

la teinture d'iode, la pyoctanine, la cautérisation ignée, même l'opération de Sæmisch, comme dans les kératites purulentes ordinaires.

A la période de déclin, les irrigations permanganatées, les collyres faibles au nitrate à 0,5/10 seront encore utiles.

Les complications kératiques ou iriennes tardives seront traitées ultérieurement. Chez l'adulte, dans le leucome adhérent consécutif, une iridectomie précoce est avantageuse pour la vision et aussi pour prévenir la production du staphylôme ou l'apparition d'accidents glaucomateux.

VIII. — Ophtalmie des nouveau-nés.

§ 303. La conjonctivite purulente des nouveau-nés est, encore à l'heure actuelle, l'affection qui fournit, en France, la plus grande partie des aveugles (13 000 sur 38 000).

Symptômes. — La conjonctivite des nouveau-nés se montre du troisième au cinquième jour de la naissance. De bonne heure, il existe du gonflement des paupières qui restent fermées. Si on les écarte, on voit s'échapper un liquide clair, transparent, d'un jaune citrin parfois assez foncé : c'est la période initiale qui précède le catarrhe purulent de la muqueuse. A partir du lendemain ou du surlendemain, la suppuration est établie et devient bientôt considérable. Dès lors, les paupières se gonflent et s'agglutinent, la conjonctive s'œdématie, se congestionne et se recouvre d'une masse de pus jaunâtre ou blanc jaunâtre. Le liquide s'accumule dans le sac conjonctival et, lors de l'écartement des paupières, est parfois projeté au loin.

Vers le quatrième ou le cinquième jour, le gonflement est extrême; on renverse difficilement les paupières infiltrées et raides; la conjonctive est épaisse, très rouge, volontiers saignante; l'écoulement est franchement purulent, abondant, jaunâtre, parfois jaune verdâtre. C'est le moment, soit de la régression, soit des complications.

La *régression* survient spontanément ou sous l'influence du traitement. Les paupières deviennent plus souples, moins gonflées, la conjonctive se décongestionne et l'écoulement se fait plus séreux et plus rare. Ce résultat est obtenu parfois en quelques pansements. L'amélioration continuant, la suppuration se tarit, l'écoulement devient muqueux ou séromuqueux, la rougeur disparaît, les yeux s'entr'ouvrent spontanément et il ne reste plus qu'un peu de vascularisation conjonctivale et de sécrétion nocturne catarrhale.

La guérison est obtenue en 12 ou 15 jours, plus ou moins vite suivant la gravité des cas.

Complications. — Elles sont encore assez fréquentes et se produisent de la même façon et avec la même physionomie que dans l'ophtalmie blennorrhagique des adultes. L'ulcération cornéenne entraîne, si elle est profonde, un enclavement irien plus ou moins étendu et un leucome adhérent. La plaie kératique est-elle très étendue, l'iris fera largement saillie à l'extérieur sous forme de bourgeon et il se produira un staphylôme.

Ultérieurement les leucomes adhérents, les staphylômes, par l'irritation ciliaire produite et leur peu de résistance, peuvent entraîner le développement ectatique de l'œil. L'ectasie sera plus ou moins régulière et donnera lieu à de la buphtalmie. La vision, dans les cas légers, est plus ou moins altérée et, dans les cas graves, absolument abolie.

Il ne faut pas oublier cependant que les leucomes infantiles se modifient parfois avec le temps très favorablement. Dans bien des cas, les leucomes très larges au début diminuent d'une façon notable, les leucomes adhérents eux-mêmes aboutissent souvent, par atrophie des parties iriennes adhérentes, à un état voisin de la guérison. Si l'on doit être très réservé à l'égard de l'ophtalmie des nouveau-nés et de ses complications, on se gardera aussi d'un pessimisme exagéré. On attendra, pour intervenir contre les complications leucomateuses, iriennes ou autres, un temps plus ou moins long, car une certaine réparation peut se faire spontanément. On

sera toujours à même d'ailleurs de pratiquer plus tard une iridectomie ou une sclérotomie.

Nature. — L'ophtalmie des nouveau-nés est infectieuse, inoculable et spécifique. On y constate régulièrement des gonocoques. En principe, on doit considérer toute conjonctivite, débutant chez le nouveau-né le deuxième ou le troisième jour, comme blennorrhéique grave et la traiter en conséquence, mais, en fait, on doit en rabattre. On voit, en effet, des conjonctivites de cet ordre débiter vers le dixième ou le quinzième jour, revêtant des formes bénignes et des formes malignes. Il est probable que l'inoculation se fait par les liquides leucorrhéiques au cours du passage vagino-périnéal, mais on trouve des enfants infectés chez des femmes à vagin indemne et des enfants indemnes à la sortie d'un vagin infecté. C'est que les inoculations blennorrhéennes ne sont pas fatales, peuvent être évitées souvent par des lavages attentifs, détruites par un traitement prophylactique, et qu'enfin le catarrhe simple s'observe à toutes les périodes de la vie. L'infection peut avoir lieu, dit-on, jusque dans l'utérus.

Diagnostic. — Pour être rigoureux, il exigerait la démonstration du gonocoque. L'écoulement du liquide clair, citrin, au troisième ou quatrième jour de la naissance, doit pourtant être considéré comme spécifique et traité comme tel. L'humidité conjonctivale, quelques filaments muqueux, puis mucopurulents, la marche rapide de l'inflammation ne laissent d'ailleurs bientôt aucun doute.

Quand la suppuration est franche, l'aspect jaunâtre et l'abondance du pus sont caractéristiques. A la période de rémission, les anamnétiques, l'écoulement séro ou mucopurulent, les lésions kératiques sont également démonstratifs. Un diagnostic précoce est nécessaire, car le traitement doit être rapide et énergique. Les sages-femmes, en considérant les ophtalmies purulentes des nouveau-nés comme des coups d'air et en retardant l'application des spécifiques, sont la cause d'un grand nombre de cécités. Dès la moindre irritation oculaire elles devraient être contraintes d'appeler

le médecin. L'obligation d'une loi édictée en ce sens, dans nombre de pays, a diminué la proportion des cécités par ophtalmies des nouveau-nés plus encore que les progrès de la thérapeutique et de l'antisepsie.

Traitement. — Il est prophylactique ou curatif.

Le traitement *prophylactique* consiste en irrigations vaginales chez la mère, avant et pendant l'accouchement, avec de l'eau boriquée ou sublimée, et dans la toilette oculaire immédiate du nouveau-né. Olshausen a publié une statistique d'où il ressort que la prophylaxie exécutée avant la ligature du cordon donne des résultats deux fois meilleurs que si la méthode est appliquée après la ligature.

Avant que la ligature du cordon ne soit effectuée, on lave soigneusement les paupières avec de l'eau tiède et de la ouate hydrophile; puis on ouvre l'œil et on irrigue la cavité oculaire avec une solution boriquée.

Si l'on a des raisons pour craindre l'infection, il est bon de recourir à la *méthode de Crédé*. On instille dans les culs-de-sac conjonctivaux trois ou quatre gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 1/30^e. On pourra y revenir tous les jours dans les cas très suspects. Cette instillation produit un peu de rougeur conjonctivale et parfois de l'opalescence cornéenne, mais elle ne présente aucun inconvénient sérieux. Son emploi méthodique n'offre même rien d'excessif, car dans les maternités, elle a fait tomber l'ophtalmie des nouveau-nés de 13 à 15 p. 100 à 0,5, 0,2 et 0,1 p. 100 et a évité ainsi un grand nombre de cécités. On a récemment préconisé l'emploi de l'iodoforme projeté dans l'œil à la naissance (Valude). Ce procédé donne aussi de bons résultats et paraît plus facilement à la portée de tous.

Les irrigations vaginales préalables, la toilette minutieuse, palpébrale, conjonctivale, les instillations de nitrate d'argent ou l'application de l'iodoforme sont des moyens excellents qui permettent presque toujours de prévenir ou de détruire l'infection blennorrhagique de l'œil.

Le traitement *curatif* doit être minutieux, soutenu, éner-

gique et comporter essentiellement les cautérisations au nitrate puis des lavages au permanganate de potasse; à ces conditions, on peut généralement compter sur la guérison.

Au début, suivant la pratique de Horner, on doit éviter les cautérisations et se borner aux irrigations antiseptiques avec applications glacées de compresses boriquées. Si le gonflement palpébral est très accentué, à l'acide borique nous substituons la solution de naphthol (alpha) à 1/5000^e, qui a pour propriété de faire tomber le gonflement.

Le sublimé est à éviter d'une manière absolue chez les enfants, comme irritant et toxique.

Avec la période d'état ou de suppuration, commence le traitement actif, on pourrait dire mathématique, de l'ophtalmie des nouveau-nés.

Deux fois, dans les vingt-quatre heures, les paupières seront retournées et la muqueuse touchée, jusqu'au fond des cul-de-sac, avec un pinceau volumineux trempé dans une solution de nitrate d'argent à 3 p. 100. Après la cautérisation, la neutralisation immédiate à l'eau salée est généralement nécessaire. Pour le pansement, l'enfant est tenu par un aide et le médecin lui prend la tête entre les genoux; lui-même attire et renverse la paupière supérieure pendant que l'aide en fait autant à la paupière inférieure.

Dans l'intervalle des cautérisations, et pour éviter la stagnation du pus, de larges irrigations antiseptiques seront pratiquées avec une seringue ou un appareil laveur. On emploiera l'acide borique ou le naphthol. Ce qui fait encore le mieux, parce que la substance employée a une action favorable sur la suppuration qu'elle diminue, c'est une simple décoction de pavot ou, si l'on veut, l'eau thébaïsée stérilisée à 0,10 centigr. pour 1 000 grammes.

L'existence d'ulcérations cornéennes, si graves qu'elles soient, ne doit pas faire suspendre la cautérisation quand la suppuration est abondante, mais on devra redoubler de soins pour éviter de toucher la cornée et se servir des cuillères à manche de Galtier; de plus, on pansera l'ulcère cornéen par

une application de pommade iodoformée à 5 p. 100 qui nous a donné les meilleurs résultats et on pratiquera l'instillation répétée d'un collyre au bleu de méthylène à 1/500.

Lorsque la suppuration a diminué et que les paupières ont perdu la plus grande partie de leur gonflement, on descend le titre de la solution de nitrate d'argent d'abord à 2 p. 100 puis à 1 p. 100. Les irrigations seront continuées jusqu'à la fin du traitement.

Il n'est pas rare, surtout s'il s'est produit des lésions cornéennes, de voir, à la suite de la phase précédente, s'établir un état chronique dans lequel la production de la suppuration continue à se faire, pas très abondante, mais constante. Les paupières ne sont pas notablement gonflées, la conjonctive est tuméfiée, plus ou moins tomenteuse, avec d'énormes sillons et des villosités constituant de multiples granulations. Ces formations sont surtout prédominantes dans le cul-de-sac conjonctival inférieur. Cet état de choses se prolonge souvent un temps excessivement long, et le nitrate d'argent ni le sulfate de zinc ne semblent plus avoir d'action favorable. En semblable circonstance, ce qui réussit le mieux, ce sont les cautérisations quotidiennes, ou répétées tous les deux jours, avec un cristal poli d'alun.

Dans ces derniers temps, on est revenu aux grands lavages conjonctivaux préconisés en 1846 par Chassaignac, et on a recommandé, comme antiseptique, le permanganate de potasse à 1 p. 4 000 (A. Terson). Des canules diverses ont été aussi construites par Kalt, Brun, Fage, etc. De simples écarteurs et une poire injecteur peuvent suffire. Les lavages biquotidiens prolongés sont excellents et, à la rigueur, suffisants; mais ils ne sauraient détrôner le nitrate d'argent. Nous les considérons, dans les cas ordinaires, comme de simples adjuvants.

Les complications immédiates, ulcères de la cornée, hernies de l'iris seront traitées discrètement car les attouchements nitrates et les lavages antiseptiques les améliorent suffisamment; la teinture d'iode, en application directe localisée, la cautérisation ignée peuvent être toutefois utiles. Quant aux

complications tardives, leucomes adhérents, staphylômes, buphtalmies, elles seront combattues de bonne heure par les moyens appropriés, surtout par l'iridectomie.

IX. — Conjonctivite phlycténulaire.

§ 304. C'est une inflammation vésiculaire ou vésico-pustuleuse de la conjonctive palpébrale et surtout bulbaire qu'on observe fréquemment chez les enfants et les jeunes sujets lymphatiques. Elle envahit fréquemment la cornée et constitue alors la kérato-conjonctivite ou ophtalmie phlycténulaire.

Formes. — On distingue des formes diverses, simple, miliaire et pustuleuse.

Dans la forme *simple*, il existe une ou plusieurs vésicules grisâtres, transparentes, reposant sur une élévation plus ou moins marquée et vers lesquelles se dirigent quelques vaisseaux conjonctivaux.

Dans la forme *miliaire*, les vésicules sont fines, agglomérées au niveau du limbe scléro-cornéen et entourées de vaisseaux réticulaires.

Dans la forme *pustuleuse*, on voit des vésico-pustules qui empiètent sur la cornée et produisent des ulcères plus ou moins larges et diffus. Il n'est pas toujours possible de constater les vésicules conjonctivales, car, comme dans l'eczéma, elles sont très éphémères, et on ne rencontre plus que l'ulcération consécutive.

Symptômes. — La conjonctivite phlycténulaire est plus ou moins discrète et légère. Elle entraîne du gonflement, de la rougeur, de l'hypersécrétion de la muqueuse, de la photophobie, du larmolement et plus ou moins de blépharospasme. Les vésicules sont isolées ou confluentes et généralement rompues. Elles sont parfois peu apparentes, indiquées souvent par une convergence vasculaire significative ou par une ulcération louche et puriforme. Si la cornée reste indemne, tout s'amende en peu de jours; la guérison est rapidement

complète. Le plus ordinairement toutefois, les phlyctènes qui apparaissent sur le limbe scléro-cornéen ou sur la cornée entraînent des manifestations plus ou moins graves.

La vascularisation, très variable, localisée d'abord autour des vésicules, devient bientôt presque uniforme, quand les vésicules sont nombreuses. Des vaisseaux volumineux s'avancent vers les vésicules cornéennes, qu'elles entourent, et même recouvrent d'un lacis délié et panniforme. Les bords ciliaires et parfois les paupières sont gonflés, la conjonctive est œdématisée et donne lieu à une sécrétion muqueuse et à la production de croûtes grisâtres. Il existe en outre un larmolement très abondant.

La douleur est souvent vive et exagérée par les ulcérations qu'entraîne, sur les bords ciliaires et les surfaces palpébrales, la stagnation ou l'écoulement des larmes; elle s'accroît encore par la lumière ou les mouvements oculaires. La photophobie est souvent considérable; la moindre lumière provoque des plaintes, des cris et un blépharospasme parfois excessif. On voit, en effet, que beaucoup de malades tiennent la tête baissée, les yeux fermés, et qu'ils recherchent obstinément l'obscurité.

Des croûtes d'eczéma, d'impétigo, coexistent (14 p. 100) à la face, au cuir chevelu; la rhinite (6 p. 100), l'otorrhée (4 p. 100), de l'engorgement des ganglions cervicaux s'observent également.

De nouvelles phlyctènes peuvent se produire et faire durer l'affection de longs mois et même des années.

D'ordinaire cependant, les vésicules se vident, les pustules se détergent, la vascularisation diminue et l'œil reprend son état antérieur. Il persiste souvent de légers troubles cornéens et un peu d'irritabilité conjonctivale. L'œil rougit plus facilement, pleure à la moindre excitation; il peut rester ainsi plus ou moins longtemps en instance inflammatoire.

Complications. — Il survient aussi fréquemment des complications diverses qui aggravent singulièrement une affection ordinairement bénigne, et peuvent même entraîner la perte

de l'œil. Nous en trouvons à Montpellier 40 p. 100 environ.

Les complications immédiates sont de deux ordres, les unes légères, les autres graves. Aux premières, nous rapporterons la douleur qui est quelquefois intense, bien que le mal ne soit ni étendu, ni profond; le blépharospasme qui est parfois excessif, exagéré par la lumière, par la douleur et par les larmes. Il y a constriction énergique du muscle orbiculaire, surtout compression du globe oculaire; et ce spasme palpébral, qui est au début une simple complication, intervient à son tour pour entretenir et aggraver l'ophtalmie. Le pannus, que l'on observe si souvent chez les trachomateux, existe aussi chez les strumeux, mais affecte une forme particulière; il est triangulaire, son sommet aboutissant à la vésicule ou à l'ulcération consécutive.

Du côté des paupières, il survient des ulcérations; les larmes, âcres et brûlantes, inondent constamment les joues et y produisent des rougeurs, des érosions, des fissures saignantes et douloureuses qui ont de la tendance à persister.

Les complications les plus graves sont les infiltrations cornéennes et les abcès. Les infiltrations peuvent rétrocéder, et alors la cornée revient à son état normal; ou bien elles suivent une marche progressive, s'étendent de plus en plus et forment un abcès. L'abcès, lorsqu'il guérit, laisse une cicatrice, un leucome, adhérent ou non, qui nuit d'autant plus à la vision qu'il est plus central et plus irrégulier (astigmie).

Lorsque la cornée est profondément infectée, les microbes passent à travers ses diverses couches et viennent porter leur action sur l'iris pour donner lieu à une kérato-iritis. Du pus peut également pénétrer au fond de la chambre antérieure. Il est liquide et nettement limité en haut par une ligne horizontale, ou bien il reste membraneux, concret, et sa limite supérieure paraît plus ou moins régulièrement convexe. Quand l'ulcère suit une marche progressive, il s'étend non seulement en surface, mais aussi en profondeur; la membrane de Descemet, plus résistante que les autres lamelles cornéennes, peut alors faire hernie à

travers l'ulcère et donner lieu à une kératocèle. Sous l'influence d'un effort quelconque, de la toux, de l'éternuement, de la contraction des paupières, des cris, de l'augmentation de la pression intra-oculaire, cette membrane peut éclater à son tour: l'humeur aqueuse s'échappe alors et la chambre antérieure se vide, l'iris et le cristallin venant s'appliquer contre la paroi postérieure de la cornée. L'iris peut être entraîné à travers cette perforation et faire hernie à l'extérieur; il peut s'enflammer, s'infecter; il se produit enfin de la cyclite, de la choroidite qui aboutit à la phtisie du globe, ou du segment antérieur.

Il survient aussi des complications éloignées qui résultent des modes de terminaisons ordinaires de l'ophtalmie strumeuse; ce sont des albugos, des leucomes simples ou adhérents, etc. Il est vrai que ces complications n'existent pas toujours; mais on peut les observer toutes les fois que la cornée est atteinte profondément. Les leucomes adhérents déterminent de la rougeur, du larmolement et, à la longue, du tiraillement des nerfs ciliaires, d'où production de sécrétion plus abondante, laquelle donnera lieu à du glaucome, s'il s'agit d'individus adultes, à des staphylômes ou à de l'hydrophthalmie, s'il s'agit d'enfants à membranes oculaires souples et extensibles.

Les suites de l'ophtalmie phlycténulaire graves sont toujours fâcheuses. Au point de vue esthétique, on sait combien est disgracieux un vaste leucome blanchâtre recouvrant la cornée en totalité ou en partie. Les troubles visuels déterminés par les leucomes sont d'ailleurs sérieux et vont depuis la simple gêne jusqu'à la cécité complète.

Il n'est pas rare de rencontrer des cas de strabisme dus aux leucomes et aux staphylômes.

Enfin la réfraction est d'ordinaire troublée. Les leucomes déforment l'œil, modifient les rayons de courbure de la cornée et entraînent à leur suite un degré variable d'astigmatisme irrégulier. La myopie et l'anisométrie sont également fréquentes parmi les anciens ophtalmiques.

Pathogénie. — Les uns considèrent l'ophtalmie phlycténulaire comme une manifestation directe de la scrofule, du lymphatisme; les autres en font une affection parasitaire essentiellement locale; nous estimons enfin, avec plusieurs, que, lymphatisme et principe infectieux externe, sont deux facteurs généralement solidaires et qui jouent chacun un rôle important. L'influence lymphatique dans l'ophtalmie phlycténulaire a été presque universellement acceptée jusqu'ici et l'est encore par la plupart des ophtalmologistes. Pour Mackenzie, la phlyctène est toujours sous la dépendance d'un état scrofuleux et, pour ainsi dire, la signature de la scrofule. Pour Panas (1876), l'état lymphatique scrofuleux chez des enfants est la principale cause de l'ophtalmie. Quelques auteurs observent cependant que l'ophtalmie phlycténulaire se rencontre ailleurs que chez des scrofuleux, et ils se refusent à admettre une ophtalmie strumeuse ou lymphatique. Fano, Meyer, de Wecker, etc., sont, à cet égard, très explicites. Augagneur et Désir de Fortunet, après Horner, vont plus loin encore et font de l'ophtalmie phlycténulaire une affection purement externe, succédant, dans presque tous les cas, à une rhinite, elle-même produite par une inoculation de cause variable, ordinairement des germes de l'eczéma ou de l'impétigo. Ceux-ci, paraissant produits par inoculation et se développant volontiers près de l'orifice nasal, provoquent une rhinite qui entraîne l'ophtalmie. Impétigo, eczéma, rhinite ou ophtalmie phlycténulaire n'auraient donc rien à voir avec le lymphatisme et seraient absolument de cause externe.

Pour nous, l'ophtalmie phlycténulaire est une affection *lymphatique infectieuse*. Le lymphatisme est habituel.

Nos malades sont presque tous en effet des scrofuleux, des strumeux ou des lymphatiques avec ganglions, joues grasses, peau fine, chairs molles. Il s'agit dans 60 p. 100 de femmes, et dans 98 p. 100 d'enfants au-dessous de 15 ans; le lymphatisme est chez eux prédominant. Ajoutons que beaucoup de patients sont chétifs, mal nourris, vivent dans des habitations malsaines et sont d'une propreté douteuse.

L'influence de l'état général et de la malpropreté est telle que, à la clinique de Montpellier, la proportion des ophtalmies phlycténulaires est de 12 p. 100 et, dans la clientèle privée, seulement de 3 p. 100.

L'infection paraît constante. Elle peut être produite par contact direct ou indirect de produits septiques ou d'individus porteurs de croûtes d'eczéma, d'impétigo, de rhinite, de suppurations diverses. D'ordinaire cependant, l'infection aurait lieu par l'individu même et par action digitale.

Des microbes infectieux ont été constamment rencontrés dans l'ophtalmie phlycténulaire. Boucheron, Duclaux et Burchardt, ont obtenu, dans cette affection, des cultures pures de microcoques. Straub a constaté les mêmes éléments dans les lésions bléphariques ou conjonctivales et les lésions cutanées. Koster, inoculant la cornée des lapins, a produit aussi des éruptions cutanées. Les microbes de l'ophtalmie phlycténulaire ne sont pas spécifiques. On a surtout rencontré des streptocoques et des staphylocoques.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'ophtalmie phlycténulaire doit être fait de bonne heure. Au début, il n'existe qu'un peu de vascularisation, puis se montre une petite élévation surmontée d'une vésicule. Des vaisseaux convergent à sa base. La vésicule rompue, il persiste une petite ulcération dont les vaisseaux indiquent le siège. Les vésico-pustules affectent la région limbaire.

Les infiltrations kératiques sont jaunâtres et deviennent le confluent de fins vaisseaux réticulés.

Les suites éloignées sont des leucomes, staphylômes, amblyopies et troubles de réfraction.

Traitement. — L'ophtalmie phlycténulaire étant causée par une prédisposition générale lymphatique et une infection de voisinage, par les doigts, les habits, etc., le traitement de l'ophtalmie strumeuse doit être général, régional et local :

1° *Général.* — Autant que possible, pour fortifier les malades, le séjour à la campagne, au bord de la mer, sera conseillé en dehors des poussées aiguës; pendant la période inflamma-

toire, le maintien dans une chambre convenablement chaude et aérée est préférable. Les toniques, les iodures, l'huile de foie de morue, le phosphate de chaux, quelques légers laxatifs, sont indiqués. L'hydrothérapie discrète, à une température en rapport avec la saison, le massage répété, rendent de grands services.

2° *Régional*. — Il comprend la toilette d'ensemble, interne et externe de l'individu. Nous faisons d'ordinaire battre et changer les habits, laver à l'éponge tiède tout le corps, couper les cheveux et nettoyer le cuir chevelu, tailler les ongles et laver les mains à la brosse et au savon, enfin, nous apportons un soin tout spécial, le cas échéant, au traitement et à l'antisepsie des téguments, du nez, des oreilles, etc. Irrigations boriquées, insufflations d'iodoforme camphré, attouchement au nitrate, dans la rhinite; cataplasmes de fécule et acide borique, pommade au calomel ou à l'oxyde de zinc, dans l'eczéma et l'impétigo : tels sont les moyens habituellement employés.

3° *Local*. — Ce traitement implique tout d'abord l'antisepsie oculaire la plus minutieuse, par des lavages répétés. Il faut surtout l'appliquer aux paupières, aux cils et souvent aux voies lacrymales; les instillations préalables de cocaïne et, dans certains cas de gonflement muqueux ou de blépharospasme excessif chez les enfants, l'anesthésie générale, sont nécessaires. Les tampons chauds, les douches de vapeurs boriquées, les pommades à la cocaïne et au précipité jaune réunis sont avantageux; l'atropine et la cocaïne seront des adjuvants précieux pour éviter les accidents iriens.

Les abcès, les perforations, les staphylomes, etc., toutes les complications oculaires, palpébrales ou lacrymales, qui peuvent se présenter, seront traités par les moyens habituels, suivant leurs indications particulières. Il ne faut, toutefois, intervenir chirurgicalement que le plus tard possible et en dehors des périodes inflammatoires.

X. — Conjonctivite folliculaire.

§ 305. Elle est caractérisée par la présence, sur la conjonctive de petits élevures arrondies, rosées ou pâles, translucides, du volume d'une tête d'épingle. Ces élevures ou follicules sont analogues aux granulations trachomateuses mais plus foncées; comme celles-ci, elles sont constituées par des cellules rondes lymphoïdes agglomérées.

Les follicules siègent de préférence dans le cul-de-sac inférieur de la conjonctive et y sont généralement assez nombreux; on peut en rencontrer, mais en petit nombre, sur le bulbe et dans le cul-de-sac supérieur. Il coexiste habituellement de la rougeur, une légère hypersécrétion lacrymale et un peu de catarrhe conjonctival.

Les malades accusent, à l'état aigu, de la lourdeur palpébrale, de la sensation de gravier, plus ou moins de photophobie; à l'état chronique, la gêne est minime et il n'y a pas d'écoulement.

La conjonctivite folliculaire se rencontre ordinairement chez les sujets jeunes, assez lymphatiques, mais on peut l'observer chez des sujets âgés et vigoureux.

Elle revêt parfois un caractère épidémique ou endémique. Nous l'avons constatée souvent chez plusieurs membres d'une même famille, affectés d'influenza. D'une manière générale, surtout dans sa forme aiguë ou subaiguë, elle paraît réellement contagieuse.

Beaucoup d'auteurs, se basant sur l'aspect anatomique de la lésion originelle, l'identifient avec le trachome. Chibret l'a même rapprochée du catarrhe printanier; cette notion uniciste n'est guère acceptable, et nous croyons, avec de Wecker, Panas, jusqu'à plus ample informé, que ce sont là deux affections distinctes. L'opinion dualiste est réellement clinique. Le follicule se développe surtout sur la paupière inférieure et le trachome sur la supérieure; le follicule dis-

paraît sans laisser de trace, le trachome entraîne une cicatrice; le follicule guérit facilement, le trachome est très tenace. Nous ajouterons que le follicule attaque les gens aisés et le trachome les gens pauvres; enfin, si follicule et trachome étaient de même origine, on les trouverait côte à côte dans les familles granuleuses tandis que nous ne les rencontrons presque jamais ensemble. Quant aux catarrhe printanier, il paraît plus éloigné encore de la conjonctive folliculaire. Les élevures sont papillaires, et les lésions cornéennes, plus ou moins développées, s'exagèrent volontiers vers le printemps et l'automne.

La conjonctivite folliculaire, quoique parfois tenace, guérit toujours.

L'azotate d'argent, s'il y a un peu trop d'écoulement, la pommade au précipité jaune ou à l'acétate de plomb à 0,10/5, les lavages boriqués, le frottement au sublimé, l'écrasement, l'incision ou l'excision des points folliculaires, le massage palpébral donnent une guérison assez rapide.

Un traitement général iodé, quelques laxatifs, l'hydrothérapie tiède sont généralement utiles.

XI. — Conjonctivite printanière.

§ 306. Sæmisch qui l'a bien décrite, après Horner, l'appelle catarrhe printanier. C'est une affection qui peut déterminer des lésions graves et présente généralement une longue durée, avec rémissions et exacerbations, pendant les saisons chaudes et humides.

La conjonctive tarsale présente, surtout vers le bord supérieur, des élevures multiples, volumineuses, serrées les unes contre les autres, comme recouvertes d'un vernis opalin. Elles sont dures et de structure papillomateuse.

Sur les bords interne et externe de la cornée, on rencontre d'autres élevures blanc grisâtre, comme amoncelées au bord de la cornée et s'étendant le long du limbe. Elles sont dures aussi, arrondies, fibreuses, à épithélium stratifié.

La cornée peut être envahie dans une assez grande étendue. Une masse blanchâtre aplatie, comme un pannus gélatineux, s'étend de la périphérie au centre et produit à la longue une sorte de sclérose kératique. Les lésions palpébrales, bulbaires et cornéennes constituent tous les degrés successifs de l'affection; toutefois les troubles kératiques graves sont exceptionnels.

La cause du catarrhe printanier est encore indéterminée. On a voulu en faire une forme de l'ophtalmie phlycténulaire. Sa physionomie est bien différente: pas de vésicules ni de douleurs notables, progression régulière, état chronique à exacerbations saisonnières. De plus, ce qui convient à la conjonctivite phlycténulaire est nuisible dans cette affection. On a cherché à la rapprocher de l'ophtalmie granuleuse, mais ses allures, ses lésions kératiques, ses élevures sont assez différentes; si l'origine est la même que celle du trachome, il faut convenir aussi qu'elle s'en distingue par plus d'un point, car c'est une maladie *sui generis* qui, lorsqu'elle atteint un individu, se représente chez lui toujours aux mêmes époques. De là le nom de catarrhe saisonnier. On la rencontre chez les jeunes sujets; plusieurs sont lymphatiques et présentent des végétations adénoïdes du pharynx et surtout de l'arrière-cavité des fosses nasales.

Le pronostic est sérieux. Les lésions kératiques sont, à divers degrés, assez fréquentes; la durée est considérable.

Le traitement paraît généralement peu efficace.

Le sublimé, l'acide borique, le massage avec le précipité rouge ou blanc à 0,10/5, les douches, un traitement tonique, iodé et arsenical ont été recommandés. Chez quelques malades les cautérisations au fer rouge, les scarifications, le curettage, les injections sous-conjonctivales de sublimé ont donné des résultats. Le traitement rhino-pharyngien, utile souvent, a été, dans les cas les plus graves, absolument sans action. Il paraît cependant toujours indiqué quand il existe des végétations adénoïdes dans l'arrière-cavité des fosses nasales. Les préparations au précipité jaune sont à rejeter.