

gouttes du collyre et écarter ensuite rapidement les paupières; l'œil est alors baigné par la solution médicamenteuse. On peut aussi imbiber de la solution médicamenteuse l'extrémité d'un pinceau dont on badigeonne largement la muqueuse.

Les collyres qui conviennent le mieux dans la forme aiguë de la conjonctivite sont ceux d'azotate d'argent et de sulfate de cuivre à la dose de 0,05 ou 0,10 de sel pour 30 grammes d'eau distillée; on peut leur associer quelques gouttes de laudanum.

Le collyre au nitrate d'argent, le plus généralement employé, est presque regardé comme spécifique contre l'ophtalmie catarrhale; mais, pour que son application soit utile, il faut que l'affection soit exclusivement localisée à la conjonctive et qu'il n'y ait aucun vestige de kératite concomitante; dans le cas contraire, le nitrate d'argent serait nuisible. Pour la même raison, il ne faut pas prolonger trop longtemps son emploi; une ou deux semaines suffisent amplement; on en fait deux ou trois instillations par jour dans l'œil malade. Dixon (1) conseille de laver avant chaque instillation les paupières avec de l'eau tiède, probablement afin de solliciter la dilatation des vaisseaux et d'obtenir du collyre l'effet astringent maximum. Son application est assez pénible; il a pour effet immédiat d'exagérer les symptômes fonctionnels de la conjonctivite; mais quelque temps après se produisent une réaction et une détente très-sensibles.

A côté des collyres qu'on instille dans l'œil, il faut placer les eaux avec lesquelles on lave largement les paupières et qui pénètrent aussi tant soit peu dans l'intérieur de l'œil. On emploie en général dans ce but des décoctions de plantes émollientes ou astringentes. Ainsi, dans les premiers jours d'une conjonctivite aiguë, on se trouve bien de laver souvent l'œil avec une décoction de racines de guimauve et de têtes de pavot. Dès que les symptômes d'acuité ont disparu, j'emploie avec avantage la décoction de racines de ratanhia.

A la période aiguë, on se trouve aussi très-bien de l'application prolongée de compresses imbibées d'eau fraîche; l'action continue du froid fait très-rapidement tomber la douleur et le picotement oculaire, mais il faut éviter de continuer trop longtemps la réfrigération qui peut provoquer des névralgies sus-orbitaires.

Le chémosis, qui complique assez souvent la conjonctivite, exige-t-il un traitement spécial? S'il est accompagné d'une grande tension avec chaleur et rougeur, il est indiqué d'y pratiquer quelques scarifications, et dès qu'on a obtenu une rémission dans les phénomènes inflammatoires, on emploie le collyre à l'azotate d'argent (0,05 à 0,15 de sel d'argent); dans le chémosis séreux, dont la résolution est souvent si longue à se faire, les mouchetures sont aussi très-utiles.

La conjonctivite chronique, primitive ou consécutive à une conjonctivite aiguë, ne cède que difficilement aux divers moyens que nous avons

(1) Holmes, *A system of surgery by various authors (Diseases of the eye, vol. II, p. 678).*

déjà indiqués. Cependant on fera bien d'essayer d'abord les collyres astringents au nitrate d'argent et surtout au sulfate de cuivre, en ayant soin seulement de concentrer la solution (de 0,25 à 0,15 de sulfate de cuivre pour 15 grammes d'eau).

Mais la muqueuse enflammée s'habitue facilement à l'action des divers collyres et l'on est souvent obligé d'avoir recours à des attouchements directs à l'aide des caustiques solides. Un crayon de sulfate de cuivre, promené légèrement sur la surface malade, amène des changements plus rapides et plus satisfaisants que tous les collyres. On renouvelle ces cauterisations tous les trois ou quatre jours, et dans l'intervalle on instille dans l'œil un léger collyre au laudanum ou on lave cet organe avec de la décoction de racine de ratanhia.

La *conjonctivite des culs-de-sac* est souvent très-rebelle à guérir. L'emploi de collyres au sulfate de zinc ou au borax, comme pour les autres variétés de conjonctivite, rend de véritables services, mais le plus souvent, d'après Galezowski, il faut recourir à un traitement chirurgical et rétablir le cours des larmes, soit par des injections, soit au moyen de l'incision des conduits lacrymaux.

b. — *Conjonctivite papuleuse.*

On donne le nom de *conjonctivite papuleuse, pustuleuse, phlycténulaire, plastique*, à une affection caractérisée par le développement sur la muqueuse oculaire d'une petite élevation qui se présente sous la forme tantôt d'une vésicule, tantôt d'une papule ou d'une pustule. En tenant compte des circonstances étiologiques dans lesquelles elle apparaît, on l'a aussi appelée *conjonctivite eczémateuse* ou *scrofuleuse*.

ÉTILOGIE. — Cette forme de conjonctivite est extrêmement fréquente, et pour ainsi dire spéciale à l'enfance. C'est exceptionnellement qu'on l'observe au delà de vingt à vingt-cinq ans; pourtant le fait est peut-être plus commun qu'on ne pense, l'affection étant en général assez bénigne pour que le chirurgien ne soit pas consulté.

L'influence de la constitution et du tempérament individuel sur le développement de cette affection n'est pas douteuse. On s'accorde à la considérer, dans la plupart des cas, comme une manifestation de la scrofule. Elle est l'apanage, en effet, de ces enfants pâles, blonds, chétifs, et qui présentent simultanément des otorrhées, du coryza, des engorgements ganglionnaires, de l'impétigo de la face ou du cuir chevelu. Les statistiques du reste nous renseignent peu sur la fréquence réelle de cette manifestation: d'après Beer, elle serait considérable. Mais on n'a pas jusqu'ici recherché si cet état de la conjonctive coïncide plutôt avec telle ou telle manifestation cutanée ou ganglionnaire. Wecker fait d'ailleurs remarquer qu'on met volontiers sur le compte de la scrofule chez les enfants bien des accidents qui ne sont pas immédiatement constitutionnels.

Quoi qu'il en soit, il paraît incontestable que si le tempérament lymphatique prédispose à la conjonctivite phlycténulaire, les mauvaises conditions d'hygiène et de nourriture exagèrent singulièrement la prédisposition. C'est dans les quartiers populeux et pauvres que la maladie est la plus commune.

On a insisté sur la coïncidence de l'ophtalmie pustuleuse avec la dentition : on l'a vue aussi alterner avec la production d'orgeolets et d'éruptions cutanées.

Il n'est pas douteux que sous le nom de conjonctivite pustuleuse, on ne confonde des états d'origine et de nature différentes. Il y a évidemment des cas où la même lésion anatomique est l'expression de diathèses fort différentes. C'est ainsi que certaines conjonctivites pustuleuses doivent être considérées comme des *zonas de la branche ophthalmique* (1); d'autres se rattachent à l'eczéma arthritique ou dartreux; enfin le psoriasis, quand il s'étend de la peau à la muqueuse oculaire, détermine de petites élevures et des conjonctivites extrêmement tenaces. Doumic rapporte que, sous l'influence d'un embarras gastrique, il vit apparaître chez un homme de trente-cinq ans, en même temps que l'herpès du nez et des lèvres, des vésicules sur la conjonctive. Lui-même, à la suite du contact d'une matière virulente sur sa conjonctive, vit se développer deux papules qui paraissaient n'avoir aucun caractère spécifique.

Il résulte de ces considérations que, tout en regardant l'ophtalmie pustuleuse comme habituellement de nature scrofuleuse, il ne faudrait pas conclure de son existence au tempérament lymphatique du sujet. Sous ce rapport, il est indispensable d'examiner simultanément l'état de la peau, qui indiquera presque toujours à quelle diathèse on a affaire.

SYMPTOMATOLOGIE. — La conjonctivite papuleuse débute par l'apparition

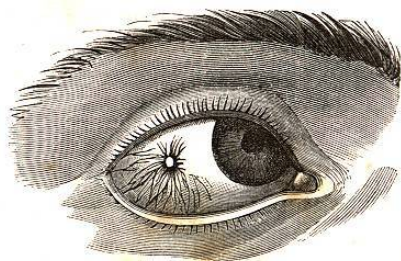


FIG. 46. — Conjonctivite papuleuse.

de vaisseaux sanguins disposés sous forme d'éventail, dont la pointe est dirigée vers la cornée, et la base vers le fond du globe oculaire. Le nombre des vaisseaux est quelquefois très-restreint; mais le plus souvent on en distingue une vingtaine. Cet arc vasculaire est généralement formé de deux plans, dont le plus superficiel se laisse facilement déplacer. Cette apparition de petits

vaisseaux à la surface de la conjonctive est ordinairement isolée, le reste de la muqueuse est sain et nullement injecté.

Après un ou deux jours, on voit apparaître, au sommet du pinceau vasculaire, de petits points blanchâtres qui se confondent en grandissant,

(1) Consultez sur ce sujet l'excellente thèse de A. Hybord, *Du zona ophthalmique et des lésions oculaires qui s'y rattachent*. Thèse de Paris, 1872.

et constituent une élevure papuleuse. Ces petites élevures sont formées par le dépôt, dans le tissu cellulaire sous-conjonctival, d'une matière plastique jaunâtre, de consistance demi-liquide; elles varient du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de millet.

Ordinairement la papule qui donne à cette conjonctivite un cachet spécial est unique : d'autres fois, on en trouve plusieurs, et il n'est pas rare alors de voir à chacune d'elles correspondre un faisceau vasculaire spécial.

La lésion de la conjonctive s'arrête parfois à ce degré; mais souvent aussi, à la papule succède l'évolution d'une *vésicule* ou d'une *pustule*. On voit alors, sur la petite masse plastique dont nous avons parlé, se former une élevure mince et transparente, ordinairement très-petite : il faut même quelquefois la loupe pour constater la nature vésiculeuse de l'affection, comme pour certains eczemas. D'autres fois la petite bulle devient opalescente, puis jaunâtre, et simule tout à fait l'apparence d'une pustule, qui peut même s'ombiliquer. Enfin, dans quelques cas, plusieurs séries de ces vésico-pustules se montrent successivement, et peuvent, en s'ouvrant, donner naissance à de petites ulcérations.

Le siège de ces papules est fort variable. Leur caractère commun est d'occuper toujours la conjonctive oculaire, jamais la conjonctive palpébrale : on peut même dire qu'il est de règle qu'elles occupent toujours les parties de la conjonctive les plus voisines de la cornée : on n'a pas l'explication anatomique de ce fait.

Il n'est pas indifférent, au point de vue des symptômes et de la marche de la maladie, de voir siéger les pustules dans tel ou tel point. On doit sous ce rapport établir une distinction fondamentale, suivant que la pustule est placée en dehors de la cornée, ou qu'elle s'est développée sur cette membrane. Les cas intermédiaires sont ceux où elle empiète à la fois sur la conjonctive et sur la cornée.

Lorsque la pustule est exclusivement conjonctivale, l'affection est en général fort simple. Au bout de quelques jours, on voit se résorber le petit noyau plastique sous-muqueux, en même temps que l'injection vasculaire pâlit, et la conjonctive revient à son état normal. D'autres fois les vésicules s'ouvrent et les produits de sécrétion sont balayés par les larmes. Enfin, quand la papule est passée à l'état de pustule, elle se tuméfié, se ramollit et finit par s'ouvrir, en laissant après elle une petite ulcération circulaire qui ne tarde pas à guérir. Mais cette dernière forme s'accompagne souvent de complications, et parfois même elle peut donner lieu à un amincissement de la sclérotique qui la prédispose à la formation d'un staphylôme.

Dans cette variété simple de conjonctivite pustuleuse, les signes fonctionnels sont fort peu marqués : de la gêne dans les mouvements de l'œil, une sensation de graviers et du larmolement sont les seuls symptômes qu'on observe. Pourtant, dans quelques cas, même sans complications cornéennes, on voit se développer des douleurs névralgiques assez in-

tenses, qui coïncident souvent avec une éruption d'herpès sur le trajet des rameaux de la branche ophthalmique, et plus particulièrement sur le trajet du rameau nasal.

Une complication que l'on rencontre quelquefois est l'*épisclérite*, ou l'inflammation de la sclérotique. Elle se caractérise par une rougeur lie-de-vin du globe de l'œil, en un point limité siégeant au pourtour de la cornée. Cette complication n'a pas de gravité par elle-même, mais elle est tenace et entraîne un retard considérable dans la guérison.

Lorsque les pustules siègent sur la cornée, ou sur les limites de l'insertion de cette membrane, l'évolution anatomique accomplit exactement les mêmes phases, mais les symptômes et les conséquences de l'affection sont bien plus sérieuses. On voit dans ces cas une infiltration, d'abord limitée, apparaître le long du bord externe de la cornée, en même temps que les vaisseaux conjonctivaux, anormalement développés, viennent y aboutir par un pinceau plus ou moins large. Le tissu cornéen se boursoufle et devient d'un gris jaunâtre : les lamelles épithéliales antérieures se soulèvent sous forme de petites phlyctènes, et à la vésico-pustule succède une ulcération. Seulement, tandis que sur le tissu conjonctival les inconvénients en étaient fort peu considérables, ici ils offrent souvent une réelle gravité. L'ulcération cornéenne, ordinairement peu étendue, est toujours assez profonde, ce qui, indépendamment de l'opacité qui en est la conséquence, amène souvent un staphylôme partiel, et peut même entraîner la perforation de la chambre antérieure, comme Follin (1) en a vu un cas. Nous y reviendrons en parlant de la kératite pustuleuse.

Dans ces formes, les signes fonctionnels présentent une intensité qui n'est pas en rapport avec l'insignifiance apparente de la lésion. Peu d'affections oculaires sont en effet plus douloureuses. Les malades se plaignent d'un sentiment de cuisson, de brûlure, auquel se joignent des douleurs lancinantes intolérables et de véritables accès de névralgie. Il y a toujours simultanément une hyperesthésie considérable, caractérisée par de la photophobie, de la contraction des pupilles, du blépharospasme, de l'épiphora, symptômes qui persistent, même parfois après la résolution ou la rupture de la pustule. Du reste, la douleur et la photophobie constituent un signe variable, et dépendent en grande partie de l'irritabilité individuelle; car on voit des cas où la cornée est évidemment atteinte, et parfois même ulcérée, sans que les malades éprouvent d'autre sensation que celle d'un corps étranger.

Dans les cas ordinaires, l'affection disparaît d'elle-même au bout d'un certain temps; elle ne laisse d'autres traces que des opacités limitées et punctiformes sur le bord de la cornée. D'autres fois, les vaisseaux, au lieu de se résorber et de disparaître, restent hypertrophiés et s'étendent sur la conjonctive. Cette forme de pannus partiel est assez tenace, et à sa suite les malades gardent longtemps leur cornée trouble.

(1) Note manuscrite.

Nous ne parlerons pas des autres complications de l'affection, telles que croûtes sur les paupières, à la racine des cheveux ou des sourcils : ce sont là des manifestations d'un état général qui donnent la note de la nature de l'affection.

PRONOSTIC. — Il est entièrement subordonné au tempérament et à la constitution de l'individu affecté de conjonctivite pustuleuse : localement, il dépend de l'étendue de la pustule, et de sa situation au niveau de la cornée ou de la conjonctive. En thèse générale, on peut dire que c'est une affection bénigne, qui très-rarement entraîne de fâcheuses conséquences, mais dont les récidives sont assez fréquentes.

TRAITEMENT. — Quelques praticiens, considérant la conjonctivite phlycténulaire comme l'expression de la diathèse scrofuleuse, conseillent de s'abstenir de tout traitement local. Ils se bornent à prescrire des lotions émoullientes ou très-légèrement astringentes à la surface de l'œil, en même temps que les toniques et les antiscrofuleux à l'intérieur. L'huile de foie de morue est particulièrement indiquée.

Le traitement local n'est pas cependant sans utilité : on doit tendre à faciliter la résolution de la papule et la rupture de la phlyctène. C'est dans ce but qu'il est bon de toucher légèrement avec le crayon de sulfate de cuivre la surface de la pustule et les vaisseaux voisins. Ces cautérisations doivent être renouvelées tous les deux ou trois jours, et dans l'intervalle on se borne à laver l'œil avec une décoction assez forte de racine de ratanhia.

On a recommandé, dans le but de faciliter la rupture de la vésicule, l'emploi de la poudre de calomel en insufflations. Ce mode de traitement n'est applicable que dans les cas où l'inflammation n'est pas trop intense : on peut alors répéter avec avantage les insufflations trois fois par jour. Il est probable que le calomel agit surtout mécaniquement, sinon comme résolutif. Quoi qu'il en soit, il faut bien savoir qu'on ne doit jamais l'employer, lorsque en même temps les enfants sont soumis à l'usage de l'iode, de l'iodure de potassium; car Hennequin (1) a démontré que, dans ces conditions, il se forme par double décomposition du biiodure de mercure, sel corrosif très-nuisible pour l'œil.

En même temps qu'on emploie la poudre de calomel, il est bon de lotionner les yeux avec une solution astringente (sulfate de zinc, borax, etc.).

Les complications cornéennes donnent lieu à des indications spéciales. Le collyre à l'atropine les remplit parfaitement; car il a pour effet de calmer la douleur et de dilater l'iris, c'est à-dire de diminuer la tension intra-oculaire.

Lorsqu'il existe de la photophobie, du blépharospasme et des douleurs ciliaires, on se trouve bien d'introduire matin et soir, entre les paupières, gros comme une lentille d'une pommade au bioxyde rouge de

(1) *Gaz. hebdomadaire*, 1867, p. 99.

mercure (0,30 à 0,50 pour 10 grammes d'axonge). Dans les formes chroniques, Pagenstecher (1) a montré que le bioxyde jaune de mercure, préparé par voie humide était préférable : il le prescrit à la dose de 1 à 4 grammes pour 30 grammes d'axonge.

Contre l'élément névralgique qui, très-souvent, fait partie de l'appareil symptomatique de la conjonctivite papuleuse, on retire de fort bons effets des injections sous-cutanées de morphine. Nous ne conseillons pas les vésicatoires pansés à la morphine comme traitement ordinaire, parce que les individus atteints de conjonctivite pustuleuse contractent fréquemment des impétigos et des eczémas chroniques, dont le vésicatoire pourrait devenir le point de départ. Si les douleurs prenaient un caractère de périodicité ou d'intermittence, il serait indiqué de recourir au sulfate de quinine à assez haute dose.

Enfin, lorsqu'il existe des ulcérations de la cornée, le traitement varie suivant l'étendue, la situation et la profondeur de l'ulcération, et nous ne pouvons que renvoyer le lecteur au chapitre qui traite de cette affection.

c. — *Conjonctivite purulente.*

Nous réunissons sous ce titre l'ophtalmie des nouveau-nés et l'ophtalmie blennorrhagique qui, tout en différant par les conditions étiologiques au milieu desquelles elles se développent, présentent néanmoins le même appareil symptomatique et réclament à peu près le même traitement.

ÉTIOLOGIE. — a. *Conjonctivite des nouveau-nés.* — Cette affection est surtout fréquente dans les services de maternité. Sur des relevés faits à Stockholm, et publiés dans l'ouvrage de Mackenzie, la proportion des enfants contaminés atteindrait presque le dixième des naissances. Toutefois, il ne faudrait pas attribuer à ce chiffre plus de valeur qu'il n'en a réellement. Chacun sait que les maternités sont des foyers d'épidémie et que les conditions hygiéniques, même en temps normal, y sont relativement fort défavorables : rien d'étonnant dès lors que les statistiques y paraissent si chargées.

Il y a lieu également de tenir grand compte de la faiblesse du sujet, soit qu'il ait hérité du vice syphilitique de ses parents, soit que, par suite de mauvaises conditions d'hygiène dans les premiers jours qui ont suivi sa naissance, il soit resté au-dessous du développement normal des enfants de son âge.

L'épidémie, comme pour toutes les autres conjonctivites, joue un grand rôle dans l'étiologie de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. Trousseau et Lorain ont montré qu'il existe une solidarité intime entre les affections puerpérales qui sévissent dans les salles et le développement des érysipèles, la suppuration du cordon ombilical, l'ictère, etc. Chez les

(1) *The ophthalmic Review.* London, 1865.

nouveau-nés la suppuration conjonctivale est un phénomène de même ordre et peut, dans nombre de cas, être envisagée comme une véritable manifestation puerpérale.

La contagion vient y ajouter son influence incontestable : elle s'exerce de mille manières ; par l'air qui tient en suspension, comme l'a démontré Chalvet à l'hôpital Saint-Louis, une foule de détritits épithéliaux, globules purulents, végétations microscopiques, etc., susceptibles de contaminer directement la conjonctive ; par les linges, les éponges, qui trop souvent servent à nettoyer plusieurs enfants à la fois et s'imprègnent de matières virulentes ; enfin par les attouchements directs, pour peu qu'on néglige les soins minutieux de propreté. Aussi cette affection sévit-elle avec beaucoup plus d'intensité sur la classe pauvre, où tous ces inconvénients sont accumulés, que sur la classe riche.

Nous ne ferons que citer pour mémoire des causes occasionnelles, qui peut-être dans certains cas ont suffi pour développer l'affection ; ainsi l'exposition au froid, à l'humidité, la disposition défavorable de certains lits dans les salles. On trouve à cet égard des détails curieux dans le consciencieux mémoire de Dequevauviller, publié en 1843 dans les *Archives de médecine*.

Une question plus controversée est l'influence qu'exerce sur la production de l'ophtalmie purulente la nature des sécrétions vaginales de la mère. Tour à tour acceptée sans réserve ou rejetée d'une façon absolue, l'inoculation de mucosités vaginales virulentes sur la conjonctive, au moment du passage de l'enfant pendant l'accouchement, paraît réellement prouvée. La statistique du docteur Lederschold (de Stockholm) apprend que l'ophtalmie s'est montrée dans un septième des cas où la mère présentait un écoulement ; elle a atteint seulement un dix-huitième des enfants provenant de femmes exemptes d'écoulement.

Si ces chiffres élucident un point de la question, ils sont loin de constituer une preuve démonstrative, car il reste encore une proportion considérable de cas où l'inoculation des mucosités vaginales spécifiques ne saurait être invoquée. Il y aurait surtout à préciser l'influence particulière des diverses sortes d'écoulements gonorrhéique, leucorrhéique, etc., afin de savoir s'il y a quelque chose de fondé dans les assertions de Tyler Smith, qui attribue à la sécrétion épithéliale acide, plutôt qu'à la sécrétion purulente, la cause de l'ophtalmie purulente.

Nous croyons, quant à nous, que les causes extérieures, le défaut de soin, le froid humide, la malpropreté et surtout la contagion, toujours imminente dans les salles d'accouchement, ont une influence bien plus considérable sur la fréquence de cet accident.

On a invoqué encore l'influence de la syphilis sur l'ophtalmie des nouveau-nés. Nous pensons que c'est là un abus de cette tendance que l'on a à rattacher à la syphilis tous les accidents qui surviennent chez les syphilitiques. Qu'un enfant atteint de syphilis constitutionnelle prenne une ophtalmie purulente, rien de plus facile à comprendre, puisqu'il se

trouve soumis aux influences communes, et que de plus l'intoxication syphilitique l'a placé dans de mauvaises conditions pour réagir. Mais là s'arrête l'influence diathésique.

b. Conjonctivite blennorrhagique. — Longtemps entourée d'obscurité, l'étiologie de la conjonctivite blennorrhagique est actuellement à peu près élucidée. Il faut d'abord établir que toute ophthalmie se déclarant chez un individu atteint de blennorrhagie n'est pas fatalement de nature blennorrhagique. C'est là une proposition qui semble évidente par elle-même; mais les exagérations de quelques auteurs qui admettent la diathèse blennorrhagique et lui rattachent tous les accidents intercurrents possibles, justifient cette restriction.

Fournier, qui récemment a publié un article très-étudié sur cette question, reconnaît deux formes d'ophthalmies distinctes chez les blennorrhagiques : l'une, de nature rhumatismale et présentant avec les manifestations gonorrhéiques articulaires des rapports d'alternance et de simultanéité, se caractérise par une fluxion de la conjonctive, avec sécrétion muqueuse et albumineuse, jamais purulente. C'est une simple conjonctivite catarrhale, manifestation rare du rhumatisme blennorrhagique, pouvant se compliquer d'iritis, mais offrant plutôt les caractères d'une fluxion et d'une hyperémie que d'une phlegmasie véritable.

L'autre forme, beaucoup plus grave et malheureusement plus commune, est presque toujours la conséquence de la contagion directe, et résulte de l'inoculation immédiate du pus blennorrhagique sur la conjonctive. Les ouvrages d'ophtalmologie sont pleins d'exemples de ce genre, et tout le monde connaît le fait de ce malade de Cullerier qui, porteur d'un œil de verre et affecté de blennorrhagie, trouva moyen, grâce à des soins de propreté mal entendus, de développer une ophthalmie purulente sur le moignon de son œil.

Dans nombre de cas, le contact et l'inoculation sont évidents; dans d'autres, l'origine contagieuse du mal est beaucoup moins prouvée, mais il est si facile de s'inoculer du pus, même inconsciemment, par les mains, les linges, les éponges, que ce mode de transmission doit être admis presque exclusivement. On doit remarquer, en effet, combien l'ophthalmie purulente est rare chez les personnes du monde soigneuses de leur personne, comparativement à sa fréquence chez les individus malpropes qui remplissent les hôpitaux. D'ailleurs, une statistique de quatre-vingt-quatre cas, faite par Florent Cunier, a montré qu'une fois sur deux au moins l'inoculation directe était démontrable, proportion énorme qui peut bien faire étendre cette étiologie à la plupart des autres cas.

Pourtant, lorsque l'on n'est pas arrivé à trouver la moindre preuve de la transmission du pus uréthral à l'œil, on ne saurait légitimement en induire que l'inoculation a dû malgré cela exister. Ce sont ces cas mixtes qui ont soulevé le plus de discussions, et sur lesquels on est loin d'être d'accord. On a invoqué autrefois la métastase, puis la sympathie, ce qui est une manière d'énoncer le fait sans l'expliquer; plus récemment on a

admis une diathèse blennorrhagique qui s'étendrait aux séreuses et aux muqueuses et leur imprimerait une tendance spéciale à la suppuration; enfin nombre de chirurgiens ne voient là qu'une coïncidence et admettent seulement que la blennorrhagie prédispose à contracter plus facilement les inflammations oculaires. Nous ne choisirons pas entre ces différentes hypothèses qui ne reposent sur aucune base solide, et nous ne chercherons pas à expliquer ces faits exceptionnels.

Nous rapprocherons, au point de vue étiologique de la conjonctivite blennorrhagique, une forme d'ophthalmie que Desmarres a décrite sous le nom de *conjonctivite leucorrhéique* ou *vaginale*. Elle se développe chez les petites filles lymphatiques, affectées de leucorrhée vulvaire. Comme la conjonctivite blennorrhagique, elle relève presque toujours d'une inoculation directe, mais rarement elle s'accompagne d'accidents aussi graves. L'inflammation que provoque ce contact dépasse rarement les limites d'une conjonctivite purulente bénigne, et ne paraît pas présenter de caractères spécifiques. Sans la décrire spécialement, on doit donc la distinguer de la conjonctivite blennorrhagique de la femme qui est identique avec celle de l'homme, quoique beaucoup moins fréquente.

Un point nous reste à examiner avant de terminer ce qui a trait à l'étiologie de l'ophthalmie purulente.

Faut-il toujours, pour la produire, la présence d'un liquide virulent et spécifique? Cette question a été récemment soulevée en Belgique par Thiry, et résolue par l'affirmative : pour lui, il faut un pus spécial, celui de la *granulation*, qui existerait dans la profondeur de l'urèthre comme à la face interne de la conjonctive palpébrale. Nous croyons cette théorie trop exclusive. Nous ne nions pas que du pus pris dans certaines conditions n'ait des propriétés plus spécialement virulentes et contagieuses; mais nous n'admettons pas qu'il puisse seul déterminer une conjonctivite purulente. Les expériences sur les animaux prouvent d'ailleurs que toute substance septique, mise en contact avec la conjonctive, provoque des ophthalmies graves : les mêmes causes agissent évidemment sur l'homme et l'on doit en tenir compte dans l'étiologie de l'ophthalmie purulente.

SYMPTOMATOLOGIE. — On peut distinguer, dans toute ophthalmie purulente, trois périodes principales : la première période est marquée par le développement des accidents inflammatoires; la deuxième, par l'abondance de l'écoulement du pus; la troisième par les altérations graves de la cornée et des milieux profonds de l'œil.

Première période. — Dans quelques cas il est à peine possible de séparer cette période de la suivante, et dans d'autres elle ne dépasse guère une trentaine d'heures.

Quand on peut assister au début de la maladie, on constate d'abord une injection de la conjonctive palpébrale et de la caroncule lacrymale; les paupières sont légèrement tuméfiées et un peu rouges sur le bord libre de leur face cutanée; le malade se plaint le plus souvent de démangeaisons, de chaleur, de cuisson dans les yeux; nous retrouvons encore

cette sensation de gravier qui est constante dans toutes les irritations de la conjonctive et qui indique les modifications de sécrétion de la muqueuse. Il semble que la sécheresse de la conjonctive soit plus marquée que dans les autres formes de conjonctivite. Mais cet état de la muqueuse est extrêmement passager, et elle devient rapidement le siège d'une sécrétion catarrhale intense. Le liquide qui se produit est un mélange de larmes, de filaments muqueux, et déjà de globules purulents qui donnent à la sécrétion une couleur citrine sur laquelle insistait beaucoup Desmarres.

Dès cette époque on observe souvent des douleurs vives et lancinantes qui sont plutôt le résultat d'une névralgie concomitante de la cinquième paire que de l'ophtalmie elle-même.

Deuxième période. — Cette seconde phase de la maladie, qui se confond si fréquemment avec la première, est surtout caractérisée par

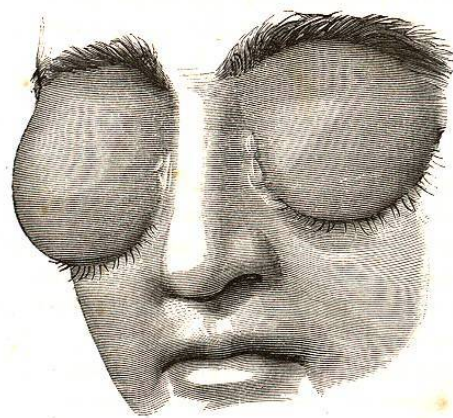


FIG. 47 — Conjonctivite purulente.

l'abondance de la suppuration. Les paupières se tuméfient et rougissent. La paupière supérieure est souvent assez boursoufflée pour empiéter sur le plan de la paupière inférieure, ce qui donne à l'ensemble du visage un aspect tout particulier (fig. 47).

La sécrétion purulente, d'abord ténue, un peu visqueuse, devient bientôt opaque et abondante; elle se réunit dans le grand angle de l'œil ou coule sur la joue en irritant et exoriant la peau

sur laquelle elle se répand. Les bords libres des paupières, presque toujours agglutinés ensemble, forment un obstacle à l'écoulement du pus qui s'accumule en abondance derrière les paupières. Si l'on vient à écarter alors rapidement ces organes, le pus peut être projeté au dehors et atteindre le visage du chirurgien. Il faut être prévenu de ce danger dont bien des personnes ont été victimes.

Quand le pus s'est écoulé, on trouve la conjonctive palpébrale épaissie, rouge, granuleuse, saignant facilement. La conjonctive oculaire est également soulevée par l'œdème sous-conjonctival et forme autour de la cornée un anneau saillant et rouge baigné par le pus.

La marche de ce chémosis est très-importante à connaître, car sa présence et son degré d'intensité constituent, bien plus que la sécrétion purulente elle-même, le danger de l'ophtalmie. Toujours considérable, le chémosis débute par la portion de la conjonctive bulbaire située à

droite et à gauche de la cornée, sur le plan transversal de l'œil : de là il envahit le cul-de-sac inférieur, et ce n'est qu'à la dernière extrémité qu'on le voit gagner la partie supérieure de la conjonctive bulbaire. Ces différents degrés du chémosis tiennent à la pression plus ou moins grande qu'opposent au boursoufflement de la conjonctive oculaire les paupières supérieure et inférieure. Presque toujours, quand on voit les paupières tuméfiées, le chémosis est déjà complet, et l'infiltration menace plus ou moins immédiatement la nutrition de la cornée.

L'examen de l'œil, dans ces cas intenses, est du reste fort difficile, et dans bien des cas il n'est guère possible de se rendre un compte exact de l'état des parties. Le gonflement des paupières, leur immobilité, le renversement des cartilages tarse en dedans, et par-dessus tout le spasme du muscle palpébral, opposent des obstacles considérables à l'exploration directe, et il faut avoir recours à des éleveurs.

A l'aide de ce moyen, on reconnaît le plus habituellement que, dans cette phase de la maladie, la cornée est encore saine et transparente. La lumière qui la frappe gêne à peine le malade, et ce n'est pas un des symptômes les moins remarquables de cette grave ophtalmie que de constater, au milieu de désordres en apparence si considérables, l'absence presque complète de photophobie.

Le pus sécrété à la surface de l'œil se concrète quelquefois sous la forme d'une fausse membrane. On peut croire alors à l'opacité de la cornée, et lorsque par des injections on détache cet exsudat, il semble au premier moment que l'on assiste au décollement de la cornée. C'est là du reste un symptôme rare et moins commun que ne l'a annoncé Chassaignac, puisque dans la plupart des faits rassemblés par Pointcarré dans sa thèse (1852), il a fait défaut, et que Follin (1) l'a vainement cherché depuis.

Durant cette période de la conjonctivite purulente, comme dans quelques autres inflammations de l'œil, on voit quelquefois se développer un léger gonflement de l'un des ganglions préauriculaires auxquels aboutissent les lymphatiques des paupières. C'est à tort que Hairion (de Louvain) a voulu voir dans ce signe un caractère spécial à la conjonctivite blennorrhagique : il se rencontre dans toutes les ophtalmies purulentes. On peut même observer ce symptôme dans des blépharites légères.

La conjonctivite purulente peut s'arrêter là et revêtir une forme chronique qui sera décrite plus tard. Mais trop souvent elle fait des progrès, et la troisième phase de la maladie est surtout marquée par des désordres graves du côté de la cornée.

Troisième période. — Le gonflement des paupières et l'écoulement de pus persistent au même degré; mais la cornée qui jusqu'alors était restée saine, commence à s'altérer. Cette altération débute toujours du côté où le chémosis est le plus considérable : elle reconnaît pour cause la

(1) Note manuscrite.