

XV. — Anomalies.

§ 294. L'absence des paupières ou *ablépharie* est exceptionnelle; l'œil est découvert et plus ou moins saillant. Inversement, l'œil peut être recouvert de la peau allant de la joue au front, avec ou sans trace de fente palpébrale; Fuchs vient d'en publier un nouveau cas avec *cryptophtalmie*. Les paupières sont parfois affectées de *colobome*. Supérieur ou inférieur, ce colobome résulte d'adhérences amniotiques au globe oculaire. L'autoplastie, comme pour un bec-de-lièvre, donne d'excellents résultats.

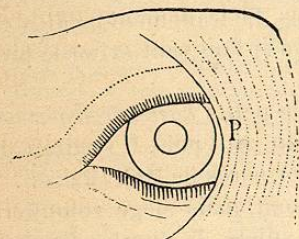


FIG. 44. — Epicanthus.
P, repli cutané droit.

L'*épicanthus* est constitué par deux replis cutanés qui recouvrent les commissures internes. Le nez est aplati à sa racine; souvent, en outre, il existe de la microphthalmie ou du strabisme.

On peut détruire les brides commissurales, ou enlever un lambeau en dehors. Il vaut mieux encore réséquer un lambeau elliptique vertical sur la racine du nez et suturer profondément. Pour éviter que les fils coupent la peau, on utilisera les aiguilles employées dans l'opération du bec de lièvre.

Les cas légers sont susceptibles d'un traitement palliatif par le port d'un pince-nez qui soulève convenablement la peau commissurale.

CHAPITRE VI

MALADIES DE LA CONJONCTIVE

§ 295. *Conjonctivites*. — Les conjonctivites peuvent être envisagées au point de vue anatomique, clinique ou pathogénique.

Les caractères cliniques, symptômes, marche, durée, ne sont pas suffisants pour la classification. Les caractères anatomiques, vascularisation, éruptions, granulations, fausses membranes, pus, etc., sont plus nets mais séparent des affections similaires ou réunissent des affections disparates. Les caractères pathogéniques seraient plus certains, toutefois ils ne sont pas tous encore bien déterminés.

Nous croyons donc devoir adopter une division mixte, basée sur les lésions anatomiques mais tenant compte également de la marche clinique et des notions pathogéniques qui paraissent actuellement acquises.

Les conjonctivites sont nombreuses et caractérisées par des éléments inflammatoires divers : hyperémie, catarrhe, suppuration, exsudats, vésicules, granulations; nous les étudierons sous les titres de conjonctivites simple, catarrhale, purulente, pseudo-membraneuse, phlycténulaire et granuleuse. Elles sont fréquemment liées à des irritations palpébrales ou kératiques et l'ensemble prend alors le nom d'ophtalmies.

Les conjonctivites ont des causes générales et des causes locales. Le lymphatisme, la scrofule dans les formes granuleuse et phlycténulaire, l'arthritisme, dans la forme sèche ou catarrhale, jouent un certain rôle; les inflammations de voisinage, eczéma, rhinites, otorrhées, les irritations provenant des engorgements glandulaires, des déviations ciliaires, de corps étrangers, de stagnation lacrymale, sont des causes habituelles; enfin, la contagion directe ou indirecte pour les conjonctivites catarrhales, purulentes, granulaires, diphtériques, phlycténulaires, est aujourd'hui démontrée.

Les inflammations conjonctivales peuvent se compliquer de kératites, d'iritis, etc. Elles s'associent parfois entre elles pour constituer des combinaisons morbides granulo-lymphatiques, lympho-lacrymales, etc.

Leur durée est très variable et leur marche rapidement modifiée par la thérapeutique.

Dès le début de l'inflammation conjonctivale, suivant ses formes, sa nature, ses complications, on doit appliquer un traitement approprié et le continuer jusqu'à guérison complète. Les formes chroniques exigent parfois beaucoup de temps et de patience.

I. — Conjonctivite simple.

§ 296. Appelée encore hyperémique, elle est plutôt un début de conjonctivite catarrhale qu'une forme spéciale, mais elle peut persister telle quelle.

Dans la forme *aiguë*, la conjonctive rougit, la rougeur est plus ou moins vive, plus marquée sur la région palpébrale que sur la région bulbaire. Les vaisseaux engorgés se dessinent vigoureusement au niveau des glandes meibomiennes et envahissent progressivement les culs-de-sac conjonctivaux. Les papilles s'hypertrophient et donnent à la muqueuse un aspect velouté ou chagriné.

Dans la forme *chronique*, la vascularisation du globe et même des culs-de-sac diminue, mais elle persiste sur la région tarsienne paramarginale. En tous cas, la sécrétion est faible et ne donne lieu à aucun écoulement appréciable.

Les malades affectés de conjonctive hyperémique accusent non de la douleur, mais de la gêne, du malaise, de la raideur dans les mouvements oculaires, de la lourdeur des paupières, surtout la nuit, et souvent des picotements ou la sensation de gravier.

Cet état est surtout marqué le matin, au réveil, le soir à la lumière ou après les veilles, le travail, les fatigues de tous

genres. Dans la forme chronique, les exacerbations sont fréquentes.

La conjonctivite hyperémique aiguë guérit aisément, mais, négligée, elle devient fréquemment chronique et prend à la longue une allure plus ou moins catarrhale.

Le *traitement* doit remédier à la cause initiale probable et diminuer la congestion vasculaire. Les corps étrangers seront extraits, les cils déviés redressés ou arrachés, les vices de réfraction corrigés, les voies lacrymales et la rhinite traitées, etc. On devra se préoccuper de l'état général chez les arthritiques, les herpétiques et les lymphatiques. Il faudra enfin et surtout instituer un traitement local. Les lotions prolongées d'eau boriquée, boratée ou sublimée tiède, dans la forme aiguë; les instillations de cocaïne, de collyres au sulfate de zinc ou au phénosalyl, dans la forme chronique; au besoin quelques fines scarifications et le massage amèneront un résultat complet. Un excellent moyen consiste à passer, tous les deux jours, un crayon de cristal d'alun dans le fond de culs-de-sac conjonctivaux.

Chez les adultes et les vieillards, il est rare toutefois de voir la conjonctive revenir absolument à l'état antérieur.

II. — Conjonctivite électrique.

§ 297. Observée d'abord par le physicien Foucault, en 1843, elle a été depuis étudiée par un grand nombre d'auteurs, en France comme à l'étranger. Terrier en a donné une bonne description. Elle survient principalement chez les ouvriers qui font de la soudure électrique et qui exposent leurs yeux à un foyer électrique très puissant et très rapproché.

C'est un véritable coup de soleil électrique. On a surtout incriminé les rayons chimiques. Quelques heures après l'exposition à une forte lumière, la conjonctive devient très rouge, très congestionnée; puis surviennent de la photophobie, du larmolement, du blépharospasme. Les douleurs sont par-

fois violentes. On a noté des photopsies et des mouches volantes. L'affection est généralement binoculaire.

Les calmants généraux, les compresses froides, la cocaïne, produisent une rapide amélioration; la guérison survient en deux ou trois jours. Pour éviter cette pénible affection, on avait recommandé autrefois les verres d'urane; on emploie avec avantage des verres rouges ou jaunes.

III. — Conjonctivite catarrhale.

§ 298. Le début est celui de la conjonctivite simple.

Dans la *forme aiguë*, la rougeur conjonctivale est vive, la vascularisation envahit rapidement la muqueuse bulbaire qui prend une teinte vermillon, l'infiltration générale paraît très marquée, avec des plaques d'exsudation sanguine; les paupières sont un peu gonflées. Il se produit une sécrétion plus ou moins abondante, lacrymale ou séro-lacrymale d'abord, qui devient ensuite muco-purulente. Des filaments muqueux ou muco-purulents séjournent dans le cul-de-sac inférieur et s'accumulent vers l'angle interne et sur le bord des paupières. Les cils sont recouverts par des croûtes jaunâtres qui les agglutinent en pinceaux à leur sommet. On a observé des phlyctènes bulbaires et même des lésions cornéennes superficielles.

La sécrétion et l'épithélium superficiel, à leurs diverses périodes, renferment des microbes pyogènes, staphylocoques, streptocoques, surtout un bacille spécial (Weeks); celui-ci est très abondant, parfois en cultures pures, et paraît bien le véritable agent de la conjonctivite catarrhale. Koch l'avait déjà indiqué dans les conjonctivites aiguës d'Égypte à côté du gonocoque (1883), puis Weeks, en 1885, le retrouva dans une épidémie de *cocotte*, de conjonctivite catarrhale, décrite en Amérique sous le nom de pink eye (œil rose); enfin Kartulis, en 1887, puis récemment (1892-94) Morax ont confirmé ces résultats et permis de considérer la conjonctivite catarrhale aiguë comme une conjonctivite spécifique.

Dans la *forme chronique*, la vascularisation oculaire est moindre, mais l'infiltration conjonctivale et l'hypertrophie papillaire sont assez marquées; la sécrétion est très diminuée et appréciable surtout le soir ou le matin vers l'angle interne; les yeux sont un peu chassieux, les cils et les paupières légèrement agglutinés. On retrouve ici, comme dans la forme aiguë, les mêmes microbes et le bacille de Weeks. Le bacille est inoculable à l'homme et reproduit la même affection (Morax).

Dans les deux formes, les malades accusent tout d'abord une sensation de gravier causée par le frottement des anses vasculaires volumineuses ou par de légers soulèvements épithéliaux; la sécrétion catarrhale produit bientôt une certaine rémission douloureuse mais gêne les mouvements de l'œil et alourdit les paupières. Les larmes, les filaments muqueux, qui passent sur la cornée ou y séjournent, troublent parfois la vision et exigent de fréquents clignements.

Le catarrhe conjonctival devient aigu après trois ou quatre jours, puis décroît progressivement et disparaît d'ordinaire en dix ou quinze jours, dans les cas simples ou bien traités; il arrive toutefois que sous l'influence d'une prédisposition individuelle et l'action permanente de causes irritantes, le catarrhe devienne tout à fait chronique, se prolongeant des mois et des années.

La conjonctivite catarrhale est donc toujours le produit d'une infection externe; favorisée par les irritations locales, les fatigues, elle est parfois endémique, dans un village, un quartier, une maison ou une famille. L'acuité, le degré, la gravité relative, sont le fait de l'action réciproque du germe et du milieu ou de divers microbes associés.

Certaines infections peuvent produire des conjonctivites à formes atténuées, des conjonctivites bénignes, torpides, comme avortées, tandis que d'autres provoquent des conjonctivites très aiguës, à symptômes douloureux ou catarrhaux accentués.

La présence constante du bacille de Weeks, les résultats

de l'inoculation, l'étude clinique des conditions de développement des conjonctivites catarrhales, ne laissent guère de doute sur la nature infectieuse de cette maladie; les conditions variables de la graine et du terrain expliquent les allures diverses de l'inflammation.

La conjonctivite aiguë est relativement bénigne, guérit rapidement, mais elle peut passer à l'état chronique et persister pendant de longues années. L'écoulement reste alors muqueux ou muco-purulent, mais les phlyctènes sont rares, et les complications kératiques exceptionnelles.

On reconnaît habituellement la conjonctivite catarrhale à son début congestif, à sa marche rapide, à la notion d'endémicité ou de contagiosité.

Dans la forme aiguë ou dans la forme chronique, on trouve toujours, avec le bleu de méthyle phéniqué ou le violet de méthyle étendu, le bacille caractéristique de Weeks. Dans les cas douteux ou d'allures purulentes (Panas), la présence de ce bacille et l'absence du gonocoque sont significatifs.

Le *traitement* de la conjonctivite aiguë, en dehors du repos oculaire, consiste en des cautérisations conjonctivales avec la solution de nitraté d'argent à 1/30 répétées matin et soir, puis en des instillations d'une solution à 0,05/10. Deux ou trois cautérisations, parfois une seule, donnent un résultat immédiat. Des lavages tièdes fréquents, quelques instillations de cocaïne sublimée achèvent la résolution.

La conjonctivite chronique est très tenace. On essaiera des douches, on instillera des collyres astringents au sulfate de zinc, on fera des attouchements avec le cristal d'alun et du massage palpébral. Des irrigations copieuses des culs-de-sac et des voies lacrymales, des instillations de formol, parfois quelques fines scarifications muqueuses, hâteront la guérison. L'affection étant très contagieuse, il sera nécessaire d'isoler convenablement les sujets infectés. On devra tout au moins avertir les patients du danger de la contagion et les inviter à surveiller leurs mains, à éviter tout contact d'oreiller et à se servir de cuvettes et de linges particuliers.

IV. — Conjonctivite lacrymale à streptocoques.

§ 299. Parinaud et Morax l'ont observée dans les inflammations lacrymales aiguës. La congestion conjonctivale est très vive, il y a de l'écoulement catarrhal, un peu d'œdème palpébral, souvent de l'iritis séreuse, enfin de la sensibilité du ganglion pré-auriculaire. Les complications kératiques n'ont pas été constatées. La guérison est la règle. Comme dans la dacryocystite et la péricystite, on trouve des streptocoques. Ceux-ci peuvent exister dans le cul-de-sac sans qu'il y ait conjonctivite, mais toujours, quand il y a conjonctivite, on les trouve libres ou englobés par les phagocytes. Des cultures dans le bouillon neutre à 35° les démontrent aisément.

La présence de la dacryocystite, de l'iritis, et surtout du streptocoque établit le diagnostic. Le nitrate d'argent est utile mais moins efficace que dans la conjonctivite catarrhale contagieuse; le sublimé au 1/1000°, l'atropine, le traitement lacrymal sont surtout indiqués.

V. — Conjonctivite animale infectieuse.

§ 300. C'est une conjonctivite muco-purulente qui paraît d'origine animale et infectieuse.

Observée dans le département de Vaucluse, en 1885, par Abadie et Brouardel, elle a été étudiée, à propos d'observations particulières, par Parinaud, Abadie, Boucher, Bertin-Sans. Elle est encore peu connue et ses formes sont variables. On a rencontré cette conjonctivite chez l'enfant et l'adulte, chez des individus en contact direct ou indirect avec des animaux. La lésion est monoculaire et occupe surtout la paupière supérieure. Le début est celui d'une conjonctivite catarrhale aiguë: picotements, sensation de gravier, larmeur et gonflement des paupières, enfin écoulement catar-

rhal. Il y a du malaise général, l'écoulement devient muco-purulent, les ganglions auriculaires et parotidiens sont douloureux et tuméfiés. La conjonctive supérieure est tapissée d'élevures rougeâtres, framboisées, du volume d'une tête d'épingle, dont le sommet devient, après quelques jours, purulent. On observe alors l'inflammation des ganglions cervicaux et même leur suppuration; celle-ci peut être cependant évitée par un traitement énergique.

Les végétations framboisées de la conjonctive, l'écoulement muqueux, puis muco-purulent avec engorgement ganglionnaire, la suppuration du sommet des végétations et celle des ganglions, représentent les symptômes successifs de l'affection et ses principaux éléments diagnostiques. La nature de la conjonctivite est évidemment infectieuse et microbienne, mais les recherches bactériologiques ou les inoculations n'ont donné encore aucun résultat. Son origine animale est probable. L'affection observée par Abadie lui a paru liée à une épidémie de rouget; Parinaud, dans ses cas, incrimine la viande de boucherie; on a noté le voisinage d'un corroyeur; Boucher parle d'origine équine, et de Spéville de proximité d'un tas de fumier. La question d'origine, quoique déterminée, demande encore de nouvelles études.

Le pronostic est sérieux à cause de la marche rapide de l'affection et des complications kératiques et ganglionnaires. La guérison paraît cependant la règle.

Les lavages, l'antisepsie péri-oculaire, l'iodoforme, les pommades hydragyriques, la cocaïne et l'atropine sont indiqués; l'incision et le râclage peuvent être nécessaires. Abadie a retiré grand bénéfice des cautérisations de la conjonctive au galvano-cautère.

VI. — Conjonctivites purulentes.

§ 301. Les conjonctivites purulentes sont d'origine et de nature complexes. Elles se caractérisent, dans leur ensemble, par

la suppuration et, dans leurs variétés, par la spécificité microbienne du pus.

La suppuration se rencontre dans la conjonctivite blennorrhéique des nouveau-nés, la conjonctivite blennorrhagique de l'adulte, parfois consécutivement aux ophtalmies granuleuses et phlycténulaires. Le pus renferme toujours des microbes nombreux, staphylocoques, streptocoques, pneumocoques. Dans celui des conjonctivites phlycténulaires, le streptocoque domine; dans la forme blennorrhéique, blennorrhagique et même granuleuse, on constate le gonocoque de Neisser.

La *conjonctivite purulente type* débute par des symptômes de conjonctivite catarrhale : rougeur, sensation de gravier, larmolement, sécrétion séreuse ou séro-muqueuse, gonflement conjonctival, hypertrophie papillaire; mais cette période initiale est de courte durée. L'infiltration muqueuse se propage à la peau, de l'œdème cutané survient qui alourdit les paupières, enfin apparaît la suppuration. La sécrétion, d'abord lacrymale puis louche, devient ainsi finalement jaunâtre ou blanchâtre, parfois même, dans les affections spécifiques très aiguës, verdâtre. Cette sécrétion augmente rapidement, inonde l'œil, s'accumule dans l'angle interne, déborde les paupières et se répand jusque sur la joue. Elle est parfois d'une abondance excessive et constitue un véritable écoulement.

Dans certains cas, les bords palpébraux sont agglutinés, presque lutés par les concrétions purulentes, et le pus s'accumule dans le sac conjonctival. Les paupières sont infiltrées, gonflées, tendues; la supérieure déborde parfois l'inférieure et la recouvre en partie, tandis que l'inférieure se renverse en ectropion. La muqueuse devient très épaisse et, recouverte par la sécrétion purulente, paraît blanchâtre, comme lavée; les papilles sont souvent effacées; il se produit aisément des ecchymoses ou même de petites hémorragies superficielles. La conjonctivite bulbaire est, chez l'adulte, plus ou moins infiltrée et chémotique. La cornée,

jusqu'à intacte, paraît un peu nuageuse puis retrouve sa transparence ou s'infiltré et tend vers la nécrose. Les parties atteintes, d'abord opalines, puis grisâtres, enfin jaunâtres, desquamant, se creusent en ulcère et entraînent une perforation kératique plus ou moins large. La cornée peut même être érodée circulairement et, l'ensemble restant transparent, se détacher comme un verre de montre.

Dès que la perforation est établie, l'iris s'y engage et fait hernie; il survient alors, avec la guérison, des leucomes adhérents susceptibles de s'enflammer ultérieurement ou de provoquer, par irritation ciliaire, un excès de tension, et de subir une distension staphylomateuse grave. La vision, du fait des leucomes et de l'astigmatisme irrégulier, est ensuite affaiblie ou à peu près nulle.

La conjonctivite purulente, traitée convenablement, guérit souvent en quelques semaines. La suppuration devient séropurulente, puis muco-purulente, enfin muqueuse, et se tarit complètement. Les paupières se dégorgent, la cornée reprend sa limpidité et sa transparence normales. Il persiste parfois une certaine inflammation *chronique* analogue à celle de la conjonctivite catarrhale.

La conjonctivite purulente se développe par inoculation directe ou indirecte. Elle apparaît sur un œil, puis sur l'autre, deux ou trois jours après l'infection.

La prédisposition individuelle, les conditions variables de nutrition générale, d'irritation locale et de virulence des produits d'inoculation nous expliquent le degré, les allures inégales de la conjonctivite purulente.

Les cautérisations au nitrate d'argent et les grands lavages au permanganate de potasse sont spécialement indiqués.

La *conjonctivite phlycténulaire* à forme purulente est assez rare; dans le cours d'une ophtalmie phlycténulaire aiguë, à la suite d'une irritation banale ou thérapeutique, et le plus souvent chez les enfants très lymphatiques, il apparaît une sécrétion très abondante, muco-purulente, qui recouvre la conjonctive et les bords des paupières.

Le gonflement palpébral est assez marqué; la conjonctive se montre rouge, villeuse, infiltrée, avec de grosses phlyctènes ulcérées; la cornée présente souvent des ulcérations diffuses. La sécrétion muco-purulente diminue lentement, et, petit à petit, la conjonctivite phlycténulaire reprend sa physionomie ordinaire.

La cautérisation nitratée est indiquée au début; après la disparition de la suppuration, au bout de quarante-huit heures ordinairement, le traitement propre à la conjonctivite phlycténulaire reprend tous ses droits.

La *conjonctivite granuleuse* à forme purulente se rencontre également peu dans nos pays, mais c'est une variété courante dans les pays infestés de granulations. Cette forme spéciale du trachome constitue l'ancienne *ophtalmie des armées* et, actuellement, l'*ophtalmie d'Égypte*, dont les nombreuses épidémies ont trop souvent désolé les troupes en campagne et les équipages de marins au commencement de notre siècle. Aujourd'hui encore, un granuleux présente tout à coup une poussée inflammatoire et il s'établit une sécrétion purulente plus ou moins abondante. Les paupières se gonflent, la conjonctive s'œdématie, la cornée est recouverte d'un mucus épais et d'un exsudat purulent. On note parfois, en outre, du blépharospasme et des complications kératiques. L'écoulement peut durer plusieurs semaines et l'inflammation entraîner la perte des deux yeux. Traitée au nitrate d'argent, la suppuration disparaît promptement; elle peut même beaucoup amender les granulations et éclaircir très heureusement la cornée panneuse.

VII. — Conjonctivite blennorrhagique.

§ 302. Elle est produite par infection blennorrhagique, mais présente diverses formes.

Conjonctivite blennorrhagique. — Elle se manifeste après une incubation variant, suivant le degré de l'infection, de quel-

ques heures à deux ou trois jours. La conjonctive rougit, l'œil devient larmoyant, photophobe, les paupières s'œdématisent, et il s'écoule un liquide d'abord séreux, puis muqueux, enfin purulent.

En un jour ou deux, les phénomènes inflammatoires s'accroissent. Les paupières sont énormément tuméfiées, en boudins, la supérieure recouvrant l'inférieure, et on les écarte difficilement. La conjonctive est très congestionnée, gonflée et chémiotique autour de la cornée. Le pus est jaune ou verdâtre, parfois si abondant qu'il s'écoule le long des joues.

Il y a d'ordinaire de violentes douleurs. Les troubles sont limités à un seul œil ou se manifestent successivement aux deux yeux.

En quelques jours, surtout si un traitement actif a été mis en œuvre, les phénomènes précédents diminuent. Le pus se tarit, le chémosis et l'œdème disparaissent, la vision redevient bonne. Il ne persiste, pendant quelque temps, qu'un peu de rougeur, une sorte de conjonctivite catarrhale chronique. Il en est ainsi lorsque l'infection n'est pas trop intense ou qu'elle est heureusement combattue.



FIG. 15. — Chémosis.

PP, paupières; CC, bourrelet chémiotique.

Si, au contraire, l'inflammation s'aggrave, comme le fait est trop fréquent, la virulence étant excessive, le patient consultant trop tard ou le traitement étant mal dirigé, la cornée s'ulcère au centre ou à la périphérie et se nécrose. On voit même de véritables exsudats fibrineux infiltrer la conjonctive et enserrer la cornée qui, comme étranglée, anémiée, subit une fonte complète et rapide.

E. Berger a cité des abcès palpébraux multiples qu'il rapproche, en forçant l'analogie, des abcès uréthraux de la blennorrhagie. On a constaté le bubon pré-auriculaire dans un certain nombre de cas, la cornée nécrosée, l'iris enclavé, le segment antérieur atrophié; l'œil est alors absolument perdu. Il se produit encore, à la longue, de l'irritation ciliaire, des sta-

phylômes qui exigent l'énucléation ou l'ablation du segment antérieur.

Conjonctivite blennorrhéique. — Elle serait produite par du pus blennorrhagique altéré ou dilué. Ses allures sont celles de la conjonctivite subaiguë. L'écoulement est purulent ou muco-purulent, mais le chémosis, le gonflement palpébral sont minimes et les complications cornéennes moins graves et moins fréquentes. Le gonocoque y est constant.

Certaines gouttes militaires anciennes peuvent même produire une sorte de conjonctivite blennorrhéique très atténuée, d'allures catarrhales (Aubert, Parizot, Piringer).

Conjonctivite leucorrhéique — Elle est analogue à la précédente, mais se rencontre surtout chez les nouveau-nés ou les petites filles. On y trouve toujours des gonocoques (Widmark, Morax, A. Terson). La contagion extra-vénérienne est souvent facile à démontrer.

Conjonctivites blennorrhoides. — Celles-ci, d'ailleurs mal établies, résulteraient d'une infection générale, métastatique, de la blennorrhagie (Perrin). C'est l'ophtalmie blennorrhagique spontanée de Fournier. Le gonocoque a été constaté (Morax), mais il est généralement absent. L'infection endogène, quoique possible, semble peu probable.

Étiologie. — Les ophtalmies blennorrhagiques sont produites par le transport des gonocoques sur la conjonctive. L'infection est directe ou indirecte. Chez l'homme comme chez la femme, les doigts, allant des parties génitales à l'œil, sont les vecteurs ordinaires des microbes. Aussi le côté droit, chez les patients, est-il plus souvent affecté que le côté gauche. On rencontre un cas de blennorrhagie oculaire sur cinq cents ophtalmies, et, vu le nombre considérable de blennorrhagies génitales, il est même étonnant qu'on n'en observe pas davantage. L'infection peut cependant se faire par les linges, l'eau de bains ou de toilette, la promiscuité familiale, etc.

Quel que soit le mode de contamination de la conjonctive, on y trouve toujours le gonocoque de Neisser. Le pus blen-

norrhagique est plus ou moins virulent, comme dans les blennorrhagies récentes aiguës, et les ophtalmies sont violentes; ou bien le pus est dilué, ancien, comme dans les vieilles gonorrhées, les leucorrhées, et il provoque des ophtalmies subaiguës, muco-purulentes ou catarrhales; question de quantité, de qualité, de virulence, d'atténuation microbienne, peut-être aussi de terrain.

Les complications cornéennes résultent de la gêne circulatoire produite par le chémosis et surtout d'une infection locale par les agents de la suppuration, gonocoques, staphylocoques, surtout les streptocoques.

Les abcès palpébraux, les adénites ou bubons se produisent par pénétration de voisinage ou transport lymphatique.

Quant aux conjonctivites blennorrhoides, métastases analogues aux localisations articulaires de la blennorrhagie, elles sont très contestées; Perrin, Armaignac, Darier, les ont cependant admises. Il y aurait infection locale par localisation d'une infection générale d'origine génitale. Il ne répugne pas plus d'admettre une conjonctivite de cette nature qu'une iritis ou une arthrite du genou, mais la contamination digitale est si commune et si facile, qu'on doit se tenir, à cet égard, dans une prudente réserve.

Diagnostic. — Le diagnostic de conjonctivite blennorrhagique est généralement simple, car les sujets sont ordinairement affectés de blennorrhagie génitale. Les formes subaiguës sont moins caractéristiques. Le mode d'apparition, la marche, l'aspect de l'écoulement le gonflement conjonctival mettront sur la voie. On pourrait songer au début à la conjonctivite catarrhale aiguë, mais l'absence du bacille de Weeks et la constatation des gonocoques lèveront bientôt tous les doutes.

Pronostic. — Les formes aiguës sont particulièrement redoutables. L'affection est alors très grave et la perte immédiate ou consécutive de l'œil, trop fréquente. Un traitement actif ne suffit pas toujours à obtenir la guérison ni même à préserver un œil. Les autres formes sont généralement bénignes.

Traitement. — Il est prophylactique et curatif.

Le traitement *prophylactique* consiste à éviter le contagement uréthral et à se méfier de ses doigts, du linge, des liquides souillés ou infectés par le contact blennorrhagien. Les ongles maintenus courts et les ablutions manuelles, après chaque miction, constituent de sages précautions.

Un œil atteint, on doit préserver l'autre. On a voulu couvrir celui-ci avec des lanières de diachylon, du taffetas, un monocle collodionné, muni au centre d'un verre de montre pour la vision. Ces moyens sont insuffisants; le dernier toutefois peut devenir utile. Il semble, qu'après avoir indiqué au malade le danger de contagion et les précautions pour l'éviter chez lui et autour de lui, il vaille mieux laisser les yeux complètement libres. Dans un cas, toutes précautions prises pour un œil, nous n'avons pu empêcher l'inoculation de l'autre. Par contre, depuis que, suivant l'exemple de Gayet, nous n'appliquons plus de pansement à demeure, nous constatons rarement l'infection du congénère.

Le traitement *curatif* doit être énergique et soutenu. Il faut déterger l'œil, le décongestionner, le désinfecter par des lavages palpébraux, des irrigations conjonctivales, des tampons glacés, des cautérisations nitratées à 1/30°. On a conseillé des sangsues (Græfe) nombreuses, 5 à 10 centigrammes de calomel toutes les heures, de l'onguent napolitain (de Wecker) sur le front et les membres, etc. Au début, le nitrate est indiqué et donne de brillants résultats. Les solutions au 1/50° ou au 1/30° suffisent; les crayons, même mitigés, doivent être proscrits car ils déterminent, par leur action excessive, des exsudats blanchâtres qui diminuent la circulation de la cornée et précipitent sa destruction. Les irrigations prolongées, tièdes, boriquées, et surtout au permanganate de potasse 1/3000°, sont d'utiles adjuvants antiseptiques. Les scarifications diminuent le chémosis. L'ésérine peut faciliter la nutrition oculaire, et la cocaïne atténue les douleurs.

S'il survient des ulcérations de la cornée, on doit employer