus la même largeur dans tous ses diamètres, elle tend à devenir conique et se perforé rapidement.

D'autres fois, et c'est surtout lorsqu'il y a ou qu'il y a eu une compression chémosique, on voit à un millimètre ou deux de la circonférence de la cornée un petit épanchement annulaire plus ou moins complet qui circonscrit le centre encore transparent de la membrane, et qui est presque toujours, dans cette ophthalmie, le signe d'une terminaison fatale. Cet épanchement circulaire, placé très près du pourtour de la cornée, représente un anneau opaque d'un diamètre un peu plus petit que celui de la cornée; cette membrane demeure quelque temps transparente en dedans et en dehors de ce cercle blanc jaunâtre, mais ne tarde pas à se troubler dans toute son étendue. Il est très probable que cet épanchement auquel succède très souvent, lorsqu'il se fait jour au dehors et qu'il est incomplet, l'ulcère qu'on a nommé en *coup d'ongle*, mortifie la cornée en en détruisant la nutrition.

A partir du moment où l'anneau opaque est complet, le trouble de la cornée devient général, avons-nous dit; cette membrane prend une teinte jaunâtre très marquée, à peu près uniforme, et qui s'étend sur toute la surface comprise dans le cercle opaque dont nous avons parlé. L'infiltration interlamellaire fait des progrès rapides, et

bientôt les accidents les plus graves surviennent. La cornée, ramollie dans toute son étendue, présente alors cette saillie conique dont j'ai parlé, et sur laquelle il n'est pas rare de voir des ulcérations plus ou moins profondes qui laissent écouler le pus contenu dans les lamelles. Bientôt une perforation succède à ces ulcères, l'humeur aqueuse s'échappe avec le cristallin, et l'iris vient faire hernie; dans d'autres cas, toute la partie cornéenne qui est comprise dans le cercle opaque, détachée par l'infiltration annulaire, tombe d'un seul coup ou se déchire (le plus ordinairement au moment où l'on cherche à écarter les paupières pour examiner l'œil), en produisant un bruit particulier que quelques auteurs ont signalé. On peut souvent prévoir de loin cette terminaison si grave lorsqu'on a constaté la présence de la tache circulaire complète.

Dans quelques cas, lorsque la perforation n'avait pas lieu rapidement, j'ai vu l'anneau diminuer peu à peu de diamètre et circonscire au centre de la cornée une tache opaque masquant une fistule de cette membrane et des adhérences avec toute la pupille. C'est ainsi que se forme la cataracte nommée pyramidale.

Je me hâte d'ajouter cependant qu'il est des cas dans lesquels cette tache annulaire n'est point suivie d'accidents aussi sérieux; c'est surtout lorsque l'ophthalmie a été enrayée dans sa marche par un traitement convenable et que les lames profondes de la cornée n'ont pas été atteintes par l'ulcération annulaire.

Alors la cornée n'est pas mortifiée dans toute son étendue; l'ulcère se guérit peu à peu et la membrane reprend avec assez de rapidité toute sa transparence. Si pendant qu'elle est opaque on craint que l'ulcération ne soit profonde (ce qui conduirait à employer immédiatement la compression), on peut s'assurer par le toucher au moyen du petit doigt introduit entre les paupières, écartées convenablement, de la somme de résistance qu'offrent les lames kératiques et savoir ainsi où en est arrivé le ramollissement.

D'autres fois l'ulcération annulaire n'occupe qu'une partie de la circonférence de la cornée et ne menace la membrane transparente qu'en cet endroit; dans ces conditions, elle se comporte de deux manières: tantôt, de même que l'ulcération formant un anneau complet, elle n'atteint que les lames superficielles; tantôt, au contraire, elle devient immédiatement perforante dans un point seulement, et l'iris fait aussitôt hernie dans l'endroit correspondant. Dès le moment où, par suite de cet accident, la chambre anté-

rieure est ouverte, tous les symptômes graves tombent, l'étranglement qui menaçait de devenir général, disparaît tout à coup; la conjonctive, de pâle qu'elle était, devient rouge et bientôt se vascularise, le bourrelet péricornéen s'affaisse, et l'on n'a plus affaire qu'à une hernie partielle de l'iris sans autre complication.

La cornée prend encore un aspect particulier lorsque l'on s'est servi du crayon de nitrate d'argent pour arrêter les progrès de l'ophthalmie purulente; nous en parlerons plus loin quand nous nous occuperons du traitement. Bornons-nous à dire ici que le sel se combine, on ne sait trop comment, avec les exsudats plastiques, et forme sur la cornée des taches blanc jaunâtre immédiatement reconnaissables, et qui seront éliminées en partie, en partie absorbées dans la suite.

SYMPTÔMES PHYSIOLOGIQUES. — La douleur, dans la première période de la maladie, est à peu près nulle; les petits enfants paraissent étrangers au mal qui les a frappés; ils craignent peu la lumière et ne paraissent point en souffrir, du moins jusqu'au moment où les ulcérations cornéennes sont survenues. Le gonflement des paupières empêche au reste de reconnaître avec exactitude si la photophobie est très grande. Si les enfants poussent des cris aigus lorsqu'on les examine au jour, cela peut tenir tout autant à la pression qu'on exerce sur les paupières pour les écarter qu'à la difficulté de supporter la lumière.

Quelquefois l'ophthalmie ne se borne pas à des symptômes locaux, on observe à sa suite de la fièvre, du dévoiement, des vomissements; quelquefois même j'ai vu, comme Boyer, des tremblements convulsifs; mais cela n'arrive généralement qu'après la perforation de la cornée et quand l'iris fait hernie. On voit aussi quelquefois ces tremblements convulsifs sur des enfants très nerveux qui n'offrent pas ces accidents. On a observé, pendant le cours de l'ophthalmie des nouveaux-nés, la méningite ou les symptômes généraux qui accompagnent les plus violentes inflammations. Sanson a vu dans les hôpitaux ces symptômes s'élever si haut que le marasme et la mort en ont été la suite. J'ai observé, en 1838 et 1839, bien des enfants soignés à l'hôpital par M. Paul Dubois, et cependant je n'en ai vu périr aucun dans des circonstances semblables. Depuis quinze ans, dans ma clientèle, qui me permet d'observer souvent l'ophthalmie purulente chez les nouveaux-nés, je n'ai vu cela que rarement.

MARCHE. — Elle présente les différences les plus tranchées, suivant que le mal prend une forme aiguë ou chronique. Dans la forme aiguë, si la cornée n'a pas souffert, la durée varie entre deux et six semaines; le temps ne peut être indiqué au contraire dans la forme chronique, surtout s'il est arrivé quelque complication du côté de la membrane transparente.

Dans la forme aiguë, tous les symptômes graves que nous avons décrits plus haut peuvent se montrer dans un délai très court, cinq ou six jours par exemple, et il y a même des cas dans lesquels la cornée peut être détruite tout à coup en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

J'ai vu assez souvent ce mal marcher de la façon la plus insidieuse; dans ces cas, tous les symptômes se bornent d'abord aux signes ordinaires d'une conjonctivite catarrhale des plus bénignes; un collyre astringent léger est prescrit, et les choses vont fort bien pendant quelques jours. Déjà on croit le petit malade guéri, et, soit que la maladie n'ait pas été combattue par des moyens assez énergiques, soit que les personnes chargées de soigner l'enfant n'aient pas suivi les conseils donnés, le mal s'élève tout à coup au plus haut degré et compromet les yeux.

Il faut en conclure que tout écoulement catarrhal des conjonctives chez le nouveau-né doit être sévèrement surveillé et combattu dès qu'il se montre, même à l'aide de moyens en apparence trop forts pour le degré d'inflammation constaté. Une ou deux cautérisations avec le sulfate de cuivre, aidées d'instillations d'un collyre astringent suffiront (eau distillée, 10 grammes; azotate d'argent, 5 centigrammes).

Dans d'autres cas, l'ophthalmie purulente s'arrête après avoir parcouru ses diverses phases sans détruire la cornée, demeure stationnaire pendant quelque temps, passe évidemment à l'état chronique, puis se relève tout à coup et prend une marche des plus rapides et des plus dangereuses. En voici un exemple: Je donnais des soins à un nouveau-né auprès duquel m'avait appelé mon excellent ami M. Vigla, médecin des hôpitaux. Cet enfant était chétif, pâle, et issu de parents lymphatiques et faibles. La purulence était déclarée, il y avait un chémosis et la compression de la cornée paraissait imminente. Nous augurons mal du résultat; cependant tous les symptômes graves diminuèrent peu à peu, et la maladie en arriva en une semaine aux apparences d'une

conjonctivite catarrhale ordinaire. M. Vigla continua de faire instiller des collyres astringents dans les yeux, et il se passa ainsi douze à quinze jours. Mais à ce moment l'ophtalmie purulente éclata de nouveau à l'état suraigu, et les deux cornées disparurent entièrement. Plus tard, vers le deuxième mois, la mère entreprit un voyage sur mer pour aller rejoindre son mari, qui, je crois, était médecin; mais l'enfant mourut dans la traversée.

J'ai observé souvent des cas semblables pour la marche de la maladie aussi bien chez les enfants que chez les adultes, et cela m'a appris à craindre l'ophtalmie purulente jusqu'au moment où tout écoulement a disparu des paupières. C'est, en effet, le seul symptôme sérieux sur lequel, dans les premiers temps du moins et quand il n'y a pas de granulations, on puisse s'appuyer pour se tenir en observation. En effet, si à l'écoulement muqueux sous forme de filaments charriés par des larmes, ou à l'écoulement séreux trouble et peu abondant, suivant le degré où était retombée l'ophtalmie purulente, on voit succéder le retour du liquide citrin clair, et aussitôt après le liquide séreux trouble et abondant déjà décrit, on ne peut avoir aucun doute. Quelques auteurs disent que dans la blennorrhée chronique le corps papillaire développé n'est pas seulement hyperémié, mais qu'il est épaissi (et cela en vue de distinguer le trachome pour ainsi dire à son début), que la conjonctive palpébrale est rouge foncé, que le cul-de-sac est tuméfié, etc., etc.; mais tout cela est sans valeur, parce que les mêmes caractères se retrouvent dans la conjonctivite catarrhale la plus bénigne. On est donc suffisamment averti par l'écoulement qui s'échappe des paupières, par les symptômes que le malade a déjà offerts, et surtout par la connaissance que l'on a de la marche insidieuse de la maladie. Nous étudierons, d'ailleurs, cette question plus longuement en nous occupant des granulations (voyez p. 122), nous bornant à dire ici que, dès qu'elles existent, l'état aigu est toujours à craindre.

Un autre point de la marche de la maladie qui nous occupe mérite d'être indiqué; c'est la propagation du mal d'un œil à l'autre et à une certaine distance du début.

J'ai vu l'ophtalmie purulente, celle des nouveaux-nés comme celle des adultes, se localiser dans un œil et ne pas atteindre l'autre; mais le plus souvent je l'ai vue débiter dans le second

œil, tantôt dès le deuxième jour, tantôt, au contraire, après le vingtième, plus souvent entre le premier et le huitième.

Un fait à remarquer dans ces cas, c'est que l'œil atteint le premier peut se guérir parfaitement, tandis que celui qui a été malade le dernier peut être complètement détruit. Cela n'est pas la règle évidemment, mais c'est un fait fréquent qui mérite bien d'être noté, parce qu'il indique que le virus n'a rien perdu de son intensité pendant son séjour sur l'œil qui, le premier frappé, a néanmoins résisté. Ne sait-on pas, d'ailleurs, que des individus granulés, dont les cornées sont saines, peuvent infecter d'ophtalmie purulente des personnes qui n'avaient jamais été jusque-là frappées de maux d'yeux, et que le mal est alors aussi dangereux que si elles eussent été inoculées par le pus de l'ophtalmie purulente la plus aiguë?

PRONOSTIC. -- Il est nécessairement grave dans l'ophtalmie purulente et doit être au moins très réservé jusqu'au moment de la disparition complète du danger. Le gonflement, la rougeur, la couleur et la consistance de la sécrétion, l'apparition des granulations, la résistance générale de la cornée ou sa destruction partielle, les taches de cette membrane faites ou non avec le nitrate d'argent, tout cela sert à fixer l'esprit du praticien.

Le gonflement n'est pas toujours, il s'en faut de beaucoup, en proportion du danger. Lorsqu'il apparaît au début et devient considérable, que la paupière supérieure est tendue et luisante, la cornée n'est que bien rarement attaquée, et cette observation est si fréquente que les infirmières chargées du service des enfants à la rue de Sèvres, sont les premières à faire la remarque que ceux qui « ont les gros yeux » dans l'ophtalmie purulente (c'est leur expression), guériront très probablement.

Le gonflement est certainement un mauvais caractère: ainsi, avec des lotions d'eau froide, une compression convenable, une cautérisation avec le nitrate d'argent, on le fait tomber avec rapidité; on peut croire dès lors que le danger s'éloigne, et, au contraire, c'est à partir de ce moment que l'on a à constater de graves désordres du côté de la cornée.

La rougeur vive est un caractère de bon augure dans l'ophtalmie purulente, et pourtant le praticien s'en effraie quand elle est portée à un haut degré. On doit craindre, au contraire, de la voir disparaître et faire place à la décoloration de la muqueuse, à une