

## SIXIÈME PARTIE

### PATHOLOGIE GÉNÉRALE

#### CHAPITRE PREMIER

##### MICROBES ET PARASITES

**Microbes.** — Les microbes oculaires doivent être examinés successivement à l'état normal et à l'état pathologique.

§ 185. **État normal.** — Les microbes de l'œil normal ont été étudiés par Gifford, en 1886; Fick, Gallenga, en 1887; Petresco, Roncherscki, en 1888; Gombert, à Montpellier, en 1889, etc.

La surface oculo-conjonctivale, étant exposée à l'air, doit être envahie par les microbes qui se rencontrent dans l'atmosphère ambiante. Les personnes, en effet, qui habitent un même milieu présentent ordinairement les mêmes espèces microbiennes et en proportions égales. Celles qui séjournent dans des milieux riches en germes, comme les salles d'un hôpital ou d'un laboratoire, etc., sont plus microbiennes que celles qui vivent dans des milieux plus purs. Gayet, cependant, n'a pas noté, à cet égard, de sensible différence entre les citadins et les campagnards.

Les changements atmosphériques qui influencent les microbes aériens peuvent modifier les espèces et les propor-

tions des microbes oculaires. Tels, d'abord assez nombreux sur la conjonctive, peuvent y devenir très rares ou disparaître; tels autres, jusqu'alors inconnus, deviennent au contraire très abondants. Gombert a observé sur lui-même, dans des analyses répétées, des modifications saisonnières. Certains bacilles, très fréquents vers juin et juillet, deviennent rares et disparaissent en novembre et décembre; certains autres n'apparaissent qu'en octobre, etc. Ces modifications sont d'ailleurs parallèles sur l'œil et dans l'atmosphère locale.

Si la qualité des microbes est en rapport avec celle du milieu, il n'en est pas de même de la quantité. Quelle que soit la richesse bactérienne de l'air, il y a peu de microbes conjonctivaux. L'examen microscopique des larmes ou du mucus et surtout les cultures diverses le prouvent nettement: il faut parfois inoculer largement avec du mucus les tubes d'agar-agar pour obtenir quelques rares colonies; encore certains restent-ils absolument stériles. Cette pauvreté bactérienne tient à ce que les microbes déposés sur la cornée ou la conjonctive n'y séjournent pas, l'irrigation lacrymale et le balayage palpébral les entraînant continuellement vers les cavités nasales. Que ce balayage diminue, comme dans certaines paralysies faciales, ou que les bouches d'irrigation s'obstruent, comme dans le rétrécissement lacrymal, et les microbes conjonctivaux stagneront, se multiplieront à l'infini. C'est là le danger; aussi le rétrécissement lacrymal est-il la source habituelle de redoutables complications cornéennes.

Les microbes de l'œil variant avec les individus, le temps et le milieu, sont nécessairement contingents; dans les cultures, certaines espèces sont rares ou exceptionnelles, d'autres plus fréquentes, d'autres enfin à peu près constantes. On peut considérer comme normales, pour un milieu donné, celles que l'on rencontre régulièrement ou le plus souvent et comme normaux les microbes que l'on trouve dans un œil sain de cinq à huit fois sur dix. Gombert, dans ses nombreuses recherches, a observé, pour l'œil normal, un certain nombre de microbes, bacilles, coques, sarcines, leptothrix,

les uns inoffensifs les autres pathogènes. Les inoffensifs sont dépourvus d'action inflammatoire; les pathogènes, inoculés à la conjonctive et à la cornée, provoquent des lésions diverses : sur la conjonctive, une inflammation circonscrite qui se résorbe en quelques jours; sur la cornée, une infiltration limitée avec injection de la conjonctive avoisinante, mais sans suppuration. Peut-être cependant, si le terrain était préparé par une cause quelconque, fatigue, surmenage, maladies générales, etc., les accidents inflammatoires seraient-ils plus étendus ou plus profonds. Il est bien connu d'ailleurs que certains microbes inoffensifs deviennent, dans certains cas, véritablement pathogènes. Enfin plusieurs microbes suppuratifs, le staphylocoque blanc ou orangé et des streptocoques, sont fréquemment rencontrés sur la conjonctive ou dans les liquides lacrymaux physiologiques. Les microbes de l'œil normal doivent donc, à un moment donné, provoquer des lésions diverses et compter comme microbes de l'œil pathologique.

§ 186. **État pathologique.** — De même que des microbes pathogènes peuvent se rencontrer sur un œil normal, de même des microbes inoffensifs peuvent se trouver sur un œil pathologique. Nous avons considéré comme microbes de l'œil normal, pour un milieu donné, ceux que l'on rencontre ordinairement dans les yeux sains des individus qui vivent dans ce milieu; nous considérons comme microbes de l'œil pathologique les microbes que l'on trouve habituellement dans une affection déterminée et dont relèvent plus ou moins spécifiquement les lésions oculaires correspondantes. Ces microbes étant assez nombreux et agissant sur l'œil de manière différente, il importera d'examiner séparément leurs conditions générales et particulières.

Les microbes pathogènes atteignent l'œil en plusieurs sens. Ils arrivent fortuitement et proviennent du milieu ambiant, déposés par les doigts, des objets ou des instruments quelconques; ils viennent des régions voisines par propagation; ils arrivent enfin de régions éloignées

et sont apportés par circulation sanguine ou lymphatique.

Les microbes qui proviennent du milieu ambiant, quoique pathogènes, ne déterminent de véritables lésions que dans certaines conditions de nombre et de vitalité, ou par le fait d'une prédisposition générale ou locale du malade : question de semence et de terrain. C'est ainsi que les gonocoques, suivant leur quantité et leur ancienneté, produisent des conjonctivites plus ou moins intenses; que le trachome sévit surtout chez les enfants lymphatiques et que l'infection lacrymale est la source de multiples lésions cornéennes.

Les microbes déposés par les doigts, des objets ou des instruments sont nombreux et variés; ils sont transportés à la surface de l'œil ou introduits dans son intérieur. Les inoculations traumatiques, accidentelles ou opératoires, sont, on le sait, les plus fréquentes et les plus graves.

Les microbes apportés par le courant circulatoire vont de la surface de l'œil à la profondeur ou proviennent des autres régions, parfois très éloignées, de l'économie. Dans le premier cas, ils passent de la cornée à l'iris, à la choroïde; ils peuvent même envahir les centres nerveux et provoquer des méningites ou attaquer l'autre œil et créer une ophtalmie sympathique; ils suivent alors les voies lymphatiques et procèdent par lymphangites. Dans le second cas, ils viennent du cœur, du poumon, de la périphérie. Gayet a trouvé une chorio-rétinite purulente monoculaire qui provenait d'une arthrite suppurée du genou; les microbes suivent alors les voies artérielles et arrivent par embolie. Certaines manifestations oculaires de la fièvre typhoïde, de l'érysipèle, de la méningite tuberculeuse, etc., sont peut-être produites par une propagation et une localisation bactériennes. Beaucoup de lésions choroïdiennes ou rétinienne, considérées comme exclusivement dépendantes de l'état général, ne pourraient-elles pas aussi relever d'une infection microbienne?

Les microbes qui atteignent l'œil, ne s'y attachent pas toujours et la plupart sont entraînés au loin par l'action pal-

pébrale ou lacrymale; quelques-uns cependant s'y implantent et s'y multiplient.

Si les enveloppes oculaires sont intactes, les germes se développent dans les culs-de-sac et les replis conjonctivaux, déterminent un œdème interstitiel, infiltrent les éléments conjonctifs, provoquent la desquamation épithéliale et entraînent la nécrose cellulaire et l'ulcération profonde. Si, par contre, les enveloppes oculaires sont entamées par un traumatisme préalable, les colonies microbiennes pullulent dans la plaie, puis, se diffusant à travers les espaces lymphatiques, envahissent les régions avoisinantes.

Le gonocoque, le microcoque trachomateux, les bacilles de la conjonctivite catarrhale, les microbes de la diphtérie, semblent se développer sur les enveloppes oculaires intactes; les germes de la syphilis, de la tuberculose, de la suppuration ont généralement besoin d'une plaie kératique ou conjonctivale; les agents des ophtalmies consécutives aux fièvres éruptives, des ophtalmies phlycténulaires, etc., ont une nature et une action encore indéterminées.

L'organe attaqué sera-t-il la proie du microbe?

L'œil envahi résiste et se défend : il résiste par un défaut de prédisposition générale qui fait que certains individus sont réfractaires à quelques infections, ou par un état chimique des humeurs locales qui s'oppose à certaines infections conjonctivales; il se défend par l'action destructive de ses liquides et de ses cellules sur les éléments microbiens. La lutte entre la cellule oculaire et le microbe envahisseur est plus ou moins vive; tantôt le microbe est victorieux et détruit tout ou partie de l'organe; tantôt il succombe, et sa défaite permet le retour à l'état normal. Le devoir du médecin est de prendre parti, de fortifier les cellules et d'affaiblir les microbes, de manière à sauvegarder la vitalité et le fonctionnement oculaires. Nous verrons que le traitement général et l'antisepsie locale, remplissant cette double indication, sont les éléments essentiels du succès thérapeutique définitif.

Les conditions générales des microbes oculaires, leur déve-

loppement, leur action, leur résistance étant connus, examinons les conditions particulières aux principaux d'entre eux. Nous envisagerons successivement les microbes qui attaquent l'œil sans plaie, puis ceux qui agissent sur les plaies, enfin ceux qui se développent d'une manière indéterminée.

**1° Infection sans plaie.** — Les microbes qui agissent sans plaie oculaire préalable sont peu nombreux et comprennent ceux de la blennorrhagie, du trachome, de la diphtérie, de la conjonctivite catarrhale, du xérosis, etc.

*Gonocoque blennorrhagique.* — Ces gonocoques, indiqués par Neisser, produisent des effets bien différents selon leur nombre et leur vitalité. Le pus d'une blennorrhagie aiguë entraîne une ophtalmie intense avec gonflement conjonctival, œdème palpébral, ulcérations cornéennes et souvent panophtalmie; le pus d'une blennorrhagie subaiguë agit plus lentement et avec moins de vigueur; enfin le muco-pus d'une blennorrhée ancienne provoque d'ordinaire une conjonctivite catarrhale avec hypertrophie papillaire ou folliculaire. Le même pus blennorrhagien, suivant sa virulence, produit ainsi toutes les formes ophtalmiques depuis les plus graves jusqu'aux plus bénignes. L'ophtalmie blennorrhagique atténuée mérite d'autant plus d'attention que sa nature est parfois méconnue.

La blennorrhagie oculaire est produite par infection directe, le plus souvent par le transport digital du pus urétral sur la conjonctive; c'est le motif de l'infection ordinaire de l'œil droit chez les droitiers et de sa plus grande fréquence chez l'homme que chez la femme.

L'ophtalmie des nouveau-nés est presque toujours d'origine blennorrhagique; ses diverses formes ou degrés résultent de l'activité variable des éléments microbiens, de leur nombre, de leur âge, etc. En pratique, toute ophtalmie catarrhale débutant dès les premiers jours de la naissance doit être suspecte et traitée comme une infection blennorrhéique.

*Microcoque du trachome.* — Le microbe du trachome, d'après Sattler, serait un microcoque assez analogue au go-

nocoque, un peu différent d'après Michel. Ces auteurs auraient isolé ce microbe et reproduit le trachome par inoculation; leurs résultats sont cependant contestés. Si l'existence d'un microbe trachomateux paraît certaine, ses caractères ne sont pas encore bien établis. Malgré les travaux de Sattler, Michel, Koch, Poncet, Babes, etc., de nouvelles recherches sont nécessaires. Il semble pourtant, s'il existe, que le microbe du trachome se propage par transport direct sur la conjonctive au moyen des linges, des doigts, etc., à l'école, dans la famille ou ailleurs; il se développe presque exclusivement à la période aiguë ou subaiguë de la maladie. Le tempérament, l'âge, le milieu, l'altitude, etc., sont des éléments de prédisposition, mais la contagion est le facteur essentiel de la maladie.

*Bacille de la diphtérie.* — La diphtérie amygdalienne, laryngée ou cutanée, est produite par le bacille de Klebs-Löffler et présente des fausses membranes particulières. La diphtérie oculaire offre ces mêmes caractères. Elle est rare et le plus souvent secondaire. Il faut encore cliniquement distinguer l'ophtalmie pseudo-membraneuse étudiée par Bouisson de l'ophtalmie diphtérique. Celle-ci est spécifique, celle-là ne l'est point; la dernière est une, la première multiple. Il se pourrait cependant que toutes les fausses membranes fussent de même origine et que leurs différences provinssent seulement de l'atténuation des bacilles de Klebs, ou de leur combinaison avec d'autres microbes ou même d'associations microbiennes totalement étrangères à la diphtérie. On sait, en effet, depuis les travaux de Sourdille, que le bacille de Löffler s'unit fréquemment avec le staphylocoque et les streptocoques et que ces associations microbiennes donnent des produits variés correspondant à des types cliniques différents.

*Bacille du catarrhe aigu.* — La conjonctivite catarrhale aiguë présente ordinairement un bacille que Weeks a isolé, cultivé et considéré comme spécifique; on y trouve aussi les microbes de la suppuration, staphylocoques, streptocoques, etc. Ce bacille catarrhal semble peu redoutable pour

la cornée; dans la conjonctivite au début il est d'ailleurs rapidement détruit, ainsi que les microbes satellites de la suppuration, par le nitrate d'argent.

*Bacille du xérosis.* — Le xérosis, qui consiste dans un état trouble de la conjonctivite bulbaire avec opacité, ramollissement et sclérose consécutifs de la cornée, serait produit, selon quelques auteurs, par un bacille analogue à celui de la diphtérie. Les exsudats jaunâtres qui recouvrent souvent la cornée seraient essentiellement bacillaires. Toutefois on a rencontré ce bacille sur la conjonctive saine, dans le produit des glandes de Meibomius et même dans l'écume grasseuse qui existe fréquemment sur le bord ciliaire; il n'a donc rien jusqu'ici de pathognomonique, et son importance même paraît moindre que celle des troubles diathésiques généraux ou locaux qui produisent la xérophtalmie.

Les microbes de la syphilis (?), de la tuberculose ou de la lèpre peuvent aussi exister dans l'œil par infection secondaire ou primitive, par propagation ou localisation.

Enfin les microbes de la suppuration, staphylocoques, streptocoques, pneumocoques, se rencontrent parfois à l'intérieur de l'œil ou sur le revêtement oculo-conjonctival, avec ou sans lésions superficielles ou profondes.

2° **Infection avec plaie.** — Une plaie ou excoriation préalable semble nécessaire à la production de certaines lésions oculaires bactériennes: syphilis primitive, tuberculose extérieure, ophtalmie migratrice, etc.

Le chancre syphilitique est rare et siège presque toujours sur les paupières ou la conjonctive. Les accidents secondaires et les gommès sont plus fréquents.

La tuberculose oculaire externe est exceptionnelle; l'action chimique des larmes ou celle des autres microbes détruit le bacille tuberculeux. L'inoculation sous la conjonctive ou dans la chambre antérieure réussit toujours, tandis que l'inoculation sur la conjonctive ou dans le sac lacrymal échoue constamment (Valude). Les glandes lacrymales peuvent être atteintes (De Lapersonne).

Arloing (1877) a extrait de l'œil d'une malade de Gayet un bacille très fin qui tue les cobayes en produisant localement des gaz et reste inactif chez le lapin. Ce microbe s'affaiblit par la dessiccation et retrouve sa vigueur par l'humidité.

L'ophtalmie sympathique, en dehors de celle qui relève du glaucome, d'une irido-choroïdite diathésique et de certains états analogues, est la suite d'une lésion avec plaie ulcéralive, traumatique ou chirurgicale et semble d'origine infectieuse; depuis les travaux de Deutschmann, elle constitue l'ophtalmie migratrice. On a trouvé, dans les recherches cliniques ou expérimentales, des staphylocoques et certains autres microbes pathogènes; on a même, sans preuves, parlé d'un agent spécifique. Comme l'a déclaré Deutschmann, les microbes de la suppuration ne produisent pas nécessairement du pus, et on a vu de l'hypopyon dans l'ophtalmie sympathique. Staphylocoques ou streptocoques peuvent donc, à la rigueur, expliquer l'ophtalmie migratrice, et dispenser, jusqu'à plus ample informé, de l'hypothèse d'un microbe spécial. Ces notions toutefois sont encore contestées.

L'infection sympathique ne peut être prévenue dans certains cas que par la désinfection ou la suppression de l'œil primitivement atteint. Abadie, par une action énergique au niveau d'une plaie infectée, aurait pu conserver l'œil sympathisant et guérir le sympathisé.

La suppuration oculaire, comme toute autre suppuration, est microbienne. Les injections d'huile de croton, de térébenthine, de mercure, etc., ont pu expérimentalement produire du pus sans microbes, mais, en clinique, toute suppuration implique l'infection bactérienne.

L'infection oculaire peut avoir lieu par voie artérielle à distance, par embolie, mais le plus souvent elle se produit sur place ou par propagation lymphatique et par l'intermédiaire du milieu ambiant, des sécrétions oculaires, des doigts, des instruments ou des pansements.

Nous sommes fixés sur ce point : en pratique, il n'y a pas de pus sans microbes, pas de pus sans infection, pas de pus

dans un champ opératoire aseptique ou aseptisé, avec des instruments et des pansements propres. Cette notion capitale nous explique l'action variable des corps étrangers dans l'œil, la gravité accidentelle de certaines opérations réputées innocentes comme la discision ou l'iridectomie, enfin les complications d'un grand nombre de plaies perforantes ciliaires, traumatiques ou chirurgicales.

Le passage des microbes pyogènes à travers une cicatrice lâche, leur inclusion antérieure expliquent les panophtalmies tardives qui éclatent brusquement dans des yeux qui semblaient à l'abri de toute suppuration. Enfin la pénétration de bactéries pathogènes au niveau des plaies opératoires peut, comme le veut de Wecker, provoquer des inflammations séreuses ou plastiques et rendre compte de certaines iritis ou irido-choroïdites consécutives à l'opération de la cataracte. L'asepsie ou l'antisepsie locale, instrumentale et manuelle, permet de conjurer le danger de la suppuration.

3° **Infections indéterminées.** — Un certain nombre d'affections oculaires d'origine infectieuse attaquent l'œil par des voies mal connues et se développent d'une façon insidieuse.

L'orgelet, les blépharo-adénites surviennent par infection marginale et présentent toujours des staphylocoques comme dans les furoncles; une antisepsie locale prolongée peut seule en avoir raison.

Le ptérygion montre au niveau de sa tête et à sa face interne, sur le lit cornéen, des microbes divers. Quoique leur rôle soit loin d'être bien connu et puisse être occasionnel, il importe de les détruire. La cautérisation que nous faisons après l'ablation de la tumeur pour niveler et cicatrifier rapidement la plaie cornéenne permet d'atteindre ce but.

Dans la variole, la rougeole, la scarlatine et d'autres affections fébriles exanthématiques, desquamatives ou suppuratives, les lésions oculaires sont fréquentes.

On sait que la surface palpébro-conjonctivale prend part à l'éruption dermique des fièvres éruptives et que bien des lésions blépharistiques, conjonctivales et kératiques se déve-

loppent pendant ou après la variole, la scarlatine et surtout la rougeole. Bien que le processus exanthématique puisse à lui seul produire certaines lésions, il semble que des éléments septiques extérieurs provenant de la desquamation épidermique ou de débris cellulaires portés dans les yeux par les doigts, soient la principale cause de l'inflammation oculaire.

Dans la variole et la rougeole, en particulier, des lésions cornéennes parfois graves semblent, en somme, d'origine externe; l'infection générale et la congestion locale préparent le terrain, une érosion cornéenne limitée, spontanée ou provoquée par le frottement digital ou ciliaire, constitue la porte d'entrée, et les microbes sous-épidermiques, ou crustacés, ou purulents représentent la matière d'inoculation.

L'asepsie oculaire pendant la période d'éruption ou de desquamation cutanée, l'antisepsie à la moindre manifestation inflammatoire de l'œil, préviendront certaines lésions développées pendant ou après les fièvres éruptives; elles permettront d'éviter de trop nombreuses catastrophes oculaires (staphylomes, panophtalmies), que l'on observe encore assez souvent.

Une remarque analogue s'applique à l'ophtalmie phlycténulaire. On a noté la coexistence fréquente de cette affection avec l'otorrhée, la rhinite, l'eczéma, l'impétigo et le manque de toilette des patients, de telle sorte que sa fréquence est en rapport habituel avec les lésions cutanées (Augagneur) et la malpropreté générale (Truc). Sans pouvoir préciser la nature de l'infection, celle-ci paraît évidente; elle est favorisée par l'état lymphatique. Un traitement antistrumeux, l'antisepsie régionale et locale donnent des résultats rapides et excellents.

La notion nouvelle de l'infection microbienne complète, dans bien des cas, la notion ancienne de l'état général, et toutes deux nous permettent mieux encore de connaître les faits, de pénétrer la pathogénie, d'établir une prophylaxie utile et d'instituer une thérapeutique efficace.

§ 187. Parasites. — Les parasites oculaires ne paraissent pas nombreux. Ils sont animaux ou végétaux.

Les *trichines* envahissent parfois les muscles de l'œil et provoquent alors des douleurs, des paralysies musculaires. On a observé en outre de la myose, de la paralysie accommodatrice. On sait enfin que l'œdème des paupières est un des symptômes initiaux de la trichinose.

La *filaire de Médine* a été trouvée sous la conjonctive.

Le *demodex folliculorum* aurait été vu dans plusieurs cas de chalazion et observé fréquemment dans les glandes pilosébacées.

Les *échinocoques* se rencontrent surtout dans l'orbite.

On les reconnaît à la présence des crochets et d'un liquide clair. Renfermés dans des poches kystiques, ils constituent des tumeurs, comme dans le cerveau ou le foie.

On voit aussi les kystes hydatiques sous la conjonctive, principalement dans les culs-de-sac, surtout l'inférieur.

Les *cysticerques*, fréquents en Allemagne, en Portugal, où l'on mange beaucoup de viande de porc crue, sont parmi nous exceptionnels. On les rencontre surtout dans et sous la rétine, dans le vitré, la chambre antérieure, l'orbite et le tissu sous-conjonctival. Dans le fond de l'œil, on constate à l'ophtalmoscope une petite tumeur kystique et parfois la tête du cysticerque; d'autres fois la coloration blanchâtre du centre de la tumeur et l'irisation des bords font faire le diagnostic. Dans l'humeur aqueuse, le kyste à cysticerque est petit et ordinairement attaché à l'iris. Ailleurs, la tumeur est variable. On doit pratiquer l'ablation des cysticerques même dans le vitré et sous la rétine si l'œil n'est pas trop altéré; l'énucléation est de règle dans le cas contraire.

Les *poux de corps* ont été observés sur les paupières et les *poux du pubis* dans les sourcils et les cils (Jullien).

Les *parasites végétaux* sont l'achorion, le trichophyton, qu'on trouve dans les paupières, et le mycosis, qu'on rencontre dans la cornée où il produit une kératite à hypopyon à surface jaune et sèche.

§ 188. **Contagion.** — La contagion, transmission morbide d'un individu à un autre, résulte de l'action microbienne ou parasitaire ; elle est, dans les maladies oculaires, relativement fréquente.

Les agents infectieux qui émanent de l'individu malade atteignent l'individu sain par contact direct, indirect, médiat ou immédiat. La durée de l'incubation nécessaire au développement de la maladie varie suivant la nature, la quantité, la vitalité des agents infectieux, d'une part, la race, l'âge, la vigueur constitutionnelle, les maladies antérieures du patient, d'autre part.

Les maladies contagieuses peuvent être *épidémiques* ou *endémiques*. Les lésions oculaires des fièvres éruptives, du choléra, de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, de l'influenza, le trachome, certaines conjonctivites catarrhales sont ainsi développés d'une manière diffuse en de vastes régions ou en certains centres seulement. On ne peut cependant parler d'épidémie ou d'endémie lorsqu'il n'y a pas infection apparente ou bien lorsque la cause morbide réside dans l'alimentation défectueuse, le surmenage et de vicieuses conditions de travail.

Les maladies contagieuses sont souvent *inoculables*. La syphilis, la blennorrhagie, la tuberculose, la diphtérie, la septicémie, la conjonctivite catarrhale, etc., peuvent être transmises directement d'un sujet malade à un sujet sain. Le trachome paraît être dans le même cas.

Les maladies oculaires contagieuses sont assez nombreuses : syphilis, tuberculose, lèpre, érysipèle, diphtérie, charbon, trachome, blennorrhagie, catarrhe, trichophytie.

La syphilis, la tuberculose, la lèpre peuvent envahir l'œil primitivement, mais d'ordinaire la lésion est secondaire et consécutive à l'infection générale. L'érysipèle, la diphtérie oculaire peuvent être primitives mais sont aussi plus souvent secondaires. La blennorrhagie, le trachome, le catarrhe conjonctival sont le résultat d'une infection locale par les doigts, les linges, la literie, la cohabitation intime. Le tri-

chophytonse transmet aussi localement, par action directe ou indirecte.

Les localisations oculaires des maladies contagieuses générales relèvent du traitement local, mais surtout du traitement général. Il en est ainsi pour la syphilis en particulier.

Les localisations primitives de ces maladies générales comportent un traitement destructif énergique, charbon, diphtérie, peut-être la lèpre et la syphilis ; on pourra ainsi détruire ou atténuer l'infection générale. Quant aux manifestations oculaires exclusivement locales, blennorrhagie, trachome, conjonctivite catarrhale, elles comportent essentiellement des topiques modificateurs, antiseptiques, caustiques, astringents. Un traitement général n'est vraiment utile qu'à la longue, pour modifier le terrain organique, le rendre plus résistant aux atteintes infectieuses et plus énergique dans ses réactions nutritives.

## CHAPITRE II

### INFLAMMATIONS OCULAIRES

§ 189. Les données générales de l'inflammation sont applicables à l'œil ; elles le sont d'autant mieux qu'il a été le siège des recherches initiales et qu'il est toujours l'objet d'expériences très importantes. L'inflammation était autrefois attribuée à la réaction naturelle des éléments organiques provoquée par le traumatisme, les troubles nutritifs, nerveux ou vasculaires.

L'exsudation, la multiplication des éléments cellulaires conjonctifs (Virchow), la diapédèse (Cohnheim) et des troubles de nutrition généraux ou locaux, la présence des germes infectieux la caractérisent aujourd'hui.

Après la découverte des microbes, l'inflammation a été considérée comme leur œuvre exclusive : inflammation et infec-