

sujets, soit à cause de la virulence moindre du gonocoque originel (leucorrhée), soit à cause du moindre développement du tissu lymphoïde conjonctival.

Chez l'adulte, la maladie est d'une *intensité terrible*. La maladie atteint un œil ou les deux yeux successivement après une incubation variable (Piringer) ; on a remarqué que l'œil droit était plus souvent pris (contagion plus fréquente par la main droite). L'ophtalmie n'a pas toujours la même violence sur chaque œil et l'on peut voir sur le même sujet et avec les mêmes soins un œil guérir et l'autre se perdre. Le début est annoncé par une sensation de chaleur et de picotement, et très rapidement la sécrétion et le gonflement

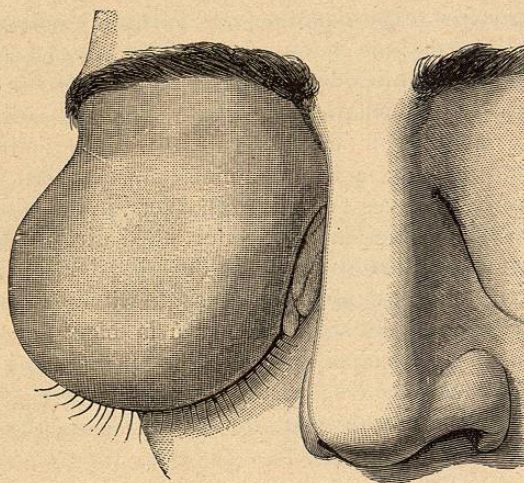


Fig. 25. — Ophtalmie purulente des adultes.

apparaissent. Le *chémosis* est plus rapide et plus volumineux que dans toute autre conjunctivite et *n'a d'égal que celui de la panophtalmie*. La sécrétion, d'abord citrine, devient franchement purulente ; quelquefois même on voit de véritables fausses membranes flotter dans le liquide. Les paupières peuvent atteindre le volume d'une mandarine (fig. 25). On ne peut souvent retourner les paupières que sur une sonde ou même avec une pince hémostatique à mors *munis de caoutchouc*. Dans quelques cas encore plus graves, la sécrétion reste séro-purulente et la conjonctive prend un aspect lardacé ; on a observé l'engorgement du ganglion préauriculaire. Les lésions cornéennes dont l'examen nécessite les écarteurs de Desmarres, sont des plus fréquentes et revêtent plusieurs formes : tantôt la cornée jaunâtre et infiltrée au centre se fond et tombe en deux ou trois jours ; dans des cas moins graves, il se forme un ulcère *latéral*, presque transparent et pouvant passer inaperçu

jusqu'à la perforation. Par la perforation centrale, l'iris entier fait hernie et le cristallin est expulsé avec ou sans hémorragie profuse ; dans les cas de perforation latérale toujours moins sérieuse, on peut conserver le reste de la cornée. Les leucomes adhérents et les staphylomes opaques sont des suites fréquentes de l'ophtalmie blennorragique. La panophtalmie est cependant fort rare, malgré la fonte totale de la cornée. Il en est de même des dacryocystites, peut-être (Widmark) à cause de la torsion des canalicules par le gonflement des paupières. Une complication rare, mais qui a été cependant observée aussi bien chez le nouveau-né que chez l'adulte, chez la femme même, est l'apparition d'une *arthrite* chez des sujets où l'inoculation conjonctivale a été la source primitive de l'infection (1).

E. Berger a signalé des abcès *sous-conjonctivaux* comme complication possible. On doit, à notre avis, rechercher la possibilité de *dacryoadénites*.

Dans l'immense majorité des cas, on ne voit pas le trachome compliquer l'ophtalmie blennorragique, ce qui rend difficile à admettre l'opinion de ceux qui leur assignent une même origine génitale (Fuchs). Les rapports de l'ophtalmie d'Égypte avec l'ophtalmie blennorragique et avec l'ophtalmie catarrhale sont encore mal connus (2).

Diagnostic. — Il suffira d'un examen consciencieux pour distinguer la maladie d'une panophtalmie ou du gonflement dû à un phlegmon du sac lacrymal. L'examen bactériologique est franchement indiqué. L'aspect de la sécrétion, le peu de gonflement de la paupière et de la conjonctive seront des présomptions en faveur d'une conjunctivite catarrhale, ou du catarrhe rhumato-blennorragique, si différent de l'ophtalmie ectogène.

Pronostic. — Le pronostic est toujours très grave ; néanmoins il est moins grave chez le nouveau-né et chez l'enfant. Un fait très intéressant est celui de la nocivité beaucoup plus grande du même pus chez l'adulte. Galezowski, Renault, Journiac (3), ont rapporté des cas où l'inoculation *chez l'adulte* du pus des *nouveau-nés* a déterminé les accidents les plus redoutables. Nous avons observé une jeune femme qui aidait une de ses voisines à soigner l'ophtalmie d'un nouveau-né, et qui s'inocula l'œil gauche ; elle perdit l'œil par une ophtalmie à marche foudroyante, tandis que le nouveau-né d'où provenait le pus, guérit de son ophtalmie. On voit donc que, *expérimentalement*, à virulence égale, la gravité est plus grande chez l'adulte.

Il en est de même des yeux d'adultes contaminés avec le pus de la vulvite des petites filles.

(1) Voy. la bibliographie complète dans VIGNAUDON, *Revue des mal. de l'enf.*, 1895.

(2) Voir DÉMETRIADÈS, *Ann. d'ocul.*, 1895.

(3) JOURNIAC, thèse de Montpellier, 1888.

Chez le nouveau-né, s'il n'est pas toujours possible d'éviter de petites taies, on peut toujours, par des soins éclairés, empêcher la perforation, tandis que le pronostic doit toujours être réservé chez l'adulte, tant qu'il y a la plus minime sécrétion.

Traitement. — Le traitement est prophylactique et curatif.

Au point de vue *prophylactique*, il est capital de pratiquer la désinfection sérieuse du vagin de la mère avant l'accouchement par des irrigations au sublimé et au permanganate.

Après la naissance, *avant même* la section du cordon, on essuie les yeux avec du coton hydrophile.

Crédé paraît avoir obtenu des résultats excellents en instillant une goutte de nitrate d'argent à 2 p. 100 dans les yeux. Valude a employé la poudre d'iodoforme à la place du nitrate et les résultats ont paru même meilleurs. Il semble aussi que les rares cas où une ophtalmie se développe malgré ces moyens, soient moins graves. Le jus de citron, l'acide citrique à 5 p. 100, l'acide phénique à 2 p. 100, le permanganate de potasse à 1 p. 2000, les lavages biiodurés paraissent moins efficaces que les précédents. On redoublera de soin dans les accouchements qui ont duré très longtemps. Certains pays ont astreint avec raison les sages-femmes à prévenir un médecin de toute ophtalmie purulente dès son origine. Fieuzal, Brière, Terson père, ont proposé de faire remettre aux parents qui viennent déclarer l'enfant à la mairie une note sur les dangers de l'ophtalmie purulente. Quoi qu'il en soit, ce sont surtout les mesures de désinfection des parturientes qui ont diminué le nombre des ophtalmies.

Le traitement de l'ophtalmie est le même à tout âge, mais il doit être encore plus énergique chez l'adulte.

Lorsque la sécrétion est encore presque séreuse, on a quelquefois recommandé d'éviter la cautérisation, de peur de provoquer une ophtalmie diphtérique. Nous croyons cependant que des instillations biquotidiennes de nitrate d'argent à 1 p. 100 n'ont aucun danger et peuvent avoir une *influence atténuante* des plus heureuses. On fera aussi des irrigations pour lesquelles on doit rejeter comme dangereux le sublimé (Romiée, Abadie) et divers autres antiseptiques, pour employer exclusivement le permanganate de chaux à 1/5000. Les irrigations chez le nouveau-né ne devront jamais être faites avec une seringue ou une poire dont les éclaboussures ont causé de nombreux cas de contagion, mais bien un entonnoir laveur (Foucher, Kalt) qui sera remplacé chez l'adulte par de petites canules en verre aplaties.

On a souvent essayé de traiter (Chassaignac, Kalt) l'ophtalmie des nouveau-nés *par la seule irrigation* sans nitratisation, mais on sera toujours obligé d'en revenir au nitrate, pierre angulaire du traitement qui doit être fait par une main exercée, sous peine d'être dangereux pour la cornée. Mais, même *chez l'adulte*, le traitement

classique par le nitrate, tel qu'il était décrit jusqu'en 1892, était souvent incapable d'amener la guérison (1).

A la période d'état, les cautérisations seront absolument nécessaires; on les pratiquera deux fois par jour avec la solution à 1/30, qui doit être la solution usuelle, les autres solutions et en particulier les crayons, même mitigés, étant dangereux. Pour la cautérisation, il vaut mieux retourner complètement les paupières avec une pince à mors de caoutchouc, que de faire la cautérisation dans le cul-de-sac sans la retourner (Meyer). Des irrigations tièdes avec le permanganate de chaux à 1/5000 (un demi-litre chaque fois) seront faites quatre fois dans les vingt-quatre heures, et on enlèvera toutes les deux heures le pus avec de l'ouate trempée dans la même solution. On neutralisera de suite la cautérisation à blanc avec de l'eau salée et des lavages à grande eau et on n'abandonnera les cautérisations, que l'on peut diminuer de titre, que lorsque la sécrétion n'existe plus. La récurrence pourrait sans cela être observée. Les sangsues sont utiles. Il en est de même des scarifications pratiquées *après* les cautérisations, de l'excision en écumoire du chémosis s'il est très développé, et de la *cautérisation ignée* pratiquée *sur* divers points de ce chémosis. A l'intérieur, l'usage des balsamiques (santal, copahu) ne paraît pas avoir une action rapide, mais est cependant indiquée.

On évitera l'emploi de la glace qui peut donner un œdème dur de la paupière, et on se contentera d'applications froides.

On cesserait les cautérisations pour se borner aux irrigations, si les tissus revêtaient un aspect pseudo-membraneux et lardacé.

L'emploi des irrigations au permanganate *combinées* aux topiques et exécutées sous les paupières, que nous avons remis en lumière en 1892 (2), a constitué un progrès réel dans le traitement de l'ophtalmie purulente. L'irrigation et l'emploi du nitrate sont tellement éloignés de se contrarier, qu'ils n'agissent bien, que combinés. Il nous a été donné de voir des cas soignés par d'autres, soit par les irrigations seules, soit par les cautérisations seules, sans pouvoir tarir la sécrétion, rapidement guéris par notre traitement combiné. Le permanganate de chaux (Panas) remplace avantageusement le permanganate de potasse, plus irritant. L'effet des irrigations au *nitrate* à 1/1000 (Burchardt) est encore à étudier.

S'il se produit des *complications cornéennes*, que l'emploi de coques de verre et l'ectropion temporaire (Fuchs) n'évitent guère, on continuera le même traitement, en protégeant la cornée par une coque d'ouate hydrophile mouillée. Les ulcérations commençantes seront traitées par les onctions iodoformées, le bleu d'éthyle et surtout le thermo ou le *galvanocautére* (Abadie), que l'on emploiera même si

(1) DE WECKER, *Gaz. des hôp.*, 1892.

(2) A. TERSON, *Arch. d'opt.*, 1892.

les ulcérations sont généralisées et qui agit peut-être par sa chaleur rayonnante (Parent). On instillera l'ésérine pour prévenir ou diminuer tout prolapsus irien. Ultérieurement les iridectomies optiques et le traitement des leucomes et des staphylomes seront employés, s'il y a lieu.

Pendant toute la durée de l'ophtalmie, pour éviter la contagion du second œil, surtout pendant le sommeil, on couvrira l'œil sain avec une rondelle d'ouate doublée de gaze au salol et fixée avec du collodion au pourtour de l'orbite. Certains auteurs ont proposé des « boucliers » en verre ou en mica, qui permettent à l'œil de voir, mais l'occlusion est moins inamovible.

Conjonctivites à fausses membranes. — On divise, dans la plupart des auteurs classiques, les conjonctivites pseudo-membraneuses en deux groupes : l'un comprenant les formes légères, superficielles, dites *croupales* ; l'autre les formes graves d'emblée, profondes, destructives, sous le nom de *diphthériques*.

Récemment la bactériologie a démontré que la conjonctivite bénigne peut être d'origine diphthérique, tandis que la plus grave peut ne reconnaître que des streptocoques comme agent étiologique.

Nous rappellerons que, même pour la diphthérie oculaire, Trousseau (1861) désapprouvait ceux qui ne voulaient pas ranger les conjonctivites croupales parmi les affections diphthériques (1). Quelles que soient les différences, dans la plupart des cas, de la forme bénigne et de la forme grave, il est aujourd'hui démontré que Trousseau avait raison.

Les fausses membranes apparaissent quelquefois comme épiphénomène (conjonctivites catarrhales, brûlures, ophtalmie blennorrhagique, etc.), mais sans bacilles diphthériques.

Historique. — Dans la période prébactériologique, déjà Warthon Jones cite l'ophtalmie à fausses membranes. Bouisson en observe des cas et de Graefe écrit ses Mémoires si souvent cités. C'est à sa suite que la plupart des auteurs ont accepté la division fondamentale en conjonctivite croupale et en conjonctivite diphthérique. Cependant, avant tout examen bactériologique, on a remarqué des cas où la forme croupale devenait tout à coup particulièrement grave, et pouvait se compliquer de rhinite, d'amygdalite et finalement de la mort (Mason, Venneman, Coppez). Enfin les recherches bactériologiques ont tout à coup renouvelé la question, complétées par la sérothérapie.

Étiologie. — Cette conjonctivite se développe plus souvent chez l'enfant en bas âge que chez l'adulte.

Elle survient, soit spontanément, soit à la suite d'une maladie infectieuse du sujet ou de son entourage. Cette maladie infectieuse *n'est*

(1) DE WECKER, Thérap. ocul., p. 93.

pas toujours la diphthérie : la rougeole, la scarlatine peuvent la précéder ou coexister avec elle. Certains pays, les pays du Nord en particulier, paraissent engendrer plus de cas graves.

La contagion n'est pas toujours facile à retrouver et n'existe même pas toujours : tantôt il s'agit d'une propagation (diphthérie de la gorge et du nez), tantôt d'une inoculation directe (projection de salive infectée dans l'œil d'un médecin, d'un garde-malade), tantôt c'est au cours d'une épidémie de diphthérie que l'affection se développe sur un certain nombre de sujets.

Dans quelques cas, une origine locale (impétigo des paupières, dacryocystite, etc.) est l'origine de la complication pseudo-membraneuse.

L'adulte, malgré quelques cas malheureux, semble atteint plus souvent de la forme bénigne, et son terrain semble plus réfractaire, même au microbe d'égale virulence, que le nouveau-né. Il semble qu'il y ait là l'inverse de ce qui se passe pour la conjonctivite d'origine génitale, plus grave chez l'adulte.

Symptomatologie. — La conjonctivite pseudo-membraneuse débute par un assez violent catarrhe de la conjonctive. Mais rapidement les fausses membranes apparaissent : dans la forme *légère*, la fausse membrane, qu'il est possible d'arracher avec la pince, est presque toujours unilatérale d'abord : elle siège ordinairement dans un des culs-de-sac et sur la face conjonctivale de la paupière correspondante.

Dans quelques cas exceptionnels, cette forme ulcéro-membraneuse se trouve d'emblée sur le *globe oculaire lui-même* (Terson père). Elle peut se généraliser à toute la conjonctive et tardivement atteindre l'autre œil, probablement par l'intermédiaire des voies lacrymales : c'est la marche que nous appellerons en V.

La maladie dure en général plusieurs semaines, même traitée : son évolution ordinairement bénigne se termine sans laisser de traces. Dans quelques cas, elle entraîne des ulcérations cornéennes qui, mal soignées, pourraient aboutir à une perforation : enfin, très rarement, les phénomènes locaux redoublent tout à coup d'intensité : les paupières s'infiltrent et la maladie, devenue subitement grave, se termine par la destruction de la cornée, ou même par les complications pharyngiennes, laryngiennes et toxiques de la diphthérie grave. Quelquefois (Arlt, Hulme), il y a de fréquentes récidives qui arrivent presque à constituer une forme chronique. (Guibert, Valude.)

La forme *grave* l'est presque toujours d'emblée : la fausse membrane n'est pas toujours généralisée, *confluente*, mais la réaction conjonctivale, palpébrale et générale est extrême. Il y a une *infiltration* du tissu conjonctival et sous-conjonctival ; le gonflement palpébral atteint celui de l'ophtalmie blennorrhagique : les paupières sont dures, lardacées. A la période d'infiltration, pendant laquelle la cornée se *nécrose* le plus souvent en totalité, succède une période de

suppuration, qui n'est autre que la destruction et la chute de l'escarre avec larges éliminations de conjonctive. La maladie se termine par leucome partiel ou total, quelquefois par panophtalmie et atrophie, souvent par *symblépharon partiel*, échancrures cicatricielles du bord ciliaire, et trichiasis, sans préjudice des complications générales de la diphtérie grave.

Le pronostic est donc extrêmement grave. La sérothérapie l'a modifié dans une certaine mesure pour les cas diphtériques, mais il reste des cas à *streptocoques*, qui entraînent des désastres. La marche destructive peut être même *galopante, suraiguë*.

Bactériologie clinique. — Les bacilles de Löffler (fig. 26) ont été

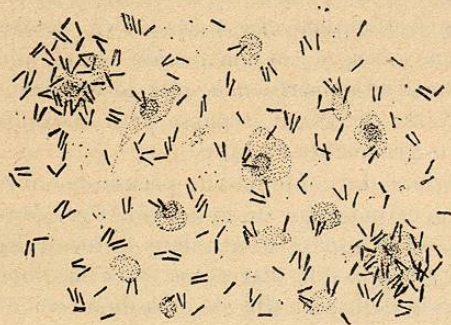


Fig. 26. — Bacilles diphtériques.

mis en évidence dans les formes *bénignes* comme dans les *formes graves* par Morelli, Moritz, Sourdille dans un remarquable Mémoire (1). Ils sont seuls ou associés [staphylocoques (fig. 27), bacilles de Weeks (Morax), streptocoques]; les formes associées au streptocoque sont peut-être plus graves pour la cornée, par suite de l'infection secondaire (Sourdille). Quelquefois on rencontre la variété non viru-



Fig. 27. — Staphylocoques.

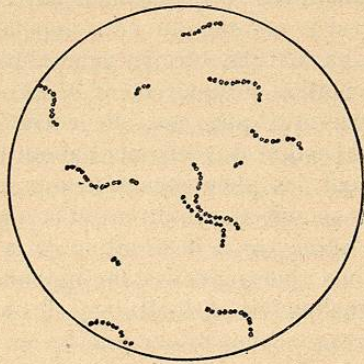


Fig. 28. — Streptocoques.

lente, pseudo-diphtérique (Moritz, A. Terson), le pneumocoque (Morax, Gasparrini).

Le *streptocoque pur* (fig. 28) est le microbe qui a donné peut-être

(1) SOURDILLE, Étude bactériologique sur la diphtérie conjonctivale (*Archives d'opht.*, 1893, et *Gaz. des hôp.*, 1894).

jusqu'ici les formes les plus redoutables de la conjonctivite à fausses membranes (Morax, Darier) et c'est peut-être à lui qu'il faut attribuer le type grave de Graefe, longtemps considéré comme diphtérique. L'inoculation sous-cutanée au cobaye est plus sûre que les inoculations conjonctivales, pour la constatation de la virulence. Il est possible qu'après la guérison le bacille persiste sur la conjonctive, à un degré de virulence variable.

Entre la conjonctivite croupale et la forme interstitielle, il n'y aurait, d'après les expériences de Sourdille, qu'une question de degré.

Diagnostic. — On ne confondra pas une ophtalmie catarrhale, blennorragique, avec la vraie ophtalmie à fausses membranes légère ou grave. Ce diagnostic se réduit à des probabilités, en dehors de l'examen *bactériologique*, qui est *identique à celui* de la diphtérie en général. La culture sur sérum est nécessaire pour mettre en vedette le bacille, s'il existe, et l'injection sous-cutanée au cobaye sert à apprécier la virulence.

Cet examen reste, en tous cas, utile pour savoir ce qu'on fait et ce qu'on traite, pour trouver quelquefois la source du contagé, et pour organiser la prophylaxie de la diphtérie, dans l'entourage, même dans les cas bénins : les cas à streptocoques ne sont peut-être pas moins contagieux.

Traitement. — Le traitement est *prophylactique* et curatif.

Au point de vue *prophylactique*, la sérothérapie préventive pratiquée sur les personnes de l'entourage a pu trouver des défenseurs.

En dehors d'elle, l'isolement relatif du malade, la combustion et la désinfection des objets de pansement sont indiqués. On préservera le second œil par une rondelle d'ouate collodionnée, mais la contagion est toujours possible par les voies lacrymales.

Au point de vue *thérapeutique*, on pratiquera le plus tôt possible l'examen bactériologique pour pouvoir appliquer, sans perdre de temps, la sérothérapie.

Si l'affection bénigne contient le bacille de Löffler, la sérothérapie antidiphtérique est indiquée : elle est inutile dans les autres cas.

Dans les cas à streptocoques purs, la sérothérapie spéciale est encore à l'étude.

Dans le traitement *local*, on doit repousser le nitrate qui ne sert qu'à masquer la symptomatologie. Les onctions de vaseline iodoformée, les instillations de violet de méthyle, les irrigations tièdes des *culs-de-sac* au permanganate de chaux à 1/5000 seront pratiquées. On évitera toute application froide et on enlèvera avec un pinceau coupé court la fausse membrane au fur et à mesure de sa reproduction. Du côté de la cornée, le galvano ou le thermocautère seront employés contre les ulcérations graves.

On a recommandé (Fieuzal, Abadie) le jus de citron, déjà employé contre les angines de même nature (plusieurs affusions par

jour), la glycérine salicylée (Meyer) ou phéniquée (Sourdille) à 1/10. Les glycérolés (Foucher) sont du reste des médicaments qui méritent d'être replacés dans la thérapeutique oculaire courante.

Enfin on soutiendra largement l'état général et on fera une désinfection rhino-pharyngienne soignée.

Il ne faut pas abandonner le traitement *local* qui a fait ses preuves, mais bien le *combiner* à la sérothérapie. Les résultats qu'a donnés l'emploi généralisé de la sérothérapie ont été récemment résumés par H. Coppez et Funck (1) et Morax. Il faut leur attribuer une réelle valeur, mais on ne sera réellement fixé que lorsqu'on aura publié des *séries de cas à type grave* guéris par la sérothérapie.

CONJONCTIVITES VÉGÉTANTES.

Conjonctivite folliculaire. — **Symptomatologie.** — En abaissant fortement la paupière inférieure et en faisant saillir le cul-de-sac, on voit surgir de longues traînées de petits nodules rouge jaunâtre, de la forme et des dimensions du *frai de grenouille*, pouvant gagner le repli semi-lunaire et le cul-de-sac supérieur; mais les lésions sont toujours *plus marquées* dans le *cul-de-sac inférieur* (fig. 29). Le reste de la conjonctive et le bord tarsien supérieur

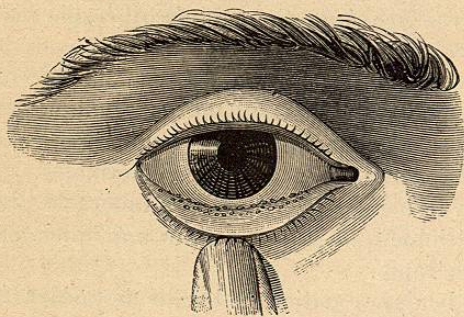


Fig. 29. — Conjonctivite folliculaire.

présentent un peu d'hyperhémie papillaire : une légère gêne, une sensation de gravier, sont les seuls ennuis qu'entraîne la maladie, qui est le plus souvent bilatérale à un degré inégal.

La durée de cette affection est toujours longue : il faut quelquefois plusieurs mois pour arriver à faire disparaître les grains folliculaires.

Très rarement, des infections secondaires fortuites viennent donner une sécrétion catarrhale surajoutée, pouvant provoquer de petits ulcères cornéens.

(1) H. COPPEZ et FUNCK, *Arch. d'opht.*, 1895.

Mais la maladie ne comporte presque jamais, malgré qu'elle récidive quelquefois, un pronostic sérieux et rien ne prouve qu'elle puisse se transformer en trachome.

Étiologie. — Les malades atteints sont le plus souvent des enfants ou de jeunes sujets, avec prédilection pour le sexe féminin. On trouvera fréquemment chez eux un tempérament débilité et languissant, mais rarement scrofuleux, quelquefois un état général excellent. Une mauvaise hygiène, un air confiné, les irritations extérieures (atropine), peuvent jouer un rôle, de même que l'habitation dans des lieux humides. La contagiosité demande à être démontrée.

Diagnostic. — La présence de volumineux follicules et la longue durée de l'affection feront séparer la conjonctivite folliculaire du *simple catarrhe*.

Dans le soi-disant catarrhe printanier, nous trouvons des productions sur la conjonctive tarsale et autour du limbe, n'existant pas dans la maladie folliculaire.

Avant tout, on examinera le *cul-de-sac inférieur*, qui, lésé particulièrement dans la conjonctivite folliculaire, est la *pierre de touche* de la maladie. Dans le *trachome*, les lésions sont beaucoup plus accentuées à la *paupière supérieure* et au niveau du tarse : les lésions cornéennes si fréquentes, le pannus, accentueront les différences et les affections pourraient du reste se compliquer sans se confondre.

Traitement. — A l'exception des cas à catarrhe marqué, on s'abstiendra des caustiques en solution forte.

Des lavages antiseptiques au biiodure à 1/20000, des instillations de nitrate à 1 p. 100, seront prescrits deux fois par jour.

Dans certains cas, nous nous sommes bien trouvés de quelques légères scarifications et mouchetures au faisceau d'aiguilles à tatouage utilisées par Armaignac dans le trachome.

Si ces divers moyens ne donnent pas de résultat rapide, on cautérise tous les jours au *crystal d'alun*.

Ce qui est aussi important, c'est de modifier l'état général. L'exercice au grand air, le changement de séjour, une alimentation tonique, les préparations arsenicales, sont recommandables.

Les verres fumés seront portés à la lumière vive. Enfin on examinera les fosses nasales, comme dans la plupart des conjonctivites.

Conjonctivite trachomateuse (1). — Vu sa fréquence dans les pays méridionaux, le trachome a été parfaitement décrit par les auteurs anciens (Hippocrate, Celse, etc.), et un traitement chirurgical, que le XVIII^e siècle et le XIX^e siècle ont successivement repris sans grandes modifications, était déjà appliqué à la maladie.

Les épidémies qui ont suivi les expéditions françaises en Égypte ont été l'objet de nombreux travaux, surtout en Belgique, et, plus

(1) τράχως, rugueux.