

compression exercée par la tuméfaction des paupières et de la conjonctive bulbaire. D'après Giraldès, il faudrait tenir compte également d'un certain degré d'hypémie choroïdienne et même d'une véritable choroïdite, dont la conséquence serait la production de thromboses et la nécrobiose du tissu cornéen.

Quoi qu'il en soit de cette dernière explication, on constate au bout de quelques jours les désordres suivants. La cornée prend d'abord une teinte grisâtre, qui paraît tenir à de l'œdème interstitiel; à cette apparence succède bientôt une infiltration jaunâtre, purulente, diffuse ou localisée, qui donne à la cornée l'aspect d'un lambeau de parchemin mouillé, opaque. Ce ramollissement inflammatoire entraîne pour conséquences la perte de résistance de la membrane antérieure de l'œil, la production de staphylômes, la destruction de la cornée et la perforation du globe oculaire.

Nous devons revenir sur ces complications cornéennes et sur les divers mécanismes par lesquels elles se produisent; car de ces variétés découlent d'importantes conséquences pratiques au point de vue du traitement.

Dans quelques cas rares, la cornée se détache de la sclérotique avant d'avoir subi de notables altérations. Il se produit peu à peu une ulcération latente dans le cercle sclérotico-cornéen, et l'œil peut s'ouvrir sans que la cornée ait perdu sa transparence. Dans un fait du docteur Vetch, on ne voyait immédiatement après la rupture de la cornée qu'un sillon linéaire s'étendant au travers du segment inférieur de la cornée. Plus tard seulement, il se déclara une opacité qui envahit graduellement toute la membrane. C'est là malheureusement ce qui survient presque toujours, de sorte qu'il y a bien peu de chances d'obtenir la guérison sans opacité cornéenne. Ce mode de rupture est du reste tout à fait exceptionnel: le plus habituellement, il se forme un sillon ulcéreux vers la portion périphérique de la cornée, et l'accroissement en profondeur de ce sillon amène l'ouverture de l'œil.

Ailleurs, ce n'est plus un processus ulcéreux: la cornée s'infiltré de pus dans un point de sa circonférence, et consécutivement à la rupture de cet abcès de la cornée, il se produit une ulcération de plus en plus perforante. Dans d'autres cas très-rares, selon Mackenzie, les lamelles externes de la cornée se mortifient et se détachent sous forme de squames. Enfin, par contre, l'infiltration purulente peut prédominer du côté des lamelles internes et amener la production d'un abcès s'ouvrant dans la chambre antérieure, d'un véritable hypopyon.

En résumé, suivant que le travail suppuratif ou ulcératif porte sur la partie moyenne ou sur les couches externe et interne de la cornée, il peut donner naissance à une mortification en masse du tissu, ou au contraire à des abcès s'ouvrant soit en dehors, soit en dedans.

La rupture de l'œil s'annonce presque toujours par l'écoulement subit d'un liquide chaud sur la joue: les malades signalent, en général, ce phénomène au chirurgien, et ils ont la notion que leur œil s'est vidé en

partie. D'ailleurs, ces ruptures coïncident souvent avec une remarquable détente dans les phénomènes généraux.

Quand la conjonctivite purulente s'est propagée à la cornée et aux tissus plus profonds de l'œil, le malade éprouve presque toujours de vives douleurs qui augmentent pendant la nuit et diminuent vers le matin. Ces douleurs sont tensives et se montrent par accès jusqu'à la rupture de la cornée. Quelquefois la douleur se répand autour de l'orbite ou se localise sur le trajet du nerf sus-orbitaire. Il est probable que cette sensation douloureuse correspond à une fluxion et à une augmentation de la tension intra-oculaire, sous l'influence d'une irritation périphérique de la cinquième paire. Nous aurons d'ailleurs l'occasion, à propos du glaucome, de revenir sur ces phénomènes névralgiques.

J'ai dit que la douleur était parfois intermittente, les paroxysmes douloureux durent alors de trois à quatre heures, et c'est souvent de dix heures à minuit que leur expression est la plus vive; il n'est pas rare de voir un de ces paroxysmes brusquement interrompu et calmé par la rupture de la cornée.

Ce grave accident est très-souvent suivi d'une hernie de l'iris, qui se présente sous forme d'une fongosité rougeâtre. Puis, cette masse herniée contracte des adhérences avec les bords de l'ouverture faite à la cornée, et le fond de l'ulcère se cicatrise, grâce à la diminution de la pression intra-oculaire. Dans les cas heureux, la vision se rétablit assez rapidement; mais l'enclavement de l'iris, en devenant la cause d'irritations continuelles des nerfs ciliaires, prédispose le malade à la production d'un nouveau staphylôme, et le place sous le coup d'un glaucome ultérieur. D'autres fois, la vision se trouve anéantie par le dépôt de fausses membranes dans la pupille ou à la surface de la capsule du cristallin.

Les choses se passent souvent d'une façon encore plus défavorable. Lorsque l'ulcération est considérable et que la cornée se perfore dans presque toute son étendue, le changement de pression qui se produit dans le globe de l'œil est tellement considérable, la détente tellement brusque, que non-seulement l'iris est projeté en avant, mais encore le cristallin se luxé, le corps vitré se déplace et fait issue au dehors, la rétine se décolle, et l'œil se vide plus ou moins complètement. Il s'ensuit une atrophie consécutive, ce que les Allemands ont appelé la *phthisie du globe de l'œil*.

Enfin, la phlegmasie de la conjonctive peut s'étendre à toutes les membranes profondes; cette terminaison, la plus fâcheuse de toutes, constitue ce que nous décrirons plus loin sous le nom d'*ophthalmie*: l'œil est alors toujours irrévocablement perdu, et de plus, il se produit souvent une ophthalmie sympathique qui compromet gravement les fonctions de l'autre l'œil.

La conjonctivite purulente est loin d'amener constamment à sa suite des accidents aussi graves. D'abord, il existe une forme bénigne, sur laquelle insiste avec juste raison Giraldès, et dans laquelle la conjonctive

palpébrale seule est le siège de la sécrétion purulente, la conjonctive bulbaire restant intacte. Or, nous l'avons vu, ce n'est pas la présence du pus qui crée le danger pour la cornée, c'est l'intensité du chémosis et la compression qu'il exerce sur les vaisseaux nourriciers de cette membrane. L'ophtalmie purulente limitée à la conjonctive palpébrale, telle qu'elle se présente souvent chez les nouveau-nés et les enfants, est réellement bénigne, et disparaît rapidement sous l'influence de quelques collyres.

Dans les cas de conjonctivites purulentes intenses qui, grâce au traitement, tendent à marcher vers la guérison, on voit d'abord le gonflement de la paupière diminuer, puis disparaître; l'œdème sous-conjonctival s'efface peu à peu; enfin, la conjonctive qui circonscrit la cornée reprend graduellement sa coloration normale, et ce retour à l'état naturel s'opère jusqu'au cul-de-sac oculo-palpébral.

La membrane semi-lunaire et la face interne des paupières restent encore rouges et recouvertes de granulations papillaires. La sécrétion du pus n'est point abolie, et sous l'influence de différentes causes, une récurrence peut avoir lieu; du reste, dans cet état, la sécrétion purulente est encore très-contagieuse. Le symptôme le plus persistant à cette époque de la maladie, c'est l'état granuleux de la surface des paupières, conséquence de l'hyperplasie des papilles qui tapissent la muqueuse à l'état normal. Nous reviendrons du reste sur ce point.

Par suite de la persistance même des granulations, il se développe sur la cornée des altérations secondaires, résultat des frottements qu'exerce la surface dépolie de la conjonctive palpébrale sur le globe oculaire. La cornée se vascularise, s'infiltré de dépôts plastiques, et l'on constate des désordres sur lesquels nous aurons occasion d'insister davantage en parlant des phlegmasies de la cornée.

**DIAGNOSTIC.** — Le diagnostic de la conjonctivite purulente se tire uniquement des conditions au milieu desquelles la maladie se développe, et en même temps de la promptitude avec laquelle se manifestent les principaux symptômes. En général, la conjonctivite blennorrhagique a une marche plus rapidement envahissante que l'ophtalmie des nouveau-nés; cependant, cette dernière, ainsi que l'a montré Giraldès, présente une forme grave qui entraîne la fonte de la cornée en deux ou trois jours. On peut donc dire que, pris isolément, aucun des signes que nous avons indiqués, n'a de valeur caractéristique; mais par leur réunion, ils fixent le diagnostic.

L'ophtalmie purulente contagieuse des armées se rapproche essentiellement, au point de vue des symptômes généraux et de la marche, des autres conjonctivites purulentes. Elle n'en diffère que par la présence des granulations palpébrales. Nous reviendrons sur ce point en parlant de la conjonctivite granuleuse.

**PRONOSTIC.** — Le pronostic a perdu de sa gravité depuis ces dernières années, mais il faut pour cela soigner la maladie dès le début : aban-

donnée à elle-même, la conjonctivite purulente constitue une affection des plus sérieuses qui compromet très-rapidement la vue : on ne saurait donc prendre trop de précaution pour la conjurer et en empêcher la propagation.

Chez les enfants, le pronostic est encore plus favorable, d'abord, parce que chez eux l'inflammation reste ordinairement longtemps palpébrale, ensuite, parce que rarement elle entraîne la production de granulations et de fongosités des paupières si communes chez l'adulte. Aussi, même si l'on a affaire à une cornée infiltrée et jaunâtre, ne doit-on point encore désespérer; car on voit parfois ces opacités disparaître merveilleusement.

Nous avons déjà parlé de la rapidité avec laquelle marche l'ophtalmie blennorrhagique. On l'a vue amener la fonte de l'œil en huit ou dix heures. Nous ne retrouverons guère que la conjonctivite diphthéritique dont le pronostic soit aussi sérieux. Cependant, même intense, cette ophtalmie peut guérir, si l'on emploie à temps une médication énergique.

**TRAITEMENT.** — Le traitement de l'ophtalmie purulente est, grâce aux travaux publiés depuis les vingt dernières années, le côté le mieux connu de l'histoire de cette affection. Il comprend l'ensemble des moyens destinés à prévenir le développement de la conjonctivite et à la combattre.

*Traitement prophylactique.* — Affection essentiellement contagieuse et inoculable, la plupart du temps épidémique, l'ophtalmie purulente se propage avec une déplorable facilité, si l'on n'a soin d'isoler les sujets qui en sont affectés. La première précaution à prendre, si l'on a affaire à un nouveau-né ou à un jeune enfant, est de le séparer autant que possible du contact des autres enfants, et de mettre à part tous les objets qui servent à son entretien, tels que : linges, éponges, charpie, etc., afin que ces objets ne soient pas utilisés pour d'autres enfants.

Quant aux sujets atteints de blennorrhagie, il suffit, en général, de les avertir de la possibilité d'une inoculation du pus urétral, et d'exiger d'eux une propreté minutieuse, pour voir tomber au minimum la proportion des ophtalmies : malgré cela, ce sera toujours une utile précaution d'isoler les malades, qui peuvent devenir un foyer de contagion pour les autres, lorsqu'ils sont placés dans une même salle d'hôpital.

*Traitement curatif.* — Le traitement local de la conjonctivite purulente est tout différent selon qu'il existe ou non des complications cornéennes. Ce premier point est fondamental; car, on ne saurait trop le répéter, la purulence de la conjonctive n'est rien, comparée à la gravité des accidents du côté de la cornée. Aussi, doit-on poser comme précepte général, qu'il faut tout faire pour conserver l'intégrité de cette membrane et ne se préoccuper que secondairement de la conjonctive.

Lorsqu'on a affaire à un cas simple, où l'inflammation, quoique intense, n'a pas encore menacé la cornée et reste limitée à la conjonctive, l'indication est parfaitement nette : il faut toujours recourir à la médication substitutive. Le topique le plus employé et le plus efficace est sans con-

redit le nitrate d'argent; mais il faut savoir le manier. Il y a peu d'années toutes les conjonctivites purulentes étaient traitées par le collyre au nitrate d'argent, à dose variant de 0, 20 à 3 grammes pour 30 grammes d'eau. On doit à de Graefe d'avoir montré les inconvénients de cette façon d'agir. Si avec le collyre on est sûr de porter le caustique sur toute la surface conjonctivale, en revanche, on est exposé à léser la cornée; or, cette application est loin d'être inoffensive, et elle prépare le dépôt et le ramollissement de cette membrane.

Le procédé le plus sûr consiste à retourner les paupières, ce qui chez les jeunes enfants est très-facile, mais qui chez les adultes présente parfois plus de difficultés. La face interne de la conjonctive palpébrale une fois mise à nu, on passe sur sa surface, à plusieurs reprises, un pinceau imbibé de la solution de nitrate d'argent. Suivant l'intensité de la conjonctivite, il est bon d'employer des solutions différentes. Dans les formes légères, où la phlegmasie se limite aux paupières, une solution de 1 gramme de nitrate d'argent pour 100 grammes d'eau suffit: pour les formes plus sérieuses, on se trouve bien d'employer la solution au 20° et même au 10°. Dans tous les cas, on doit toujours avoir soin de neutraliser l'excès de nitrate d'argent déposé sur la conjonctive, au moyen d'une injection d'eau légèrement salée, ou d'un badigeonnage chloruré. De cette façon, la cornée ne peut éprouver aucun effet nuisible du contact du caustique.

Les cautérisations peuvent être faites également avec avantage au moyen de caustiques solides; mais ce n'est que dans les cas tout à fait graves, qu'il convient de toucher la conjonctive avec le nitrate d'argent pur. Afin d'avoir une échelle de caustiques solides, correspondant aux divers degrés de collyres, Desmarres père a imaginé des crayons mitigés, où le nitrate d'argent est associé à du nitrate de potasse en proportions variables. Ces crayons sont d'un usage fort commode, en ce qu'ils permettent de limiter leur action exactement aux points malades, et de cautériser plus complètement les parties les plus boursoufflées.

Quelque intense que soit l'ophtalmie purulente, il n'est guère besoin de pratiquer plus de trois à quatre cautérisations par jour. Chacune d'elles imprime à la conjonctive des modifications assez profondes, et leur effet se fait sentir pendant plusieurs heures, bien qu'en apparence la sécrétion purulente n'ait pas changé de nature, et qu'elle se produise avec une excessive abondance. Au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, on voit la surface de la muqueuse se modifier, le boursoufflement diminue, et la sécrétion purulente se tarit à son tour.

Un complément indispensable de la cautérisation consiste en des lavages répétés de la conjonctive, pour chasser le pus et les larmes qui s'accumulent à la surface de l'œil. C'est à Chassaignac que l'on doit d'avoir surtout contribué à régulariser ce mode de traitement. Il faut renouveler souvent ces injections, et les pratiquer surtout avant de toucher les paupières avec le caustique; cependant, il ne convient pas de dépasser une

injection par heure, ce serait causer aux malades des souffrances inutiles, que de les répéter à des intervalles plus rapprochés. Ces lotions devront se pratiquer avec une seringue, ou mieux, avec un irrigateur dont on peut graduer le jet à volonté: il est inutile d'insister sur les précautions à prendre, afin d'éviter la projection de liquides virulents dans l'œil du chirurgien.

Ces deux opérations, lavage et cautérisation, constituent le traitement fondamental de toute ophtalmie purulente, et c'est ce qui justifie les détails dans lesquels nous sommes entrés à cet égard. Il nous reste à décrire certains moyens thérapeutiques également fort efficaces, mais qui répondent à des indications spéciales.

Lorsque l'affection marche très-vite, et s'accompagne d'une sensation de chaleur pénible avec douleurs tensives, lancinantes dans l'œil et la région circumorbitaire, comme on le voit pour la conjonctivite blennorrhagique, le meilleur remède consiste dans l'application en permanence de *compresses glacées* ou tout au moins très-fraîches sur l'œil. Un sachet de baudruche, dans lequel on laisse fondre de petits fragments de glace, remplit parfaitement cette indication, mais on ne saurait sans inconvénient continuer indéfiniment l'emploi de la glace, qui peut par l'impression du froid prolongé donner lieu à des névralgies rebelles; aussi, dès que la sédation des douleurs est obtenue, il faut suspendre ce traitement.

On a beaucoup vanté contre la douleur de l'ophtalmie purulente l'*application de sangsues* sur la tempe, jointe à l'emploi des révulsifs intestinaux. Cette médication trouve son indication dans les cas où il existe une tension considérable dans l'œil, et un gonflement énorme des paupières. Toutefois, il faut bien savoir que l'émission sanguine locale, pratiquée de cette façon, a peu d'influence sur les accidents inflammatoires, et qu'elle n'est jamais suivie que d'une rémission momentanée; aussi, faut-il s'en montrer assez sobre, de peur de débilitier le malade.

Il n'en est pas de même des *scarifications de la conjonctive*. Celles-ci sont toujours indiquées quand il y a un violent chémosis; or, on sait que c'est le cas le plus commun. Aucun moyen n'amène un dégorgeement plus rapide, et une cessation plus évidente de la douleur. L'avantage est surtout manifeste, quand il existe des fongosités à la face profonde de la paupière, comme dans certaines ophtalmies des nouveau-nés: les scarifications les font disparaître plus vite que tous les autres moyens. Il y a toutefois une précaution à prendre, c'est de ne jamais les pratiquer dans les moments qui précèdent la cautérisation au nitrate d'argent; car ce liquide, en pénétrant dans les incisions, pourrait agir trop profondément, et déterminer pour la suite des cicatrices fâcheuses. Il faut toujours laisser à la petite plaie du bistouri le temps de se réunir par première intention, avant d'y porter le caustique.

On se trouve bien d'essayer simultanément une dérivation du côté de l'intestin, surtout s'il existe de la constipation. Les drastiques à petite

dose, particulièrement le jalap et le calomel (0,30 de chaque), remplissent ce but.

Enfin, si le chémosis est extrême et forme un bourrelet rouge qui circonscrit et comprime la cornée de toutes parts, il y aura lieu d'en faire l'exécision; c'est un moyen d'amener la déplétion du tissu vasculaire, plus vite encore que par les scarifications.

Contre ces douleurs intolérables siégeant au fond de l'œil et dans la tête, et certainement dues à une fluxion intra-oculaire, à une véritable poussée de glaucome aigu, on a conseillé et pratiqué avec succès la paracentèse du globe oculaire et l'évacuation de l'humeur aqueuse : sir Patrick Mac Gregor assure avoir ponctionné en deux ans quarante-cinq fois la cornée, et avoir toujours observé une détente dans les phénomènes douloureux.

Le traitement devient fort difficile lorsqu'on a affaire à une ophthalmie purulente avec complications cornéennes. Ici, plus que jamais, il y a contre-indication formelle des collyres liquides : les cautérisations au pinceau ne sont même pas assez sûres, et c'est aux crayons de Desmarres qu'il faut recourir; s'il existe un fort chémosis, les scarifications doivent être faites largement.

Lorsque la cornée ne présente qu'un léger dépolissement, et qu'il n'existe pas d'érosion superficielle, le meilleur topique est l'instillation deux ou trois fois par jour d'un collyre au sulfate d'atropine (2 à 5 centigrammes pour 10 grammes d'eau). Outre l'action astringente qu'exerce la belladone sur les petits vaisseaux, elle calme les douleurs, et surtout, en faisant dilater la pupille, s'oppose à l'établissement d'adhérences et de synéchies trop communes à la suite de l'ophthalmie purulente.

S'il y a tendance à la production d'un abcès cornéen, ce qui se reconnaît à l'apparition d'une zone ou d'un noyau d'infiltration jaunâtre, superficielle, le mieux est de pratiquer la paracentèse de l'abcès, et simultanément de la chambre antérieure. De cette façon on diminue la pression intra-oculaire, ce qui permet la cicatrisation plus facile de l'ulcère cornéen. Cette petite opération, très-simple en apparence, a besoin d'être faite avec certaines précautions, si l'on veut éviter des accidents assez sérieux. Il faut, avant tout, agir doucement et lentement, afin que le liquide de la chambre antérieure s'écoule goutte à goutte, comme par un suintement imperceptible; autrement on risquerait de voir se produire le prolapsus de l'iris, la hernie et la luxation du cristallin.

Lorsque la cornée s'est ulcérée et perforée en un point de sa surface, la conduite du chirurgien dépend essentiellement de la nature de la perforation qui vient de se produire. Certaines ruptures de la cornée, en effet, se comportent exactement comme des opérations pratiquées artificiellement; c'est ce qui a lieu quand elles sont limitées, et qu'elles sont survenues graduellement. Dans ces cas, l'état de l'œil est le même que si le chirurgien avait fait la paracentèse, et le pronostic est relativement assez bénin.

Mais si la perforation s'est faite sur une large surface ou brusquement, il y a souvent déplacement du cristallin, hernie, enclavement de l'iris sur une assez grande étendue, et finalement réparation cicatricielle de la cornée qui reste opaque et déformée. Il s'agit alors de voir quel parti on peut tirer de l'état des enveloppes de l'œil. Lorsqu'il reste une portion de cornée transparente, l'établissement d'une pupille artificielle est évidemment indiqué, et donne au malade tout ce qu'il peut gagner au point de vue de la vision. Dans le cas contraire, faut-il abandonner la cornée à elle-même, sans rien tenter? Cette conduite serait rationnelle, si l'obscurité de la vue était la seule conséquence de l'opacité cornéenne; mais l'expérience prouve qu'il se fait alors consécutivement, par suite du déplacement du cristallin et surtout de l'enclavement de l'iris, des irritations des nerfs ciliaires qui entraînent de l'hydrophthalmie, des staphylômes et du glaucome, et entretiennent dans le fond de l'œil des douleurs souvent intolérables. Presque toujours, il y aura donc lieu de pratiquer l'iridectomie, qui a pour résultat de maintenir une diminution de pression intra-oculaire durable. Nous aurons du reste l'occasion de revenir sur ce point en parlant des kératites et de leurs complications.

#### d. — Conjonctivite diphthéritique.

A côté de l'ophthalmie purulente, et à un degré supérieur dans l'échelle de gravité des phlegmasies oculaires, se place la conjonctivite diphthéritique. Comme l'ophthalmie purulente, elle reconnaît toujours une cause spécifique, suit une marche constamment aiguë, parfois foudroyante, et entraîne des désordres souvent irrémédiables; sa caractéristique est la présence, à la surface et dans l'épaisseur de la muqueuse conjonctivale, d'un exsudat pseudo-membraneux spécial.

L'histoire de cette grave variété d'ophthalmie est de date récente. A peine mentionnée par Bécclard, en 1827, elle avait été notée incidemment par Wharton Jones, en 1835; mais c'est à Bouisson (de Montpellier) qu'est due la première observation détaillée d'une conjonctivite pseudo-membraneuse. Il eut le grand mérite d'attirer l'attention des observateurs sur cette question peu connue; à partir de ce moment, en effet, nous voyons se multiplier les recherches de la part de Chassaignac, de Gibert, de Magne, de Graefe, de Wecker, etc.

La conjonctivite diphthéritique, en tant que maladie spéciale, n'est pas encore admise par tout le monde. C'est ainsi que Marjolin la nie et n'y voit qu'une complication de l'ophthalmie purulente. Le Fort va encore plus loin, et la regarde comme une simple ophthalmie plastique. Enfin, les Allemands, transportant aux phlegmasies oculaires les termes tout à fait impropres dont ils se servent pour les inflammations des autres organes, reconnaissent, à côté d'une conjonctivite catarrhale, une con-

jonctivite croupale; celle-ci comme la pneumonie de ce nom, serait caractérisée par la présence d'un exsudat *interstitiel* au lieu d'un exsudat superficiel. Il résulte de ce conflit d'opinions et d'appellations une confusion fort regrettable, et qu'il serait utile de faire cesser.

Et d'abord toute fausse membrane observée sur la conjonctive n'implique nullement l'idée de conjonctivite diphthéritique. A l'état normal et indépendamment de toute complication épidémique on voit chez certains individus des vésicatoires, au lieu de provoquer une bulle pleine de sérosité, donner naissance à un exsudat pseudo-membraneux. Cet exsudat n'a rien de spécifique, il est fibrineux et exclusivement inflammatoire. La même chose s'observe pour les paupières : sous l'influence de causes mal connues, quand la conjonctivite est d'emblée violente, elle s'accompagne quelquefois de fausses membranes albumino-fibrineuses, étalées à la surface de la conjonctive, et généralement peu adhérentes ; on trouve au-dessous d'elles la muqueuse congestionnée, turgide et saignant facilement. C'est même à un cas de ce genre, pour le dire en passant, que Bouisson a eu affaire, quand il a donné sa première description de l'ophtalmie pseudo-membraneuse; ce n'est qu'un degré intense de conjonctivite phlegmoneuse. La même remarque s'applique aux fausses membranes lamelliformes dont on constate la présence chez les jeunes enfants atteints d'ophtalmie purulente.

Nous réservons ici le mot de conjonctivite diphthéritique pour désigner une affection caractérisée par le dépôt sur la conjonctive de fausses membranes adhérentes, tantôt superficielles, tantôt interstitielles, et qui, comme on l'observe pour le croup et l'angine couenneuse, sont bien moins le fait de l'inflammation locale que de l'empoisonnement diphthéritique général.

ÉTIOLOGIE. — Ce que nous venons de dire de la nature de la conjonctivite diphthéritique domine l'histoire des causes de cette affection. Nous y retrouvons en effet toutes celles de la diphthérie en général.

C'est ainsi que l'âge des sujets a une valeur étiologique évidente. De même qu'on voit le croup frapper exceptionnellement les enfants au-dessus de douze ans, de même la diphthérie oculaire ne s'observe guère avant la première année, ni au delà de la dixième; il n'en est pas de même de la diphthérie oculaire secondaire, qui, comme nous le verrons, se présente à presque tous les âges. La statistique de Gibert donne, comme maximum de fréquence, la période de deux à trois ans, qui entre pour plus de moitié dans la proportion totale des cas observés. Les travaux ultérieurs de Raynaud, Giraldès et Wecker, n'ont que peu modifié ce résultat. Comme le croup également, la conjonctivite diphthéritique affecte indistinctement les deux sexes. Raynaud a trouvé un peu plus de garçons atteints que de filles; l'inverse s'est présenté dans une proportion notable à Lewinski, dans la relation qu'il nous a laissée de l'épidémie de Königsberg. Enfin, il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que c'est presque toujours à l'automne et au printemps, période de transition

brusque dans la température, qu'ont eu lieu les épidémies. Le même fait a été signalé pour les autres manifestations diphthéritiques.

Relativement aux conditions individuelles des enfants atteints, nous trouvons que presque toujours la mauvaise hygiène, la débilité constitutionnelle, le lymphatisme, y prédisposent. Cette étiologie banale se retrouve pour toutes les maladies ou à peu près, et nous y insisterons peu. Nous ferons cependant remarquer que le croup ne suit pas cette règle, et qu'il atteint de préférence les enfants les plus beaux et les plus vigoureux. Cette différence pourrait peut-être s'expliquer par ce fait, que presque jamais la diphthérie oculaire ne se développe d'emblée sur un œil absolument sain; dès lors, toutes les conditions mauvaises qui prédisposent aux ophtalmies simples, appellent la diphthérie oculaire, lorsque règne l'épidémie.

La conjonctivite diphthéritique *secondaire*, sur laquelle on n'a pas assez insisté, se présente fréquemment à la suite ou pendant la défervescence des maladies éruptives. Parmi celles-ci, la variole en est presque absolument indemne, la rougeole s'en complique quelquefois; enfin, dans certaines épidémies de scarlatine, la diphthérie oculaire a été assez fréquente. C'est là un fait bien remarquable, si on le compare aux autres manifestations secondaires de la diphthérie. Dans la rougeole où l'exanthème atteint surtout le larynx, la trachée et les bronches, le croup secondaire est fréquent; dans la scarlatine, où le larynx est respecté, mais où l'angine domine, c'est le voile du palais qui est le plus souvent le siège de couennes diphthéritiques. Il semble donc que toute phlegmasie antécédente appelle les manifestations pseudo-membraneuses et, si l'on se rappelle que, dans la rougeole comme dans la scarlatine, il existe un exanthème conjonctival fort prononcé, on comprendra peut-être pourquoi ces maladies ont le privilège de la diphthérie oculaire secondaire.

L'ophtalmie purulente franche se complique assez rarement de dépôts pseudo-membraneux, bien que quelques auteurs aient soutenu le contraire; c'est dans la seconde période de la conjonctivite purulente que l'on voit apparaître les symptômes de la conjonctivite diphthéritique.

Les véritables causes de la conjonctivite diphthéritique, comme des autres ophtalmies, sont l'épidémie et la contagion. Relativement à l'influence épidémique, elle est absolument démontrée: c'est toujours simultanément que l'on voit la maladie frapper plusieurs enfants pour disparaître ensuite pendant fort longtemps. De Graefe a vu trois épidémies de ce genre; Jacobson en a décrit une à Königsberg, coïncidant avec une épidémie de scarlatine; enfin, à plusieurs reprises, Giraldès a été forcé de fermer les salles des ophtalmies où régnait la diphthérie.

La contagion de la maladie est beaucoup moins démontrée. Aucun des faits invoqués par Gibert ne la prouve suffisamment: cependant cette cause paraît évidente dans quelques cas de de Graefe, et dans ceux rapportés par Giraldès. Quant à nous, nous admettons complètement la

contagion démontrée surabondamment pour le croup et l'angine couenneuse. Mais comment se fait cette contagion? Est-ce immédiatement par une véritable inoculation, ou médiatement par le transport de miasmes ou de ferments diphthéritiques? La question n'est pas encore résolue.

SYMPTOMATOLOGIE. — Avec de Graefe, Wecker et Follin (1), nous divisons la conjonctivite diphthéritique en trois périodes distinctes.

*Première période. — Stade diphthéritique ou d'infiltration.* — Nous retrouvons à cette période tous les traits principaux des conjonctivites, mais, dans cette forme, ils affectent une intensité et une gravité toutes spéciales.

Le début de la maladie est le plus souvent insidieux. L'enfant paraît atteint d'une affection oculaire légère; on n'y prend pas garde, puis on voit survenir rapidement des phénomènes graves. Dans d'autres cas, au contraire, la conjonctivite s'annonce dès le principe par des allures plus franches, et, en quelques heures, il se produit des accidents tellement intenses, que l'existence de l'œil est sérieusement compromise. Entre ces cas foudroyants et ceux à marche lente, on peut observer tous les intermédiaires qui tiennent, soit au génie épidémique, soit aux conditions individuelles des malades.

La douleur ouvre presque toujours la scène; d'abord assez obscure, elle ne tarde pas à devenir lancinante et tensive, et très-souvent s'accompagne d'irradiations périorbitaires. Dans les cas à marche rapide, cette douleur est parfois absolument intolérable, et tout à fait analogue à celle du glaucome aigu. Il est probable, quoique ce ne soit pas démontré, que dans ces formes foudroyantes il y a de l'ophtalmite généralisée, et qu'il se produit très-rapidement un excès de tension intra-oculaire. Gibert affirme que, si l'on ne touche pas les yeux des enfants, ils ne paraissent pas souffrir. La douleur, en effet, s'exagère toujours quand on veut examiner les paupières, et dans ces moments elle devient tellement intolérable que l'on est obligé de recourir au chloroforme; depuis longtemps de Graefe et Giralès emploient ce moyen.

Comme au début de l'ophtalmie purulente, il existe dans la diphthérite oculaire de la rougeur du bord libre des paupières, et cette rougeur peut bientôt gagner le reste de ces membranes. C'est là un symptôme variable et qui n'a rien de spécifique. Il n'en est pas de même du gonflement et de la dureté tout à fait spéciale de ces parties; dans aucune ophtalmie, ce dernier phénomène n'est aussi tranché. La paupière est tendue, rigide; au lieu d'être œdémateuse comme dans l'ophtalmie purulente, elle donne au toucher une sensation de dureté caractéristique, et, si l'on veut la faire mouvoir sur le globe de l'œil, on éprouve une résistance insolite, fort pénible aux malades.

Lorsqu'on est parvenu à retourner la paupière, ce qui souvent n'est pas possible sans le secours du chloroforme, on constate sur la muqueuse épaissie et indurée toutes les lésions de la diphthérite. Ainsi, dès le début,

(1) Note manuscrite.

et quand il est encore possible de reconnaître les caractères de la muqueuse, on la trouve jaunâtre, lisse, polie, et bien différente de ce que l'on observe dans la conjonctivite purulente, où elle est molle, vasculaire et rougeâtre. Sur certains points existent des îlots pseudo-membraneux qui ne tardent pas à devenir confluents, et bientôt toute la muqueuse palpébrale est recouverte uniformément de la fausse membrane. Celle-ci se moule très-exactement sur la surface interne des paupières et s'étend jusqu'à la conjonctive oculaire.

Cette portion de la muqueuse est très-rarement prise d'emblée; pendant que la portion palpébrale est déjà envahie par la diphthérite, elle reste ordinairement indemne ou subit un gonflement œdémateux avec rougeur et vascularisation intense. Mais elle ne tarde pas à se prendre à son tour, et à s'infiltrer d'un exsudat jaunâtre. On voit alors, dans les cas les plus intenses, la cornée enchâssée dans un réseau de pseudo-membranes.

La nature et la disposition de l'exsudat, qui n'est pas seulement superficiel, mais infiltré dans les mailles du tissu muqueux et même sous-muqueux, rendent parfaitement compte des phénomènes. La rigidité des paupières en est la conséquence; le tissu devenu couenneux et comme lardacé est parfois tellement épaissi que l'on peut y pratiquer des scarifications sans avoir une goutte de sang. La compression des glandes et des vaisseaux de la conjonctive par l'exsudation fibrineuse a pour résultat de dessécher la surface de cette membrane et de restreindre sa vascularité. Parfois, cependant, on trouve sous la paupière et sur la conjonctive bulbaire de petites plaques ecchymotiques dues à l'excès de pression et à la stase sanguine au niveau des capillaires encore perméables; c'est du reste un symptôme de peu d'importance et qui n'a nulle valeur pronostique, ainsi que l'a prouvé Giralès.

La sécheresse de la conjonctive, qui constitue l'un des phénomènes les plus frappants de la maladie, est loin d'être toujours absolue; en général, quand on entr'ouvre les paupières, il s'échappe une faible quantité d'un liquide grisâtre, séreux, composé en grande partie de larmes, de mucus, de débris épithéliaux et fibrineux; au microscope on y constate l'existence de quelques globules purulents, mais en trop petit nombre pour donner au liquide l'apparence de pus véritable.

Pendant le stade diphthéritique, la cornée reste en général transparente; ce n'est que dans les cas très-graves qu'elle peut se nécroser et se perforer en quelques heures, avant même que la période d'élimination n'ait commencé. Dans les conjonctivites d'intensité moyenne, la cornée paraît saine, et comme le chémosis est toujours bien moins intense que dans l'ophtalmie purulente, on serait tenté de porter un pronostic favorable. Mais il faut bien savoir que ce chémosis, si inoffensif en apparence, est bien plus dangereux que l'œdème sous-conjonctival inflammatoire pour l'intégrité de la cornée, et que le sphacèle de cette membrane en est presque toujours la conséquence.