

avec la rougeur lilas, diffuse et profonde, des sclérites. L'hyperhémie conjonctivale s'accompagne souvent de lithiase méibomienne, d'une sensation de graviers et de difficulté à mouvoir les paupières, surtout au réveil chez certaines femmes, — état atténué par l'intromission de pommade cocaïnée à 1/50.

On trouve presque toujours chez ces malades, souvent arthritiques et eczémateux, des conditions hygiéniques défectueuses : le travail nocturne, la lumière et les poussières, la chaleur sèche, un défaut de réfraction, les veilles prolongées (comédiens, garde-malades), la fumée de tabac et son influence irritante, le vent violent (cochers) se retrouvent bien souvent.

On prescrira avant tout les *astringents* (sulfate de zinc à 1/300, alun à 1/100), les lavages boratés et glycerinés. On évitera les caustiques qui aggravent la situation.

On enlèvera les concrétions méibomiennes avec l'aiguille à corps étrangers ; le port de conserves fumées, de voilettes épaisses, peut avoir son utilité. Enfin on veillera à la correction exacte d'une réfraction défectueuse.

La congestion conjonctivale peut être cependant d'une autre nature. On connaît celle due à la section du *grand sympathique*. Couder (1) a signalé de véritables *crises d'hyperhémie* conjonctivale pouvant précéder de très près un accès de manie, coïncider avec lui et éloigner l'idée de la simulation. A. Trousseau a même parlé de *fluxion* conjonctivale chez des sujets nerveux et arthritiques. A l'inverse de la congestion, certains sujets se plaignent d'avoir de véritables accès de *refroidissement* des yeux et des paupières.

CONJONCTIVITES SÉCRÉTANTES.

Conjonctivite catarrhale. — Le catarrhe de la conjonctive revêt deux formes cliniques : l'une, aiguë ; l'autre, chronique.

CATARRHE CONJONCTIVAL AIGU. — La conjonctivite catarrhale aiguë attaque presque toujours successivement les deux yeux. Elle est annoncée par une sensation de cuisson.

La conjonctivite palpébrale rougit, et devient turgescente : enfin les paupières, dans les cas intenses, se gonflent fortement, et il y a un certain degré de chémosis.

Chez les enfants, la congestion vasculaire est telle qu'il se forme des *ecchymoses* sous-conjonctivales bulbaires, qui n'ont pas un pronostic sérieux.

La sécrétion peut devenir assez abondante pour se reproduire d'une façon constante, malgré les lavages : les cils collés prennent alors l'aspect caractéristique de « mèches de fouet », et on trouve de

(1) COUDER, Opht. chez les aliénés, thèse de Paris, 1887.

larges exsudats dans les culs-de-sac, quelquefois presque pseudo-membraneux.

Tous ces signes s'accroissent en général vers le soir et la maladie suit une marche cyclique : abandonnée à elle-même, elle finira par disparaître après quelques semaines, comme une bronchite, avec laquelle elle a tant d'analogie ; néanmoins elle pourrait engendrer des complications sérieuses, et passer à la chronicité.

Complications. — Une conjonctivite catarrhale intense, sans un traitement énergique, aboutit assez souvent à des complications *irido-cornéennes*. Des ulcérations marginales ou annulaires se développent, et des synéchies iriennes se forment.

Quelquefois même (Fuchs), une iritis plastique se produit sans altération apparente de la cornée, probablement par pénétration des microbes ou de leurs toxines par les voies circulatoires anastomotiques périkératiques entre la conjonctive et l'iris. Presque jamais les ulcères bien traités n'entraînent de perforation cornéenne, mais elle peut survenir dans le cas contraire, et être précédée d'hypopion.

Morax considère que la conjonctivite en question est plus bénigne chez l'enfant et que les cas graves sont plus fréquents chez l'adulte. Nous avons remarqué aussi que dans les familles où plusieurs personnes étaient atteintes, les adultes étaient les seuls atteints de complications.

La récurrence est possible, et les réinoculations fréquentes, si les mêmes causes d'infection persistent dans l'entourage et les conditions d'existence du malade.

Étiologie. — Les influences climatériques et la contagion aérienne jouent un grand rôle dans l'apparition des catarrhes conjonctivaux. Au printemps, à l'automne, ces affections sont bien plus fréquentes, et l'affection revêt un caractère épidémique. Une contagion directe doit être admise lorsqu'il y a contact d'objets de toilette, et autres, infectés par la sécrétion morbide. Weeks et Morax ont prouvé que la maladie était facile à reproduire avec des *cultures microbiennes* extraites de la sécrétion incriminée. La valeur des expériences négatives (Fuchs) tombe donc devant ces faits indiscutables.

La multiplication plus grande des bactéries à des époques humides et relativement chaudes, l'humidité (habitation au rez-de-chaussée, jardins, bateaux-lavoirs, etc.), des conditions générales irritantes (lumière électrique, travail au milieu de poussières, de vapeurs irritantes, etc., etc.) peuvent contribuer à provoquer le catarrhe : certaines professions sont donc plus particulièrement exposées que d'autres (terrassiers, blanchisseuses, vidangeurs).

Chez les jeunes scrofuleux, lorsque la période franchement catarrhale est passée (rapidement éteinte par le nitrate), on découvre ordinairement sur la conjonctive une ou plusieurs pustules typiques.

D'autres fois, il existe une *affection oculaire* antérieure (trachome)

sujette à des poussées catarrhales. Enfin les affections chroniques des *voies lacrymales*, prédisposent à des poussées de conjonctivite.

Les *blépharites* engendrent de même une conjonctivite chronique, les microbes et les sécrétions pathologiques du bord ciliaire enflammé l'irritant par voisinage et se déversant dans l'entonnoir conjonctival.

Si le catarrhe est *monoculaire*, il s'agit souvent de pénétration de corps étrangers, ignorés dans les culs-de-sac ou de conjonctivite lacrymale.

Un catarrhe spécial peut se développer par la *simple occlusion* de l'œil, chez les sujets âgés, dont les conjonctives sont hyperhémées chroniquement et la défense conjonctivale moins puissante.

À côté de ces cas, dont l'origine est une *infection externe*, il existe une autre série de catarrhes conjonctivaux dont la cause est *endogène*, due à des sources d'infection interne ou à l'ingestion de substances toxiques ou médicamenteuses. On peut, dans le second cas, observer par exemple à la suite d'ingestion prolongée d'*iodures* et chez certains sujets sensibles à l'action de ce remède, une conjonctivite catarrhale. Il en est de même (A. Trouseau) à la suite des applications prolongées d'acide chrysophanique (psoriasis). La lésion produite par le contact direct par les doigts de l'acide en question produirait des accidents plus graves, et, en général, unilatéraux, tandis que la conjonctivite précédente est bilatérale d'emblée et d'origine endogène.

Les catarrhes conjonctivaux de la fièvre des foins, de la rougeole, peut-être aussi ceux signalés au cours de la malaria (Sedan, Manhardt) et dans un certain nombre d'autres maladies infectieuses reconnaissent aussi probablement une cause interne.

On doit faire une mention spéciale pour une variété de conjonctivite catarrhale, mais avec peu de sécrétion, de genre plutôt *séro-vasculaire* qui se développe souvent au cours de la blennorrhagie. Elle peut être aggravée par la coexistence d'une iritis, d'une dacryoadénite, quelquefois d'une scléro-ténonite. Déjà connue au temps de Mackensie et de Ricord, elle a été largement remise en lumière par le professeur Fournier (1).

Il s'agit d'une conjonctivite avec léger catarrhe, ordinairement bilatérale d'emblée à un ou deux jours de distance, à l'encontre de l'ophtalmie par inoculation directe, plus souvent monolatérale.

La maladie coexiste presque toujours avec un rhumatisme blennorrhagique, peut alterner avec lui, et récidiver plusieurs fois. Elle est donc essentiellement métastatique (2), mais son pronostic est toujours bénin. On en rapprochera celle qui peut se développer au cours du rhumatisme articulaire aigu ou alterne avec lui (3).

(1) FRAGNE, De la conjonctivite séro-vasculaire sans inoculation, thèse de Paris, 1888.

(2) LIPSKI, Des complications oculaires métastatiques de la blennorrhagie, thèse de Paris, 1895.

(3) TERRIER, *Arch. d'opht.*, 1884. — TOUCHET, thèse de Paris, 1885.

La conjonctive sera simplement aseptisée par des lotions tièdes répétées, en même temps qu'on traitera la cause. On s'enquerra de la possibilité d'un écoulement génital chez tous les sujets où la sécrétion n'est pas franchement catarrhale, mais presque séreuse.

Pathogénie et bactériologie clinique. — On est peu fixé sur la nature infectieuse de la conjonctivite *rhumato-blennorrhagique*. Dans un cas, Morax dit avoir trouvé des gonocoques : mais nombre d'auteurs (et nous-même), l'ont cherché souvent sans le rencontrer. La métastase toxique, sans le microbe lui-même, doit pouvoir la provoquer, et la différence dans la modalité d'infection explique les extrêmes différences cliniques de cette affection et de l'ophtalmie purulente blennorrhagique par inoculation directe. Des *staphylocoques* ont été rencontrés presque toujours dans les catarrhes rubéoliques (Barbier). Mais les microbes normaux de la conjonctive peuvent subir une exaltation de virulence sous l'influence des causes générales, sans microbes surajoutés.

Les conjonctivites dues à l'iodure, à l'acide chrysophanique, par exemple, montrent par analogie que c'est plutôt à la substance toxique due au microbe qu'au microbe lui-même qu'il doit falloir, dans la majorité des cas, rapporter les conjonctivites d'origine endogène.

Dans le catarrhe aigu, Koch (1884), Weeks (1885) ont constaté un bacille d'une façon régulière et démontré, par l'inoculation chez l'homme et les cultures, la virulence du microbe : ils l'ont constaté également dans les couches épithéliales de la conjonctive. Kartulis a retrouvé ce microbe (1887). Morax a rapporté un certain nombre d'observations analogues, avec cultures et inoculations positives. Dans la sécrétion conjonctivale, où ils abondent généralement seuls, les bacilles de Weeks (fig. 22), se décolorant par la méthode de Gram, se colorent bien par le bleu de méthylène ou le violet de méthyle. La culture, très difficile à obtenir pure, se fait plus facilement sur la gélose à 0,5 p. 100 (Weeks). Les inoculations ne réussissent bien que chez l'homme. Il est très important de constater ce bacille, à l'exclusion du gonocoque, dans les catarrhes violents à sécrétion quasi purulente et quelquefois pseudo-membraneuse.

Enfin, dans les variétés subaiguës, Morax (1) vient de rencontrer un nouveau diplocoque pathogène existant souvent seul dans la sécrétion.

Parinaud et Morax ont, ainsi que Gasparrini, décrit une variété de conjonctivite qui tient le milieu entre celle catarrhale et celle pseudo-membraneuse légère chez de tout jeunes enfants : on n'y trouve que le *pneumocoque* (fig. 23). Axenfeld en a décrit une épidémie scolaire.

Rappelons que ces divers microbes, en particulier le bacille de

(1) MORAX, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1896.

Weeks, peuvent se trouver associés dans des cas de conjonctivite non catarrhale (fausses membranes, etc.), au bacille de Löffler et à d'autres microorganismes.

Le staphylocoque est à peu près seul dans les poussées aiguës de catarrhe au cours du trachome; de même, dans l'ophtalmie des scrofuleux. Il en est très probablement ainsi dans les conjonctivites accompagnant les blépharites, où les staphylocoques ont un rôle prépondérant. Parinaud et Morax attribuent surtout au streptocoque les poussées de conjonctivite lacrymale.

Quant à l'ophtalmie dite leucorrhéique, elle est douteuse, aussi bien dans son étiologie que dans son essence, depuis qu'on a démontré que presque tous les cas étaient blennorrhagiques et dus au gonocoque. Dans un cas de vulvite rubéolique avec violent catarrhe conjonctival, on a pu cependant ne trouver que

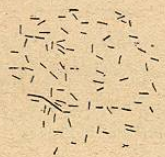


Fig. 22. — Bacilles de la conjonctivite catarrhale aiguë.

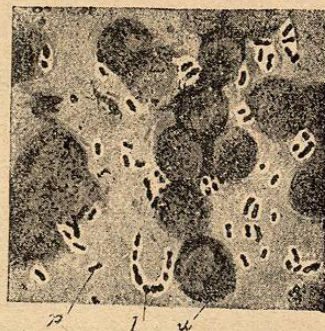


Fig. 23. — Pneumocoques.

des staphylocoques (1), mais cette question appelle de nouvelles recherches.

Diagnostic. — On peut confondre, dans les premières heures, un catarrhe conjonctival simple avec toute autre conjonctivite sécrétante, même diphtérique ou blennorrhagique : alors seulement le diagnostic bactériologique fixe le médecin et écarte les simples probabilités, en particulier chez le *nouveau-né*.

Dans presque tous les cas de catarrhe plus avancé, le diagnostic bactériologique est *utile*, mais il n'a pas l'importance *décisive* du début.

On fera avec le plus grand soin l'exploration du cul-de-sac, surtout si le catarrhe est monoculaire (corps étranger possible) : on vérifiera l'état des voies lacrymales et des fosses nasales, et celui des bords ciliaires.

On recherchera avec le plus grand soin les conditions d'existence et les causes de contagion chez le malade et son entourage. On éliminera la blennorrhagie. Chez les enfants scrofuleux, l'infiltration

(1) DECRÉQUY, Des ophtalmies purulentes chez les petites filles, thèse de Paris, 1892.

fréquente des oreilles, l'hypertrophie de la lèvre supérieure, sont des concomitants à rechercher. On interrogera enfin le malade sur son régime et sur l'absorption possible de médicaments irritants. Enfin, chez le nouveau-né, le bacille de Weeks constaté (Panas) écartera toute idée de conjonctivite blennorrhagique et on évitera la confusion avec une dacryocystite congénitale.

L'ophtalmie des nouveau-nés n'est donc nullement synonyme d'ophtalmie blennorrhagique, et on a raison de décrire les *ophtalmies du nouveau-né* (Valude).

Traitement. — On doit soigner *énergiquement* ces catarrhes conjonctivaux, pour lesquels on croit souvent à tort, soit que le moindre traitement est bon, soit que l'affection guérira par de simples lavages boriqués.

La sécrétion se formant surtout dans le *cul-de-sac*, c'est le cul-de-sac qu'il faudra atteindre pour guérir, et, dans les catarrhes *abondants*, ne pas hésiter à employer le traitement combiné par les *topiques* et les *irrigations*.

On pratiquera tous les matins une cautérisation au pinceau, les paupières retournées, mettant à nu les culs-de-sac supérieur et inférieur, avec la solution de nitrate d'argent à 1/50. Mais, comme dans toute conjonctivite, on ne peut obtenir que tout à fait au début, l'abortion de la maladie; plus tard elle suit sa marche cyclique, seulement raccourcie par le traitement.

De plus, on fera donc deux fois par jour seulement, dans les cas graves, des *irrigations antiseptiques tièdes des culs-de-sac* chez l'adulte, avec une canule de verre de petite dimension à extrémité *courbe olivaire* et absolument *mousse*.

Avec ces moyens *combinés*, on arrive à guérir vite la majorité des conjonctivites catarrhales fortement sécrétantes : il arrive cependant que chez certains sujets il reste encore un léger suintement qui constitue un réel danger de récurrence.

Un moyen des plus recommandables consiste alors dans *une ou deux cautérisations au crayon de sulfate de cuivre* (Desmarres, Gayet). Nous avons eu souvent l'occasion de terminer brusquement et *définitivement* par *une seule* cautérisation cuprique une conjonctivite catarrhale traînante.

M. Landolt recommande, pour atténuer la cuisson consécutive, de projeter après la cautérisation un peu de poudre de calomel sur la conjonctive palpébrale.

S'il y a des ulcérations cornéennes, on ajoutera au traitement des insufflations de poudre d'iodoforme et une instillation biquotidienne de bromhydrate de scopolamine à 1/500; on évitera l'atropine qui a une action mydriatique moindre, et risque d'accroître le catarrhe.

Dans les cas *très légers*, des *instillations* de nitrate à 1/100 pourront être faites par le malade.

Enfin, dans les cas où un certain degré d'hyperhémie subsiste, alors que l'affection est à peu près guérie, les astringents termineront la cure. Le sulfate de zinc à 1/300 pourra être employé. Un collyre à base d'alun qui nous a rendu de réels services est le suivant :

Alun.....	1 gramme.
Laudanum.....	X gouttes.
Eau distillée.....	100 grammes.

en instillations matin et soir.

Il nous a paru égaliser des collyres plus compliqués contenant une série d'ingrédients, dont le collyre jaune de Horst est le plus célèbre échantillon.

L'application de gâteaux d'ouate hydrophile trempée dans de l'eau bouillie froide sont le moyen le plus simple d'atténuer la légère irritation due aux cautérisations, irrigations et instillations conjonctivales, et le nettoyage fréquent des yeux avec le même moyen est utile.

On évitera le bandeau, les pommades, et le crayon de nitrate d'argent, d'un effet trop énergique.

CATARRHE CHRONIQUE. — La conjonctivite catarrhale chronique est liée à toutes les causes que nous avons déjà énumérées, mais plus spécialement aux causes de voisinage : c'est dire qu'il faudra examiner avec le plus grand soin les voies lacrymales, les fosses nasales (ozène) et le bord ciliaire, et rechercher les causes professionnelles (cochers, paysans, etc.). On retrouve aussi très souvent l'alcoolisme, qui provoque une perpétuelle congestion conjonctivale. L'instillation d'atropine et de collyres avariés est également quelquefois en jeu.

La sécrétion est extrêmement réduite et s'amasse surtout à l'angle de l'œil (catarrhe angulaire), le matin et le soir.

Dans la majorité des cas, on constate sur toute la conjonctive tarsale, un aspect *villeux*, qui n'est autre que la turgescence des papilles conjonctivales. On se gardera de confondre cet état avec la conjonctivite granuleuse et la conjonctivite folliculaire qui ne pourraient en imposer qu'au début pour une *conjonctivite papillaire*.

Avant tout, il faut modifier l'existence et le régime du malade, et traiter les fosses nasales et l'état des régions périoculaires. Ici, les topiques puissants et les grandes irrigations *aggraveront le mal*. On se contentera, dans les cas peu sécrétants, de badigeonnages et d'instillations de nitrate d'argent à 1 p. 100; le sulfate de zinc à 1 p. 200, l'alun à 1 p. 100, le borate de soude à 2 p. 100 seront également recommandables.

Conjonctivite purulente blennorragique. — **Étiologie.** — On peut observer l'ophtalmie blennorragique à tout âge. Elle est plus fréquente chez le *nouveau-né*, où elle se développe ordinairement

deux ou trois jours après la naissance; rarement, surtout dans les accouchements laborieux, elle existe au moment même de la naissance. Dans presque tous les cas, la mère était affectée de leucorrhée contenant le plus souvent des gonocoques.

L'origine génitale très anciennement admise est encore démontrée par ce fait que l'antisepsie avant et pendant l'accouchement a fait baisser le nombre des ophtalmies des nouveau-nés dans une proportion considérable.

L'inoculation par un œil de verre trempé dans l'urine d'un blennorragique, l'inoculation thérapeutique, les si remarquables expériences de Piringer (1840) sur des amaurotiques, les inoculations conjonctivales d'Andrews (1890) avec des cultures sur sérum sont encore des preuves expérimentales de l'origine génitale. D'autre part, il paraît y avoir une immunité complète chez les animaux.

L'ophtalmie se produit quelquefois et en général sur un seul œil chez les petites filles atteintes de *vulvite* (Scarpa), soit blennorragique, soit à la suite de fièvres éruptives. Chez l'adulte, l'affection est plus rare chez la femme, mais on en voit de temps à autre des cas très graves (A. Terson), bien qu'on ait longtemps prétendu que la femme en était pour ainsi dire indemne. Après quarante ans, il faut surtout chercher l'origine dans l'entourage du malade. Nous avons vu plusieurs cas de vieillards atteints aux deux yeux à la suite de soins donnés à la blennorragie d'un de leurs enfants. Il en est ainsi dans certaines professions (infirmiers, médecins, oculistes) où les exemples de contagion en soignant l'ophtalmie des nouveau-nés sont nombreux (nécessité de lunettes protectrices).

Le gonocoque (fig. 24) est l'agent de l'ophtalmie blennorragique à tout âge. Ce microbe sécrète peut-être une toxine éminemment diffusible et caustique qui provoque l'énorme chémosis caractéristique de l'affection. On l'a trouvé souvent à l'examen histologique et bactériologique dans les lames de la cornée, mais il est possible (Kalt) que d'autres microbes pyogènes puissent donner, au niveau de la cornée, des infections secondaires. Néanmoins on ne trouve presque jamais dans le pus que le gonocoque.

Symptomatologie. — Les auteurs distinguent avec raison deux formes de conjonctivites dues à la blennorragie : la forme légère, généralement bilatérale et fréquemment accompagnée de rhumatisme, a été décrite plus haut avec les conjonctivites catarrhales. Nous ne croyons pas qu'il puisse se développer, par simple métastase, une conjonctivite destructive analogue à celle par inoculation directe.

Les symptômes de l'ophtalmie blennorragique sont les mêmes à tous les âges, mais ils sont moins marqués chez les jeunes



Fig. 24. — Gonocoque.