aiguë. C'est ainsi que s'expliquent les conjonctivites à répétition auxquelles sont exposés certains sujets.

La conjonctivite chronique peut, à la longue, se compliquer de petites ulcérations de la cornée qui, sans présenter de gravité, sont d'une guérison difficile.

Traitement. — Le traitement de la conjonctivite catarrhale est avant tout un traitement local. On s'abstient généralement aujourd'hui d'administrer les purgatifs, le calomel à l'intérieur, qu'on prescrivait autrefois avec l'intention d'établir une dérivation sur le tube digestif. Les bains de pieds à la moutarde peuvent être supprimés sans inconvénient et l'intensité de l'inflammation obligera bien rarement à recourir aux applications de sangsues.

On s'appliquera à écarter les causes qui ont pu être l'occasion de la maladie et l'on prescrira les précautions hygiéniques propres à en atténuer les effets. Le malade sera soustrait à l'action des poussières irritantes, de la fumée, de l'éclairage artificiel; on lui fera porter des conserves à verres bleus ou fumés, et l'on supprimera le bandeau, qui fatigue les paupières, retient les sécrétions et qui, les deux yeux étant en général simultanément atteints, impose au patient une cécité artificielle. On le préviendra surtout de la contagion possible de l'affection et on l'astreindra à brûler les linges ou les tampons de coton hydrophile qui auront servi aux lavages de la conjonctive.

Dès que le diagnostic est établi, on essaie le traitement dit abortif. Il consiste à passer sur la face interne des paupières préalablement retournées un pinceau trempé dans une solution à 1 ou 2 pour 100 de nitrate d'argent. La muqueuse blanchit légèrement et sans s'astreindre à neutraliser par l'eau salée l'excédent du collyre, on lave largement les paupières avec la solution d'acide borique, aussitôt que la cautérisation est effectuée.

Après une exacerbation momentanée des symptômes, il est rare que ce traitement ne soit suivi d'une amélioration notable; dès le lendemain, la sécrétion catarrhale est très amoindrie et a quelquefois disparu.

Horst a vanté l'application faite avec un pinceau sur la conjonctive de la solution suivante : Eau 100 grammes; sulfate de zinc, 2 grammes; chlorhydrate d'ammoniaque, 0gr,75; camphre, 0gr,45; safran, 10 grammes.

Des lotions répétées toutes les heures avec la solution saturée d'acide borique suffisent dans l'intervalle des cautérisations qui n'ont jamais besoin d'être répétées plus d'une fois dans les vingt-quatre heures. Nous rejetons complètement l'emploi des solutions phéniquées même très affaiblies. D'un effet favorable dans certains cas, elles déterminent parfois des accidents d'irritation de la peau. La solution aqueuse de naphtol à 1/000 peut être employée à la place de la solution

Dans la forme chronique de la maladie, les cautérisations au nitrate d'argent sont encore utiles, mais on ne devra pas en prolonger l'emploi. On pourra remplacer la solution d'acide borique par une solution à 1 pour 500 de sulfate de zinc. On combattra l'état hypertrophique de la muqueuse par de légers attouchements avec le crayon de sulfate de cuivre. Dans quelques cas même on devra pratiquer des scarifications de la muqueuse. Il faut compter surtout, pour abréger la durée de la maladie, sur l'hygiène générale. Il sera donc quelquefois nécessaire de conseiller le séjour à la campagne aux sujets lymphatiques et arthritiques particulièrement atteints par cette affection.

4º CONJONCTIVITE PURULENTE

La conjonctivite purulente se distingue de la conjonctivite catarrhale par la nature de sa sécrétion et surtout par la fréquence des complications cornéennes qui en font une affection d'une extrême gravité si on la compare à la bénignité habituelle de la conjonctivite catarrhale.

La conjonctivite purulente s'observe surtout : 1º chez les nouveau-nés; 2º chez l'adulte, dans le cours de la blennorragie. Mais comme il semble démontré, par les recherches les plus récentes, qu'elle résulte, dans ces différentes circonstances, d'un même agent infectieux, nous ne décrirons pas séparément, comme on le fait d'ordinaire, la conjonctivite des nouveau-nés et l'ophtalmie blennor-

Étiologie. — La question qui domine toute l'histoire de la conjonctivite purulente est celle de la contagion. Le mode de transport de l'agent infectieux sur la conjonctive n'est pas toujours facile à démontrer, mais il y a tout avantage à raisonner comme si la démonstration était faite, parce que cette manière de voir conduit à des mesures prophylactiques dont l'importance ne saurait être méconnue.

Conjonctivite des nouveau-nés. — L'existence d'un écoulement vaginal chez la mère est, le plus habituellement, la cause du développement de la conjonctive purulente de l'enfant. L'inoculation se fait au moment du passage de la tête. Il arrive aussi que la contagion a lieu après la naissance et accidentellement par l'intermédiaire des linges, des éponges. Dans les Maternités, ce dernier mode de contagion était fréquent à l'époque où aucune précaution n'était prise pour éviter la contamination. C'est ainsi que s'expliquaient les épidémies si fréquentes à la Maternité de Paris et à l'hospice des Enfants-Assistés.

On rattachait alors à l'influence puerpérale, comme l'avaient fait Trousseau et Lorain pour l'érysipèle des nouveau-nés, le développement de l'ophtalmie purulente. Lederschold (de Stockolm) avait cependant déjà noté la plus grande fréquence de la maladie chez les enfants dont les mères étaient atteintes d'écoulement vaginal. Tyler Smith avait supposé en outre que l'acidité de l'écoulement plutôt que la purulence devait être incriminée.

Aujourd'hui c'est à la présence souvent constatée du gonocoque de Nesser, qu'il faut rapporter l'origine de la maladie.

L'existence d'un écoulement infectieux chez la mère ne suffit pas cependant pour provoquer fatalement l'ophtalmie purulente. Il y a encore une question de terrain pour l'inoculation. Il faut que la conjonctive soit apte à la pullulation du microbe. A ce titre, on peut faire intervenir les causes prédisposantes telles que la faiblesse congénitale de l'enfant, l'influence du froid, de l'humidité si souvent invoquées autrefois.

La propagation de la maladie par l'atmosphère paraît rare. Cependant l'examen microscopique des poussières recueillies dans les salles d'hôpital y ayant fait reconnaître (Chalvet) la présence de débris épithéliaux, on ne peut nier ce mode de propagation.

Conjonctivite blennorragique. — L'observation a démontré depuis longtemps la fréquence de l'ophtalmie purulente chez les individus atteints de blennorragie. On sait aujourd'hui que le pus blennorragique transporté sur la conjonctive y détermine le développement de l'ophtalmie purulente. Toute conjonctivite chez un blennorragique n'est cependant pas nécessairement le résultat d'une inoculation. Le professeur A. Fournier admet l'existence d'une conjonctivite catarrhale ou rhumatismale se montrant en même temps que les accidents articulaires ou alternant avec eux. Cette ophtalmie, qui ne devient pas purulente, ne serait pas le résultat d'une inoculation, mais la manifestation d'une infection générale.

La conjonctivite blennorragique se rencontre chez l'homme dans une proportion infiniment plus considérable que chez la femme. Cette différence se comprend si l'on réfléchit aux différences d'habitudes et de costume. Les hommes atteints de blennorragie se livrent, en dehors même de la miction, à des examens répétés de leurs organes génitaux et ont les doigts fréquemment souillés par l'écoulement urétral. Ces conditions n'existent pas chez la femme.

C'est le plus souvent par les mains souillées que le pus est porté sur la conjonctive. La plus grande fréquence de la conjonctivite sur l'œil droit résulterait de l'usage prédominant de la main droite. On aurait même noté que la maladie débute plus souvent sur l'œil gauche, chez les individus gauchers. Il ne peut, on le comprend, y avoir rien d'absolu à cet égard.

Une circonstance qui nous a toujours paru avoir une grande importance dans l'étiologie de la conjonctivite purulente, c'est l'usage malheureusement trop répandu dans la classe ouvrière d'employer l'urine à des lotions de l'œil. On comprend le danger d'une semblable habitude dans le cours d'une blennorragie. Plusieurs des malades atteints d'ophtalmie purulente que nous avons interrogés sur ce point, nous ont avoué avoir pratiqué ces lavages.

Il semble que le pus blennorragique ne soit pas également inoculable dans toutes les conditions. La sécrétion blennorragique étendue de 50 à 100 fois son poids d'eau n'est plus inoculable; desséchée sur des linges, elle paraît aussi perdre ses qualités virulentes au bout de trente-six à quarante-huit heures.

Quoi qu'il en soit, le développement de l'ophtalmie blennorragique s'observe surtout dans la classe pauvre. Elle est rare chez les individus soigneux de leur personne. Lorsque la conjonctivite s'est développée sur un œil, il y a de grandes chances pour que l'inoculation se fasse à l'autre œil.

Les personnes qui entourent le malade, le médecin lui-même, ne sauraient user de trop de précautions pour se préserver d'une inoculation accidentelle.

Desmarres a décrit une conjonctivite purulente chez les petites filles (conjonctivite leucorrhéique ou vaginale). Elle résulterait aussi d'après lui du transport par les doigts de la matière de l'écoulement dont les petites filles sont souvent atteintes et aurait une gravité moindre que l'ophtalmie blennorragique.

L'ophtalmie d'Égypte n'est qu'une forme d'ophtalmie purulente endémique sur les bords du Nil.

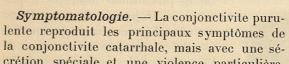
Après ce que nous venons de dire sur les conditions de développement de l'ophtalmie purulente, il nous paraît inutile d'énumérer les autres causes invoquées à une époque où l'on ignorait les propriétés virulentes du pus blennorragique. Les théories fondées sur l'idée de métastases, de sympathie de l'œil, ou encore d'une simple coïncidence n'ont plus besoin d'être discutées.

Le gonocoque décrit pour la première fois par Neisser (Centralblatt f. d. med. Wissenschaft, nº 28, 1879) est un coccus arrondi, de grandes dimensions pou-

vant atteindre 0,6 µ. Il existe soit libre dans le pus, soit renfermé dans le protoplasma des globules de pus et des cellules épithéliales.

Bumm a constaté qu'il s'insinue entre les cellules épithéliales de la conjonc-

tive et pénètre jusqu'au corps papillaire. Il détermine une diapédèse abondante et une sécrétion fibrineuse autour des cellules lymphoïdes et des cellules épithéliales. C'est parce que l'inflammation développée par sa présence est parenchymateuse, que les conséquences de l'ophtalmie purulente sont si fâcheuses pour la vitalité des tissus.



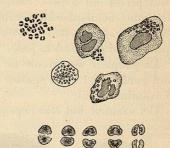


Fig. 55. - Gonocoque.

crétion spéciale et une violence particulière. Elle s'en distingue surtout par la fréquence et la gravité des lésions de la

cornée qui sont rares, au contraire, dans la conjonctivite catarrhale.

Nous admettrons, avec la plupart des auteurs, trois périodes dans la description des symptômes : la première dans laquelle on constate les signes d'une inflammation catarrhale vive; la seconde caractérisée par l'apparition de la sécrétion purulente; la troisième par les lésions de la cornée.

Dans un certain nombre de cas, surtout si la conjonctivite est régulièrement traitée, la troisième période ne se produit pas et est remplacée par le retour à l'état normal ou le passage à l'état chronique.

Première période. — La rougeur, la chaleur, la tuméfaction et la douleur caractérisent cette période comme dans l'inflammation catarrhale.

L'injection débute par la conjonctive palpébrale, dont la rougeur est vive, avec un aspect luisant de la muqueuse. Il y a une sensation de gravier, des démangeaisons et une sécheresse plus marquées que dans la simple conjonctivite catarrhale. Sur le bulbe, les vaisseaux conjonctivaux sont fortement injectés, et presque toujours les vaisseaux sous-conjonctivaux se dessinent également autour de la cornée. Souvent on remarque des ecchymoses sur la conjonctive.

L'élévation de température est appréciable à la main sur les paupières. Elle se traduit surtout pour le patient par une sensation de cuisson.

La douleur, souvent vive et lancinante au début, disparaît ensuite. A son siège et à ses irradiations on reconnaît qu'elle dépend d'une névralgie concomitante de la cinquième paire.

Il s'établit rapidement une sécrétion abondante de larmes; cette sécrétion prend une teinte citrine signalée par Desmarres, et qu'il faut, sans doute, attribuer au mélange d'une petite quantité de la matière colorante du sang provenant des ecchymoses. Bientôt des filaments muqueux se mélangent à la sécrétion. La tuméfaction de la muqueuse augmente et produit souvent un léger ectropion. On constate que les papilles de la muqueuse sont fortement gonflées et saillantes.

La durée de cette période peut être très courte. On la voit rarement se prolonger au delà de trente-six heures.

Deuxième période. — Alors apparaît la sécrétion caractéristique du pus, en TRAITÉ DE CHIRURGIE, 2º édit. — IV.

même temps que du côté de la conjonctive la tuméfaction augmente dans des proportions considérables.

La tuméfaction des paupières devient énorme. La paupière supérieure surtout prend un aspect caractéristique. Elle forme une saillie uniformément arrondie, hémisphérique, rouge et luisante, qui recouvre en partie la paupière inférieure. Sur celle-ci l'écoulement de la sécrétion produit une irritation vive qui s'étend parfois à la joue.

La paupière supérieure ne peut être volontairement relevée et, en raison de son gonflement et du spasme de l'orbiculaire qui s'y joint, il devient très difficile d'evaminer l'œil

Cet examen doit être cependant pratiqué d'une façon complète et avec cer-

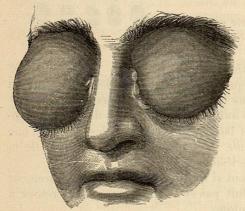


Fig. 56. — Aspect des paupières dans la conjonctivite purulente.

taines précautions destinées à prévenir la projection du pus. Il est arrivé malheureusement quelquefois que le pus projeté au moment de l'écartement des paupières a atteint l'œil du chirurgien ou des aides.

On se servira d'écarteurs à main pour soulever la paupière supérieure. On découvre ainsi la conjonctive qu'on trouve d'un rouge sombre, boursouflée, saignante, d'aspect granuleux et abondamment baignée d'un pus jaunâtre ou verdâtre. Sur le bulbe oculaire elle forme un chémosis plus ou moins prononcé. Ce chémosis est toujours plus accentué

dans la moitié inférieure et au niveau du cul-de-sac inférieur que dans la moitié supérieure, où la pression plus considérable de la paupière correspondante l'empêche de se développer aussi facilement.

Dans les cas graves, le chémosis forme un bourrelet saillant, à bords nettement accusés qui enchâsse complètement le limbe cornéen et quelquefois même le recouvre en partie.

La sécrétion du pus est assez abondante pour qu'il soit nécessaire de l'enlever par des irrigations si l'on veut procéder à un examen complet. Chassaignac a décrit des cas où le pus se concrète entre les paupières et forme au-devant de la cornée une sorte de membrane jaunâtre qu'on pourrait prendre pour la cornée sphacélée.

C'est surtout vers le grand angle de l'œil que le pus s'accumule.

A cette période, on constate encore l'intégrité de la cornée qui a conservé sa transparence. On remarque aussi que la lumière est assez bien supportée pendant cet examen. Il y a donc peu ou pas de photophobie.

L'engorgement du ganglion préauriculaire accompagne habituellement cet appareil inflammatoire. Il n'est cependant pas pathognomonique, comme l'avait pensé Hairion (de Louvain). Il témoigne, quand il existe, des qualités virulentes de la sécrétion.

Cette sécrétion en effet est éminemment inoculable. Portée sur une conjonctive saine, elle y détermine presque toujours une inflammation de même nature. Aussi est-il fréquent de voir les deux yeux pris successivement chez le même

sujet. Dans les expériences qui ont été pratiquées, on a même vu le pus de la conjonctivite purulente produire une ophtalmie ayant tous les caractères de l'ophtalmie diphtéritique.

La maladie peut d'elle-même s'arrêter à cette période, sans qu'il se produise de complications cornéennes. Bumm pense que dans ces cas, le terrain devient impropre au développement ultérieur des gonocoques. Ce qui est certain, c'est que toutes les lésions de la muqueuse disparaissent alors sans laisser de traceset que la guérison est complète en une quinzaine de jours. Il est plus habituel lorsque la conjonctivite purulente ne dépasse pas cette seconde période, de la voir, même lorsqu'elle a été régulièrement traitée, passer à l'état chronique.

Troisième période. — Cette troisième période est marquée par le retour des douleurs qui souvent avaient à peu près disparu au moment de l'établissement de la suppuration et par les lésions de la cornée.

Les douleurs dans l'œil atteint sont tensives et lancinantes; elles s'exaspèrent à certains moments et présentent même de véritables accès revenant parfois à intervalles réguliers. Ces accès sont, dit-on, plus fréquents au commencement de la nuit. Ces douleurs, qui ont pour siège les terminaisons des nerfs ciliaires, résultent d'une augmentation de tension de l'œil et sont sans doute en rapport avec l'hyperémie de la choroïde et des membranes profondes dont Giraldès admettait l'existence dans l'ophtalmie purulente.

Dans d'autres cas, les douleurs se manifestent surtout au pourtour de l'orbite, dans la région fronto-temporale. Elles s'irradient dans les rameaux du nerf sus-orbitaire.

La tuméfaction et la tension des paupières persistent ainsi que la production abondante du pus, lorsque doivent se produire les lésions de la cornée. Le chémosis a souvent acquis dès lors un volume tel qu'il déborde et recouvre une partie de la périphérie de la cornée. C'est par suite de l'étranglement des vaisseaux résultant du volume excessif acquis par le chémosis que la vitalité de la cornée se trouve compromise et que s'expliquent les lésions nécrobiotiques dont elle est atteinte.

Les complications cornéennes se produisent sous deux formes : 1° les ulcères; 2° l'infiltration et la nécrose totale de la cornée.

Si l'on examine la cornée attentivement, au besoin à l'aide de l'éclairage oblique et après avoir enlevé le pus par des lavages abondants, on constate, lorsque les symptômes indiqués ci-dessus ont acquis toute leur intensité, qu'elle présente un peu de dépoli et souvent une teinte légèrement grisâtre. Dans le cas où une ulcération existe déjà, elle se montre sous la forme d'une petite perte de substance arrondie, dont le fond et les bords conservent parfois la transparence du tissu cornéen à peu près sain. Les progrès de cette ulcération sont souvent très rapides et elle tend à gagner en profondeur. Il se peut cependant que le travail de destruction qui s'opère dans les couches profondes de la cornée soit masqué par le refoulement en avant de la membrane de Descemet sous la pression exagérée des humeurs de l'œil. Le fond de l'ulcère est alors repoussé à mesure qu'il s'amincit et il arrive même, à la fin, qu'il dépasse le niveau de la surface des parties voisines. Une perforation imminente peut ainsi échapper à l'observation.

Si le traitement agit efficacement, les ulcérations de la cornée n'aboutissent pas à la perforation et se réparent ultérieurement en laissant une opacité circon-

scrite. Si la perforation spontanée se produit, il s'écoule aussitôt une certaine quantité d'humeur aqueuse et le malade en est averti par une sensation brusque de détente, suivie généralement de la cessation des douleurs.

Dans les cas heureux, l'issue de l'humeur aqueuse et le soulagement qui en résulte impriment à l'inflammation une marche favorable et l'ulcère, après être resté quelque temps fistuleux, se cicatrise comme dans le cas précédent, ne

laissant après lui qu'une petite opacité.

Le plus souvent, par suite de la situation de l'ulcère ou de ses dimensions plus considérables, l'iris s'engage dans la perforation. Il se produit alors une hernie de cette membrane et la cicatrisation se fait en laissant subsister une adhérence de l'iris au leucome cornéen (leucome adhérent). Outre la déformation de la pupille, l'enclavement de l'iris dans la cicatrice a des inconvénients sérieux pour l'avenir. Il expose à des accidents d'irido-choroïdite résultant du tiraillement des extrémités des nerfs ciliaires que renferme le tissu irien. Ces accidents ont aussi été attribués à la migration possible vers les milieux de l'œil de microbes venus de l'extérieur, grâce à la perméabilité du tissu irien enclavé dans la cicatrice de la cornée.

Quoi qu'il en soit, l'existence d'une ulcération même circonscrite de la cornée, au cours d'une ophtalmie purulente, doit être toujours considérée comme une complication grave.

Plus grave encore est l'infiltration purulente totale de la cornée qu'on observe quelquefois. Dans ces cas, on voit la cornée perdre sa transparence dans la plus

grande partie de son étendue et prendre une teinte jaunâtre due à l'infiltration de pus dans son épaisseur. On l'a comparée, dans cet état, à un parchemin mouillé. Elle se nécrose alors rapidement, se perfore en plusieurs points et est éliminée en partie ou en totalité.

L'évacuation de l'humeur aqueuse est

quelquefois suivie de celle du cristallin et

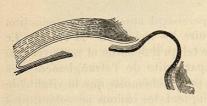


Fig. 37. — Prolapsus de l'iris après une perforation de la cornée.

d'une partie du corps vitré. Dans ce cas, la fonte purulente de l'œil en est le résultat. Lorsque la zone de Zinn a résisté, l'iris, poussé en avant, vient combler la perte de substance de la cornée et former un staphylome plus ou moins irrégulier.

Il arrive quelquesois que l'infiltration de pus dans la cornée reste circonscrite. Il se forme un abcès qui s'ouvre soit au dehors, soit dans la chambre antérieure, suivant sa situation, ou des deux côtés à la fois entraînant les conséquences des persorations cornéennes.

Dans quelques cas qui ne sont pas les moins graves, on voit la cornée éliminée en totalité par un mécanisme différent. Elle conserve en partie sa transparence, mais une ulcération se creuse en forme de sillon à sa périphérie, dissimulée en général par la saillie du bourrelet chémosique. Puis, à un moment donné, la perforation se produit au niveau du sillon et la cornée ne tarde pas à se détacher, comme lorsqu'elle a subi l'infiltration purulente totale.

On a décrit la panophtalmite ou phlegmon de l'œil comme une complication possible de la conjonctivite purulente. Il est incontestable que les perforations larges de la cornée sont souvent suivies de la suppuration totale de l'organe avec toutes ses conséquences. Mais la panophtalmite primitive avec purulence

d'emblée des milieux de l'œil est une complication très rare et il est à remarquer que la présence d'un hypopyon dans la chambre antérieure est un fait exceptionnel dans le cours de l'ophtalmie purulente.

Marche. — La conjonctivite purulente, sans complication du côté de la cornée, guérit complètement en une quinzaine de jours, ou passe à l'état chronique. Mais, dans les cas graves, et lorsque doivent survenir les accidents du côté de la cornée, la marche est beaucoup plus rapide et l'on peut voir quelquefois en quarante-huit heures la cornée infiltrée de pus et déjà menacée de nécrose.

On observe aussi des retours subits de la purulence dans le cours d'ophtal-

mies de moyenne gravité, après une amélioration qui semblait promettre une guérison prochaine. Comme nous l'avons indiqué, il est remarquable que les lésions les plus graves de la conjonctive disparaissent sans laisser aucune trace; les lésions de la cornée, au contraire, sont suivies d'o-

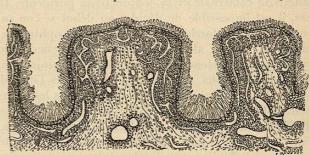


Fig. 58. — Hypertrophie des papilles de la conjonctive, à la suite d'une ophtalmie blennorragique. (D'après Saemisch.)

pacités persistantes, avec hernies de l'iris ou staphylomes plus ou moins étendus. Le passage à l'état chronique consiste le plus habituellement en une hypertrophie de la conjonctive palpébrale avec production à la face interne des paupières de saillies papillaires qui ont pour l'apparence une grande analogie avec les granulations. Les papilles hypertrophiées forment quelquefois des séries d'excroissances polypiformes très résistantes au traitement et peuvent donner lieu à des altérations secondaires de la cornée.

Variétés. — La description qui précède s'applique à l'ophtalmie purulente en général, telle qu'on l'observe chez l'adulte à la suite de l'inoculation accidentelle du pus blennorragique ou de la contagion d'une ophtalmie de même nature.

La conjonctivite blennorragique n'a donc pas besoin d'être décrite à part. Il suffit de rappeler qu'elle se développpe par inoculation à toutes les périodes de la blennorragie, et que le pus des écoulements urétraux les plus anciens peut lui donner naissance. Il est indispensable de prévenir les individus atteints de ces écoulements de la possibilité d'une inoculation. Mais c'est une erreur de croire, comme on l'a fait à une certaine époque, que l'écoulement urétral diminue ou se supprime pendant la durée de l'ophtalmie blennorragique.

Conjonctivite purulente des nouveau-nés. — Le plus souvent l'ophtalmie des premiers temps de la vie est le résultat d'une inoculation effectuée au moment de l'expulsion de la tête dans l'accouchement. Dans ce cas, elle apparaît au troisième ou quatrième jour après la naissance.

Elle diffère, par certains caractères, de l'ophtalmie purulente de l'adulte. Elle est surtout localisée à la conjonctive palpébrale. Rarement la conjonctive bulbaire présente un chémosis notable. Le pus, souvent très abondant, est parfois teinté en jaune foncé. Cette coloration se rattache à l'existence de l'ictère fréquent dans les jours qui suivent la naissance.

D'une manière générale, la conjonctivite purulente des nouveau-nés est moins grave que celle de l'adulte. Elle menace moins immédiatement la cornée. Cependant on voit encore trop souvent se produire les complications du côté de cette membrane, et la perforation de la cornée est quelquefois suivie de l'expulsion du cristallin et de la formation d'un staphylome ou de l'atrophie de l'œil.

Diagnostic. — Il n'existe pas de ligne de démarcation absolue entre la conjonctivite catarrhale et la conjonctivite purulente. Dans un certain nombre de cas, il est impossible de décider au début si l'on se trouve en présence d'une conjonctivite catarrhale grave ou d'une ophtalmie purulente bénigne. A la première période, alors qu'il n'existe pas encore de sécrétion, l'intensité des symptômes, l'existence d'un chémosis, d'une injection considérable des vaisseaux sous-conjonctivaux, devra faire pencher vers l'idée d'une ophtalmie purulente.

Plus tard, l'apparition rapide du pus dans les sécrétions au lieu des filaments blanchâtres de la conjonctivite catarrhale lèvera tous les doutes. A ce moment d'ailleurs, la tuméfaction considérable des paupières, de la supérieure en particulier, donne à la maladie un aspect vraiment caractéristique.

La seule affection qui, limitée à la conjonctive, pourrait présenter la même physionomie est la conjonctivite diphtéritique. Ainsi que nous le verrons, cette affection ne s'accompagne pas d'injection vasculaire, ni de sécrétion de pus. Il y a infiltration plastique de la conjonctive et sécrétion d'une sérosité louche. Les exsudats pseudo-membraneux qui caractérisent la diphtérie ne se retrouvent pas dans l'ophtalmie purulente. On a décrit cependant quelquefois dans cette dernière, des plaques pseudo-membraneuses ayant quelque analogie avec celles de la diphtérie; mais cette forme est tout à fait exceptionnelle.

Pronostic. — Habituellement bénin pour la conjonctivite purulente des nouveau-nés régulièrement traitée, le pronostic est toujours sérieux pour l'ophtalmie des adultes. Il est extrêmement grave dans certains cas à marche presque foudroyante. Dans les cas ordinaires, lorsqu'un traitement rationnel est institué à temps, la terminaison est généralement favorable. Il faut cependant être très réservé pour le pronostic, car on voit quelquefois les complications éclater d'une manière soudaine ou la purulence reparaître alors que la maladie semblait en voie de régression.

Traitement. — Nous ne passerons pas en revue les divers traitements qu'on a successivement opposés à l'ophtalmie purulente. Après avoir indiqué les moyens prophylactiques dont le chirurgien doit user en présence de cette grave maladie, nous nous contenterons d'exposer le mode de traitement généralement mis en usage par les ophtalmologistes et qui, d'un aveu presque unanime, a donné les meilleurs résultats.

Traitement préventif. — Le traitement préventif de l'ophtalmie pour les individus atteints de blennorragie doit consister dans les soins minutieux de propreté. Avant tout, on devra les avertir du mode habituel d'inoculation. C'est par les mains que le pus est porté sur la conjonctive. Les yeux pourront préventivement être lavés avec une solution de sublimé à 1 pour 2000. On ne fera pas

usage de linges, ni surtout d'éponges pour ces lavages, mais de tampons de coton hydrophile qui seront jetés et brûlés dès qu'ils auront servi. Ces précautions sont indispensables dans les salles d'hôpital et dans les familles pendant tout le cours du traitement d'une ophtalmie déjà déclarée.

Lorsqu'un œil est atteint, l'autre se trouve particulièrement exposé à la contagion. Le malade devra donc être prévenu de ce fait, et pour éviter que, par inadvertance, il transporte avec les mains les sécrétions de l'œil malade sur l'œil sain, on isolera ce dernier. On peut employer dans ce but un petit appareil consistant en un verre fortement bombé maintenu par un bandeau spécial, ou mieux, comme le conseille A. Trousseau, un simple verre de montre enchâssé dans du diachylon. L'œil sain sera soigneusement lavé matin et soir, avec une solution antiseptique et restera ainsi protégé pendant toute la durée de la maladie de l'autre œil.

La désinfection des instruments et des objets servant au pansement devra être attentivement surveillée par le chirurgien. Lui-même et ses aides prendront toutes les précautions pour éviter d'être atteints, au moment des cautérisations et des lavages, par la sécrétion purulente qui se trouve quelquefois accidentellement projetée. On a conseillé dans ce but d'interposer entre l'œil sur lequel on opère et le visage du chirurgien et de ses aides une plaque de verre de dimensions suffisantes. Abadie a fait fabriquer des lunettes bombées spéciales pour cet usage.

La prophylaxie de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés s'obtient par les injections antiseptiques vaginales pratiquées sur la mère avant et pendant l'accouchement, et surtout par les lavages des paupières et de la conjonctive des enfants immédiatement après la naissance et dans les jours qui suivent. En Allemagne, Crédé a inauguré le système des instillations préventives chez tous les enfants, au moment de la naissance, de deux gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 2 pour 100. En France, on se contente le plus communément de laver les yeux pendant les premiers jours avec une solution de sublimé à 1 pour 2000

Traitement curatif. — Dans le traitement de la conjonctivite purulente, il ne faut accorder de confiance qu'à l'emploi des moyens locaux. Le traitement général n'a qu'une importance tout à fait secondaire et ne présente pas d'indications spéciales. Nous sommes loin du temps où, dans le traitement de l'ophtalmie blennorragique, sous l'empire des idées de métastases on conseillait de chercher à rappeler l'écoulement urétral qu'on supposait diminué ou tari par la production du pus à la surface de la conjonctive.

L'emploi des caustiques, spécialement du nitrate d'argent, pour modifier la conjonctive remonte à une époque déjà ancienne. Mais pendant longtemps on se contentait de prescrire des collyres dont on instillait quelques gouttes plusieurs fois par jour entre les paupières. C'est là un moyen insuffisant. D'autre part, avec le crayon de nitrate d'argent, même mitigé, tel que l'employait Desmarres, on risque de dépasser le but et de détruire la muqueuse qu'il s'agit seulement de modifier.

L'usage des larges irrigations, des lavages faits à l'irrigateur pour entraîner mécaniquement le pus incessamment sécrété et en empêcher la stagnation a été surtout préconisé par Chassaignac. Gosselin a eu aussi recours aux irrigations avec l'eau alcoolisée dont le degré alcoolique était porté progressivement de 1 à 10 pour 100.