

Solution n° 1.		Solution n° 2.	
	grammes.		grammes.
Eau distillée.....	30	Eau distillée.....	30
Nitrate d'argent.....	1	Chlorure de sodium à saturation	

La paupière supérieure est d'abord retournée, puis le pinceau trempé dans la solution n° 1 est promené sur la muqueuse jusqu'à ce qu'elle pâlisse sous l'action du caustique, dont on neutralise l'excès par un large badigeonnage avec le pinceau n° 2. La paupière supérieure remise en place, on fait de même le badigeonnage de la paupière inférieure. Le renversement des paupières, par suite du spasme de l'orbiculaire est parfois des plus difficiles, surtout des plus douloureux. Dans ces cas, il ne faut pas hésiter si on le juge convenable à recourir au chloroforme.

Pendant que les paupières sont retournées, avant la cautérisation, on fait avec le scarificateur de DESMARRÉS quelques incisions parallèles au bord libre de la paupière. Dès que la cautérisation est terminée, les applications froides doivent être instituées, ainsi que les lavages dans les cas où le pus est sécrété abondamment.

L'importance des applications froides est capitale, mais elles doivent être continues; les compresses seront renouvelées avec le plus grand soin et une exactitude rigoureuse. Il faut pour cela une personne sur la bonne volonté, la sollicitude de laquelle on puisse absolument compter. Rien de plus simple, du reste, que cette partie du traitement. Un vase contient de l'eau phéniquée à 1 p. 100 avec quelques morceaux de glace, on y fait tremper de petites compresses: toutes les trois minutes les compresses placées sur les yeux sont enlevées, et remplacées par de nouvelles.

Lorsque la sécrétion est abondante, on doit en outre tous les quarts d'heure nettoyer les culs-de-sac en faisant pénétrer entre les paupières un jet d'eau phéniquée ou boratée.

Les cautérisations doivent être commencées aussitôt que possible, on les répétera toutes les vingt-quatre heures. La solution au 30° suffit d'ordinaire; dans les cas très graves, il ne faudrait pas hésiter à employer une solution au 1/20 ou au 1/15. Dès que l'inflammation diminue, on éloigne les séances de cautérisation et l'on emploie une solution moins forte.

Les applications froides demandent à être continuées au moins pendant quarante-huit heures; elles seront reprises avec toute la rigueur à la moindre poussée inflammatoire.

Telle doit être la médication dans les cas les plus simples, c'est-à-dire lorsqu'il n'existe aucune complication cornéenne. S'il existe de petites ulcérations, on se bornera à instiller matin et soir quelques gouttes d'un collyre à l'ésérine. Si l'ulcération a déjà creusé en profondeur, que la perforation de la cornée soit à craindre, il faut prendre l'avance et faire la paracentèse de la chambre antérieure. Les instillations d'ésérine seront ensuite répétées plusieurs fois par jour, et le traitement ordinaire continué avec la plus grande rigueur. Enfin, la cornée est parfois le siège d'ulcérations profondes; dans ces cas, après les cautérisations et les instillations d'ésérine, on emploiera le bandeau compressif, de façon à éviter l'issue de l'humeur vitrée et la perte de l'œil. Lorsque la

maladie est monoculaire, il sera bon dès le début de mettre l'œil sain à l'abri de la contagion par une obturation minutieuse. — Tous les linges qui auront servi pendant le traitement du malade, les pinceaux et autres objets susceptibles de devenir agents de contagion, seront incinérés.

2° CONJONCTIVITES DIPHTÉRIQUES

On décrit sous ce nom deux affections bien distinctes:

La première, étudiée par BOUISSON, CHASSAIGNAC, DESMARRÉS, GOSSELIN est caractérisée par un dépôt de fausses membranes à la surface de la conjonctive; nous la désignerons sous le nom de *conjonctivite croupale* ou *pseudo-membraneuse*.

La deuxième, rare dans nos pays, particulièrement étudiée en Allemagne par DE GRÆFE, JACOBSON, HIRSCHBERG, est caractérisée non plus par un simple dépôt de fausses membranes, mais bien par une infiltration fibrineuse dans le tissu même de la membrane.

A. — CONJONCTIVITE GROUPE

Bibliographie. — BOUISSON, *Ann. d'ocul.*, t. XVI, 1847. — CHASSAIGNAC, in *Ibid.*, t. XVIII, p. 138. — MAGNE, *Gaz. des hôp.*, 1858. — C. RAYNAUD, Th. de Paris, 1866. — HIRSCHBERG, *Étiologie de la conj.*, in *Berlin. Klin. Woch.*, 1869. — TWEDY, *Traitement de la conj.*, in *The Lancet*, t. 1^{er}, 1880.

La maladie présente ordinairement pendant les premiers jours les caractères d'une conjonctivite catarrhale intense; on voit ensuite apparaître à la surface de la membrane, de préférence dans les culs-de-sac et sur la conjonctive oculaire, des pellicules grisâtres ou jaunâtres, d'aspect lardacé, que l'on peut arracher par simple traction. La sécrétion de la conjonctive est alors simplement séreuse, puis survient un écoulement franchement purulent qui détache et entraîne les fausses membranes. Cet écoulement terminé, la muqueuse se retrouve dans un état de parfaite intégrité, sans aucune cicatrice.

Cette conjonctivite essentiellement contagieuse, se présente souvent en même temps que d'autres manifestations de la diphtérie.

Le pronostic est bénin, en tant que manifestation locale, mais on sait quelle est la gravité de la maladie générale.

Traitement. — Pendant la première période du mal, on emploiera les compresses froides, absolument comme dans la conjonctivite purulente; de temps à autre on badigeonnera la conjonctive avec un pinceau trempé dans une solution phéniquée au 1/50. Dans la deuxième période, on instituera le traitement classique de l'ophtalmie purulente. Plus encore que dans cette dernière affection, on insistera sur les précautions à prendre contre la contagion.

B. — CONJONCTIVITE DIPHTÉRIQUE

Bibliographie. — DE GRÆFE, *Trait. par les caustiques*, in *Arch. f. ophth.*, Bd I, 1845. — JACOBSON, in *Ibid.*, Bd. II, 1860. — DE WECKER, *Th. de Paris*, 1861. — ALF. DE GRÆFE, *Trait. antisept.*, in *Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, 1873. — THYRI, *Trait.*, in *Revue médic. belge*, 1876. — BARETTE, *Contr. à l'ét. de l'ophth. dipht. et de son trait.*, in *Arch. d'ophth.*, 1882, p. 132.

Symptômes. — 1^o *Période de début.* — Les paupières sont enflammées et tuméfiées, absolument comme dans le début de la conjonctivite purulente. La muqueuse palpébrale, au lieu d'être vascularisée et saignante comme dans le cas précédent, est au contraire pâle, blafarde. En scarifiant la conjonctive, la surface de section présente un aspect lardacé et donne peu de sang. Il existe en effet dans l'épaisseur même du parenchyme de la muqueuse, un exsudat fibrineux qui étouffe les vaisseaux et détermine les troubles de sécrétion les plus graves.

2^o *Période d'état.* — Après deux ou trois jours, la cornée privée de sa nutrition s'altère; autour d'elle se forme un cercle grisâtre qui s'ulcère rapidement; il n'est pas rare de voir la membrane ainsi sphacélée se détacher d'un seul bloc. Pendant ce temps un travail inflammatoire se manifeste du côté de la conjonctive, en donnant lieu à tous les symptômes de la conjonctivite purulente; la suppuration détache l'exsudat et entraîne des lambeaux de tissu sphacélé.

3^o *Période de cicatrisation.* — De vastes pertes de substance se forment ainsi sur la conjonctive, leur cicatrisation entraîne des accidents sérieux: entropion, trichiasis.

Cette forme de la maladie a été observée particulièrement sur les enfants en bas âge; DE GRÆFE la considère comme une manifestation d'un état général grave dans le cours de la diphtérie; elle affecte d'ordinaire un caractère épidémique. Le diagnostic est en général facile, mais il faut éviter de confondre cette variété avec la précédente.

Traitement. — Plusieurs médications ont été successivement mises en usage, malheureusement aucune méthode n'a donné de résultats bien satisfaisants. Pendant la période de début, les uns vantent l'usage des compresses chaudes, les autres donnent la préférence au froid. Dès que la suppuration sera commencée, on emploiera les cautérisations au nitrate d'argent.

Les accidents cornéens réclament toute la sollicitude du chirurgien, on fera suivant les cas, des instillations d'ésérine ou d'atropine. ABADIE, pour prévenir la perforation, conseille la paracentèse de la chambre antérieure.

§ 3. — Conjonctivites granuleuses

Bibliographie. — F. CUNIER, *Mém. sur l'ophth. contag.*, Bruxelles, 1849. — SICHEL, *Ann. d'ocul.*, t. XLII, p. 219, 1859. — WOLFRING, *Arch. f. Ophth.*, Bd. XIV, A, 3, s. 30, 1868. — HAIRION, *Des gran. conj.*, in *Ann. d'ocul.*, t. LXIII, p. 5, 1870. — BADER, *Trait.*, in *The Lancet*, t. II, p. 604, 1871. — SÄMISCH, *Berl. Klin. Woch.*, 1872. — SICHEL, *Arch. gén. de méd.*, t. II, p. 274 et 425, 1874. — IWANOFF, *Anat.*

path. du trach., in *Ann. d'ocul.*, t. LXXXI, p. 167, 1879. — DE WECKER, *Conjonct. purulente traitée par la liane à réglisse ou jéquirity du Brésil*, in *Comptes rendus de l'Acad. des sc.*, 1882, et *Ann. d'ocul.*, 1882 et 1883. — A. SATTLER et L. DE WECKER, *L'Ophtalmie jéquiritique et son emploi clinique*, Paris, 1883 (Bibliogr. complète de l'usage du jéquirity). — TERRIER, in *Soc. de chir.*, 1883. Thèses de Paris. — 1865, SICARD. — 1868, J. ROY. — 1869, LELIÈVRE. — 1871, BUGIER. — 1874, COHEN. — 1876, GUTTIEREZ. — 1879, FOXONNET. — 1880, BRUNEL DE BONNEVILLE. — 1882, GENDRON.

Jusque dans ces dernières années, on a réuni dans ce groupe toutes les affections de la conjonctive, caractérisées par la présence à la surface de cette membrane de petites saillies du volume d'un grain de millet, auxquelles on donne le nom de granulations.

Les recherches anatomo-pathologiques entreprises dans ces derniers temps par divers auteurs, en particulier par SÆMISCH et IWANOFF, ont démontré que les affections ainsi groupées au point de vue clinique, résultent de lésions anatomiques bien distinctes. Tantôt les petites saillies observées sont formées simplement par le développement exagéré d'un des éléments normaux de la membrane (papilles, follicules lymphoïdes); tantôt, au contraire, ces saillies sont constituées par la formation d'un tissu nouveau, par de véritables petits néoplasmes. Les premiers éléments constituent de fausses granulations; les deuxièmes des granulations vraies. Dans le premier cas, la maladie guérira complètement sans laisser de traces; dans l'autre, quel que soit le traitement, on retrouvera toujours sur la conjonctive des cicatrices nombreuses; jamais cette membrane ne reprendra son intégrité.

Cette distinction séduit tout d'abord par sa simplicité, elle éclaire un point de pathologie jusqu'ici bien obscur; nous diviserons donc les conjonctivites granuleuses en deux groupes: conjonctivite granuleuse vraie ou franche, et conjonctivite granuleuse fausse ou conjonctivite folliculaire. On verra cependant qu'au point de vue clinique cette division est moins nette, surtout beaucoup moins facile à établir.

1^o CONJONCTIVITE GRANULEUSE FRANCHE

Structure des granulations. — La coupe d'une granulation présente une structure caractéristique. Sa base, directement implantée sur le tissu même de la conjonctive, est formée par l'accumulation de faisceaux de tissu fibreux très serrés. A mesure que l'on avance à la périphérie, les faisceaux deviennent de plus en plus rares, on y rencontre presque exclusivement un amas de cellules fortement tassées, au milieu desquelles on distingue avec peine quelques vaisseaux sanguins; le tout est enveloppé par de l'épithélium (fig. 57). Lorsque la granulation est récente, les cellules prédominent; c'est au contraire le tissu fibreux qui est le plus abondant dans les granulations anciennes. Le développement de ce tissu constitue les cicatrices indélébiles dont nous avons parlé. SATTLER (Congrès d'ophth. d'Heidelberg, 1881) prétend avoir trouvé dans le pus sécrété un micrococcus, dont la présence serait constante.

Étiologie. — Affection essentiellement contagieuse, la conjonctivite granuleuse résulte toujours d'une inoculation directe. Toutes les causes qui rendront cette inoculation plus facile favoriseront le développement de la maladie; de là sa fréquence dans les classes pauvres, les quartiers populeux des villes, les bateaux, prisons, hôpitaux, et tous les lieux où sont agglomérées des masses d'individus.

La conjonctivite granuleuse se développe avec la plus grande facilité dans les pays où la malaria existe à l'état endémique; par contre, et c'est là un fait observé depuis longtemps, l'affection est rare dans les altitudes élevées. La malaria, en débilitant le sujet, prépare-t-elle un terrain propice au parasite, ou bien les causes qui favorisent l'action du miasme tellurique influent-elles

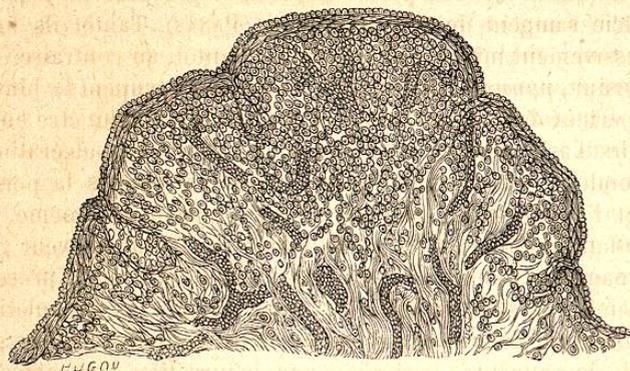


Fig. 57. — Coupe microscopique d'une granulation d'après SCHEMISCH.

aussi sur le développement du germe granuleux? C'est là ce que nous ne savons pas encore: néanmoins, l'apparition, le mode de développement, la manière d'être du mal, tout concourt à prouver son origine parasitaire.

Les granulations se rencontrent de préférence chez les adolescents et les adultes.

Symptômes. — Le début de la conjonctivite granuleuse, dans nos climats au moins, est des plus insidieux. Les malades accusent une sensation analogue à celle qui résulte de la présence d'un corps étranger sous la paupière; on constate l'existence d'une légère photophobie, une sécrétion cireuse agglutine au réveil le bord libre des paupières qui présente constamment une teinte rouge assez intense. Ces organes eux-mêmes sont épais et charnus; emportée par son poids, la paupière supérieure tombe sur le globe de l'œil, le ptosis ainsi produit est caractéristique. En renversant les paupières, on trouve leur face interne parsemée de petites saillies jaunâtres, demi-transparentes (granulations).

Les auteurs ont successivement comparé ces petites végétations à des grains de semoule, de tapioca cuit, de sagou, au frai de grenouille, etc.

Ces granulations siègent de préférence dans les culs-de-sac, sur la conjonctive des tarses supérieurs (DE WECKER et LANDOLT). Suivant leur nombre, la conjonctivite granuleuse est dite bénigne, diffuse, ou grave (ABADIE).

Dans la forme bénigne, les granulations sont rares, les symptômes subjectifs peu marqués. Dans la forme diffuse, les culs-de-sac sont remplis de granulations, la muqueuse épaissie offre une teinte grisâtre gélatiniforme. Enfin, dans la forme grave la conjonctive bulbaire se prend à son tour, puis après elle la cornée; nous y reviendrons.

Il n'est pas rare dans le cours de la conjonctivite granuleuse de voir survenir des poussées aiguës. La sécrétion de la muqueuse, jusqu'alors peu abondante, augmente notablement, devient séro-purulente, même purulente, les troubles du côté de la cornée s'aggravent, des ulcérations se forment bientôt.

Complications. Terminaison. — Pour peu que la maladie soit intense, des troubles ne tardent pas à se montrer du côté de la cornée. Généralement ses lames sont infiltrées, elle paraît dépolie, et présente un aspect grisâtre. A sa superficie rampent de gros vaisseaux (PANAS). Tantôt ils forment une couche excessivement mince, *pannus tenuis*, tantôt, au contraire, une couche épaisse, charnue, *pannus crassus*. Les altérations occupent le plus souvent le segment supérieur de l'œil, mais la cornée tout entière peut être envahie; l'œil présente alors l'aspect d'une cerise ou d'une mûre. Des ulcérations plus ou moins profondes se développent, elles entraînent parfois la perforation de la cornée et l'enclavement de l'iris. Abandonnée à elle-même, la maladie persiste pendant des années; les granulations en effet ne peuvent guérir qu'en se transformant en tissu cicatriciel. Dans les cas légers, la présence de ces ilots cicatriciels est sans importance; mais lorsque les granulations ont été abondantes, ce tissu détermine par sa rétraction des troubles très graves: enroulement de la paupière, entropion par incurvation des tarses, déviation des points lacrymaux, etc.

Pronostic. — La conjonctivite granuleuse est une affection des plus graves. Abandonnée à elle-même, la maladie n'a qu'une bien faible tendance à marcher vers la guérison; peu à peu on voit se dérouler la série des accidents que nous venons de passer en revue. L'existence de complications cornéennes, en particulier d'ulcérations, aggrave singulièrement le pronostic.

Traitement. — Il ne faut pas songer ici à détruire directement la granulation. On doit, suivant en cela l'exemple de la nature, entretenir un certain degré de turgescence de la muqueuse, favoriser la suppuration lente qui détruira à la longue le tissu néoplasique. En général, c'est aux cautérisations que l'on s'adresse pour cela; le caustique le plus employé est le sulfate de cuivre. On taille un cristal en usant ses aspérités sur une toile grossière et humide, puis on touche légèrement la conjonctive. La cautérisation ne sera pas renouvelée avant que l'inflammation résultant du premier attouchement soit complètement calmée. Suivant le conseil d'ABADIE, on pourrait encore employer ce sel sous forme de glycérolé à 1 gramme pour 8 grammes de glycérine. Le sous-acétate de plomb constitue aussi un excellent topique à la dose de 15 gr. de sous-acétate de plomb liquide pour 15 gr. d'eau. Il faut savoir varier les caustiques de temps à autre, car, ainsi que le font remarquer DE WECKER et LANDOLT, les granulations semblent s'habituer à l'action d'un seul caustique et rapidement il perd son action. — S'il survient des poussées aiguës, on emploiera les injections phéniquées, la glace, le sous-acétate de plomb.

Il faut aussi surveiller l'hygiène du blessé; autant que faire se pourra il abandonnera les logements humides et les pays palustres. Habiter dans un air pur, sur les montagnes, fait plus pour la guérison que le traitement le mieux dirigé.

Le pannus de la cornée ne demande d'ordinaire aucune intervention spéciale, il disparaît habituellement à mesure que les granulations s'amendent. Nous verrons ultérieurement le traitement spécial que l'on doit diriger contre les complications.

Dans les cas très graves, on a essayé de détruire les végétations en provoquant une inflammation franchement suraiguë de la conjonctive. Ce résultat peut être obtenu en inoculant entre les paupières une goutte de pus blennorrhagique ou de pus pris sur un sujet atteint de conjonctivite purulente. C'est là un procédé dangereux qui doit être manié avec la plus grande prudence.

Tout récemment (août 1882), DE WECKER a proposé de remplacer l'inoculation du pus blennorrhagique par des lotions faites sur la conjonctive avec la macération de graines pulvérisées du jéquirity (*arbus precatorius*). On provoquerait ainsi, dit cet auteur, une ophtalmie purulente de nature croupale, dont on peut doser l'intensité suivant le nombre des lotions, et suivant la force de la solution que l'on emploie. Cette ophtalmie, dont le chirurgien peut modérer à son gré l'intensité, ne fait courir aucun risque à la cornée et suffit parfaitement pour détruire les granulations. Ce mode de traitement mérite certainement d'être pris en sérieuse considération. Nous ne saurions en dire autant du massage des paupières et autres procédés empiriques qui sont proposés de temps à autre.

2° OPHTALMIE GRANULEUSE. — OPHTALMIE MILITAIRE
OPHTALMIE PURULENTE D'ÉGYPTÉ

Bibliographie. — LARREY, *Relat. chir. de l'exped. de l'armée d'Orient*, Paris, 1804. — VLEMINCKX, *Rapp. au min. de la guerre sur l'opht. de l'armée*, Bruxelles, 1834. — DECONDÉ, *Bull. méd. belge*, 1837; *Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, 1840, t. II, p. 122; *Hygiène de l'opht. des armées*, Liège, 1844. — F. CUNIER, *Ann. d'ocul.*, 1847-1850. — THIRY, in *Ibid.*, t. XXII, 1849, p. 103. — WARLONMONT, in *Ibid.*, t. XXXIX, p. 193, 1858, t. XLI, t. XLII, 1850. — F. CUIGNET, *Opht. d'Algérie*, Lille, 1872. — LAVERAN, *Traité d'épidémiologie*, 1875. — L. COLLIN, *Traité d'épidémiologie*, 1879

Ces diverses dénominations caractérisent une conjonctivite grave qui semble nous venir d'Égypte. C'est à la suite de leur séjour dans ce pays que les soldats des armées française et anglaise ont été atteints; le rôle de ces deux armées dans l'importation de l'affection au début nous semble absolument indiscutable. Depuis lors, les armées les plus éprouvées, et aujourd'hui encore le plus fréquemment atteintes sont l'armée italienne, et plus encore l'armée belge.

Étiologie. — Parmi les circonstances qui favorisent le développement de la maladie, on a signalé: les températures élevées, l'exposition directe des hommes à la chaleur, à l'irradiation solaire, et surtout l'influence des milieux et habitations humides. Les militaires ont été toujours atteints en bien plus

grand nombre que la population civile; dans cette dernière, les enfants sont tout d'abord frappés.

La contagion directe par le pus en nature, ou par un agent répandu dans l'atmosphère, est un fait absolument démontré. En Belgique, par exemple, l'ophtalmie n'a envahi la population civile qu'au moment du licenciement des soldats malades.

Symptômes. — La maladie se présente sous deux formes bien nettes, aiguë et chronique.

a. — *Forme aiguë.* — Fort semblable à l'ophtalmie blennorrhagique, la conjonctivite granuleuse d'Égypte se manifeste à l'état aigu par une série de symptômes inflammatoires; écoulement purulent, chémosis. Le pronostic est moins grave que celui de la conjonctivite blennorrhagique; cependant on a vu des ulcérations de la cornée et la fonte purulente de l'œil survenir dans le cours de la maladie.

b. — *Forme chronique ou granuleuse.* — Elle est absolument semblable à la forme grave de l'ophtalmie granuleuse ordinaire; ces deux variétés se combinent du reste souvent; de là, selon les auteurs, les descriptions les plus variables.

Traitement. — La médication locale variera suivant la marche qu'affectera le mal. Dans la forme aiguë on aura recours aux lavages antiseptiques, aux applications froides, aux cautérisations légères. La variété dite granuleuse sera traitée ainsi qu'il a été dit dans le chapitre précédent.

Le traitement sera poursuivi pendant longtemps; il ne faut pas se contenter d'une guérison approximative. Les granuleux doivent être isolés, on les logera dans des locaux spéciaux où seront réunies les conditions hygiéniques les plus favorables; on aura surtout grand soin d'éviter l'encombrement.

§ 4. — Altérations diverses de la conjonctive

1° XÉROPHTALMIE. — XÉROISIS

Bibliographie. — H. COHN, *Ub. Xerosis Conjonctive*, Breslau, 1869. — CAMUSET, *Gaz. des Hôp.*, 1874. — CUIGNET, *Recueil d'opht.*, 1875. — TERRIER, *Arch. gén. de méd.*, 1876. Thèses de Paris. — 1836, DUPREZ. — 1871, HERMANOWICZ. — 1875, TIXIER. — 1880, FRUGIER.

On désigne sous ce nom l'atrophie partielle ou totale des éléments de la conjonctive. Les auteurs distinguent généralement deux formes.

1° *Xérosis partiel, épithélialis, glabra.* — L'atrophie occupe simplement quelques points limités de la conjonctive; elle porte sur les couches superficielles de la membrane, en particulier sur l'épithélium. On rencontre d'ordinaire cette altération sur la conjonctive bulbaire au niveau des parties exposées à l'air pendant l'ouverture des paupières. Il existe là un petit triangle à sommet externe, à base dirigée vers la cornée.