

à son tour de membranes croupales : dans ce cas l'on observe de plus, comme complication, des ulcères cornéens.

D'après son évolution, la conjonctivite croupale ne paraît pas être autre chose qu'une forme particulièrement violente de catarrhe. En effet, dans des catarrhes très aigus, l'on voit souvent la sécrétion abondante se coaguler au contact de l'air, de façon qu'on peut la retirer du sac conjonctival sous forme de gros flocons agglutinés. Si la sécrétion est plus riche en fibrine et devient ainsi plus coagulable encore, elle se prend en caillots dès qu'elle apparaît à la surface de la muqueuse ; c'est ainsi que se forme la membrane croupale. Lorsqu'on l'arrache, elle est remplacée par de la nouvelle sécrétion qui recouvre la surface, de manière qu'à la place de la membrane arrachée on en trouve aussitôt une autre. L'examen microscopique démontre, en effet, que la membrane croupale est formée par un réseau fibrillaire de fibrine, dans lequel sont englobés des globules de pus et quelques cellules épithéliales de la conjonctive.

La conjonctivite croupale est une maladie de l'enfance. Les causes en sont probablement les mêmes que celles du catarrhe conjonctival aigu. Elle n'a aucune analogie avec le croup du larynx, dont elle n'a que l'apparence extérieure, notamment la formation de membranes exsudatives superficielles.

TRAITEMENT. — Tant que la conjonctive est couverte d'une membrane, il faut s'abstenir de tout traitement actif. En effet, le badigeonnage de la conjonctive avec la solution de nitrate d'argent ne servirait qu'à favoriser davantage encore la formation des membranes ; en les arrachant, on n'atteint pas non plus le but, puisqu'elles se reforment aussitôt. On se borne donc, pendant ce stade, à entretenir la propreté de l'œil en le lotionnant au moyen de liquides antiseptiques (par exemple une solution de sublimé à 1 : 5,000). Lorsqu'après l'élimination complète des membranes il ne reste plus qu'un catarrhe simple intense, on le traite d'après les règles établies pour le traitement de cette dernière affection.

On connaît quelques cas de conjonctivite croupale où les membranes persistent durant des mois en se reproduisant constamment (*Hulme, Art.*). — Des membranes semblables à celles qu'on observe dans la conjonctivite croupale se présentent parfois aussi dans d'autres maladies de la conjonctive. C'est ainsi, par exemple, qu'on produit des membranes exsudatives superficielles en touchant trop fortement ou trop souvent la conjonctive avec la solution de pierre infernale. On trouve parfois aussi de pareilles membranes dans la blennorrhée aiguë (notamment dans la blennorrhée des nouveau-nés) et dans le pemphigus de la conjonctive ; dans l'herpes iris de la conjonctive, affection qui se rencontre rarement ; ces membranes constituent un symptôme tout à fait caractéristique.

III. — CONJONCTIVITE BLENNORRHAGIQUE

§ 12. La blennorrhée aiguë (1) est une inflammation aiguë de la conjonctive résultant d'une infection produite par le virus gonorrhéique, et dont la sécrétion abondante et purulente est également infectieuse. Les agents vecteurs de la matière infectieuse sont des microorganismes, les gonocoques découverts par *Neisser*. Ils portent ce nom parce qu'on les rencontre aussi dans la sécrétion de la gonorrhée. On trouve les gonocoques aussi bien dans les couches superficielles de la conjonctive que dans le pus sécrété par cette membrane. On les rencontre le plus souvent disposés deux à deux, comme des diplocoques, et, en règle générale, réunis en colonies. La figure 18 représente une préparation de la sécrétion d'une blennorrhée aiguë.

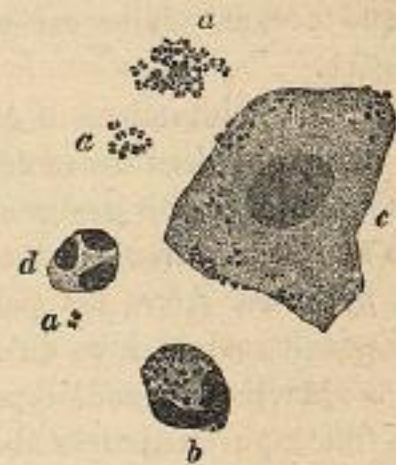


FIG. 18. — Sécrétion de la blennorrhée aiguë avec des gonocoques.

Dans cette préparation on voit les groupes tantôt libres *a*, tantôt sur ou dans les cellules qui sont soit des corpuscules du pus *b*, soit des cellules épithéliales desquamées *c*.

La blennorrhée aiguë atteint aussi bien les adultes que les enfants nouveau-nés, — blen. des adultes et blen. des nouveau-nés.

a) Blennorrhée aiguë des adultes (conjonctivite gonorrhéique)

SYMPTÔMES ET MARCHE. — Lorsque l'infection a eu lieu, la maladie éclate après une certaine période d'incubation dont la durée varie depuis quelques heures jusqu'à trois jours, suivant l'intensité de l'infection. Les paupières deviennent rouges, brûlantes et fortement œdémateuses, le plus souvent à tel point que le patient est incapable de les ouvrir et que le médecin lui-même éprouve parfois des difficultés à les écarter suffisamment pour examiner la cornée. La conjonctive des paupières et du cul-de-sac est fortement injectée et gonflée. La tuméfaction, à la différence de celle du catarrhe, est produite par une abondante infiltration de la conjonctive par un exsudat, de façon que celle-ci est turgescence et, au

(1) βλέννα, mucus ; ρέω, je coule.

lieu d'être lisse, offre une apparence granuleuse bosselée. La conjonctive bulbaire présente le même gonflement, lequel cesse brusquement au bord de la cornée, de façon à représenter une espèce de rempart élevé autour de cet organe, — chémosis. La sécrétion produite par la conjonctive a l'apparence de la sérosité sanguine, c'est-à-dire d'un sérum rougi par l'addition d'un peu de sang dans lequel nagent quelques flocons isolés de pus. L'œil est extraordinairement sensible au toucher, la glande lymphatique préauriculaire est tuméfiée et le malade est atteint d'une fièvre légère.

Il faut habituellement deux ou trois jours avant que l'affection atteigne le degré qui vient d'être décrit ; elle reste alors dans cet état pendant deux ou trois jours. On désigne cette période sous le nom de premier stade, ou stade d'*infiltration*. A ce premier stade en succède un second, celui de la *pyorrhée*. Alors les paupières dégonflent graduellement, ce que l'on reconnaît surtout à ce qu'elles se rident de nouveau, et la tuméfaction de la conjonctive se modère peu à peu. En même temps, on voit s'établir une sécrétion purulente très abondante, qui fuse sans cesse entre les paupières — de là le nom de *pyorrhée*, écoulement de pus. — Plus tard, la conjonctive aussi dégonfle de plus en plus et, dans un grand nombre de cas, revient graduellement à son état normal au bout de quatre à six semaines. Cependant, le plus souvent, il persiste un état inflammatoire chronique qui constitue le troisième stade de la maladie et que l'on désigne sous le nom de stade de la *blennorrhée chronique*. Dans cette période, les paupières ne sont plus tuméfiées. La conjonctive est seulement rouge et épaissie, surtout sur le tarse où la surface en paraît inégale, granuleuse et veloutée. La conjonctive du cul-de-sac forme un bourrelet turgescents ; la partie qui subit le moins d'altérations est la conjonctive bulbaire qui est simplement hyperémiée.

La description qu'on vient de lire correspond aux cas d'une intensité moyenne ; ce sont ceux qui se présentent le plus fréquemment. Outre ces cas, on en rencontre d'autres qui sont tantôt plus bénins, tantôt plus graves, et qui s'écartent quelque peu de la marche des premiers. Dans les cas légers, que l'on a l'habitude d'appeler *blennorrhée subaiguë*, tous les phénomènes inflammatoires sont plus bénins et les altérations intéressent spécialement la conjonctive des paupières. A la simple inspection, les cas de cette espèce se distinguent souvent difficilement de certains catarrhes intenses. Alors le diagnostic peut s'établir avec certitude par l'examen microscopique de la sécrétion ; en effet, on s'assure ainsi si la sécrétion contient ou non des gonocoques.

Dans les cas les plus graves, l'infiltration de la conjonctive est si intense qu'à certains endroits elle ne paraît pas rouge mais gris jaune.

Cet aspect dépend de ce que, comme dans l'affection diphtéritique de la conjonctive, les vaisseaux sont comprimés par l'abondance de l'exsudat et qu'ainsi la conjonctive devient exsangue. Tout autour de la cornée, la conjonctive forme un bourrelet fortement tendu, d'un rouge grisâtre. Alors la surface de la conjonctive se trouve aussi très souvent recouverte d'un exsudat coagulé sous forme d'une membrane croupale.

La complication la plus redoutable de la blennorrhée aiguë est l'*affection de la cornée* qui, dans beaucoup de cas, est la source d'une cécité irrémédiable. Tout d'abord la cornée devient superficiellement mate et se couvre d'un trouble diffus léger. Puis l'on observe des infiltrations circonscrites de teinte grise, qui passent bientôt au jaune et dégénèrent en ulcères. Ces infiltrations peuvent siéger sur le bord de la cornée et en amener promptement la perforation. C'est là d'ailleurs une terminaison relativement favorable, puisque, après la perforation, l'infiltration purulente de la cornée s'arrête souvent et que, de cette façon, une partie de la cornée peut être conservée. Mais il peut se faire aussi que les infiltrations marginales de la cornée deviennent promptement confluentes et forment un anneau jaune entourant complètement cet organe (abcès annulaire). Dans ce cas, la cornée est perdue, car cet anneau envahit rapidement toute la cornée et la détruit. D'autres fois, c'est le centre de la cornée qui subit d'abord la fonte purulente, à la façon de l'abcès cornéen typique (voir § 37). Dans une forme particulière et rare de l'affection cornéenne, la marche du processus est telle que, sans s'opacifier d'une manière apparente, la cornée se fond comme un morceau de glace au soleil, jusqu'à s'éliminer entièrement à l'exception d'un mince liseré du bord. Quand, de l'une ou de l'autre façon, la cornée est détruite en partie ou en totalité, il se forme des cicatrices avec enclavement de l'iris ou il se déclare une panophtalmite. Mais, comme on observe ces conséquences à la suite de toute destruction de la cornée, quelqu'en soit la cause, nous les examinerons en détail au chapitre des maladies de la cornée.

On peut s'attendre à voir la cornée envahie d'autant plus tôt que la blennorrhée est plus grave et, en particulier, que la participation de la conjonctive bulbaire à l'inflammation est plus active. Dans les cas les plus graves, avec chémosis très tendu, la cornée s'entreprind toujours et elle est le plus souvent irrémédiablement perdue. Dans les cas de moyenne intensité, où la turgescence chémotique de la conjonctive est moins prononcée et surtout moins dense, on réussit le plus fréquemment à conserver la cornée en partie ou en totalité, parce qu'il n'existe que des ulcères peu étendus, encore qu'ils aillent jusqu'à la perforation. Dans les cas les plus légers, où le processus inflammatoire se borne à la conjonctive palpébrale, la cornée court en général peu de danger d'être envahie.

La cornée s'entend d'autant plus tôt que l'inflammation prend un caractère plus intense. Dans les cas graves, elle se trouble déjà dès le deuxième ou le troisième jour. Quelquefois la cornée commence à s'ulcérer plus tard, alors que la blennorrhée est déjà entrée en pleine période régressive. Ces affections tardives de la cornée sont peu dangereuses, car le plus souvent on parvient facilement à les arrêter.

Ce qui vient d'être dit montre que le pronostic de la maladie dépend en définitive de l'état de la cornée. Cet état lui-même est différent suivant le degré d'intensité de l'inflammation de la conjonctive bulbaire, qui peut servir de base au pronostic.

ÉTIOLOGIE. — La blennorrhée aiguë se développe exclusivement par infection. Le virus peut être transporté directement des parties génitales dans l'œil. Cela se fait le plus souvent par les blennorrhagiques (homme ou femme) eux-mêmes qui, après s'être touché les parties génitales, portent aux yeux les doigts contaminés. Mais l'infection peut aussi provenir d'un œil blennorrhéique. C'est ainsi par exemple que, lorsque l'un des yeux est malade et suppure abondamment, la matière sécrétée peut être transportée sur l'autre œil et l'infecter. Un individu aux yeux blennorrhéiques peut aussi infecter les personnes qui le soignent ou qui habitent avec lui, au point que l'on voit quelquefois toute une famille frappée de cette dangereuse affection.

TRAITEMENT. — Par des soins prophylactiques appropriés on peut prévenir l'infection blennorrhéique aiguë, et il faut d'autant plus soigneusement chercher à le faire qu'une fois l'œil atteint on se trouve souvent impuissant à éviter une terminaison malheureuse. Il est du devoir du médecin d'appeler l'attention de tout homme atteint de blennorrhagie et de toute femme affectée de fleurs blanches sur le danger de l'infection et de leur recommander la propreté la plus stricte. Si l'un des yeux est déjà entrepris par la blennorrhée aiguë, il faut prendre garde d'infecter encore l'autre, aussi bien que de transporter la maladie sur les personnes de l'entourage.

Le meilleur procédé pour protéger l'œil non encore infecté, c'est d'appliquer un bandeau hermétique de la manière suivante : on commence par fermer la fente palpébrale, au moyen de quelques bandelettes minces de taffetas anglais, placées verticalement. Ensuite, avec de l'ouate on bourre le creux oculaire et l'on recouvre le tout d'une compresse enduite d'emplâtre agglutinatif que l'on fait adhérer avec soin circulairement aux bords de l'orbite. Pour obtenir plus d'adhérence, on peut enduire de collodion les bords de la compresse ainsi que la peau avoisinante. Pour préserver de l'infection les personnes de l'entourage du patient, on doit recommander à celui-ci, aussi bien qu'aux personnes qui le soignent, la

plus stricte propreté : lavage des mains après tout contact avec l'œil malade, destruction, de préférence par le feu, de tous les matériaux ayant servi au nettoyage de l'œil (compresses, ouate, etc.).

Le traitement de l'affection elle-même consiste principalement à enlever fréquemment et avec soin la sécrétion abondante qui s'écoule des yeux. Pour cela on se sert d'une solution antiseptique légère (solution de sublimé, 1 : 4,000 ou de permanganate de potasse). Lorsque le gonflement des paupières ne permet pas d'ouvrir convenablement l'œil et qu'ainsi il devient impossible d'en entretenir la propreté, on doit élargir la fente palpébrale en sectionnant l'angle externe d'un coup de ciseaux (canthoplastie, § 169). Cette incision agit en outre favorablement en diminuant la pression exercée sur le bulbe oculaire par les paupières fortement gonflées.

Dans le premier stade de la maladie, on combat l'inflammation par l'application de compresses glacées et de sangsues (6 — 10) placées à la tempe. Pendant le second stade, le meilleur moyen de faire disparaître rapidement le gonflement conjonctival et la sécrétion abondante est la cautérisation de la conjonctive au moyen du nitrate d'argent. On ne commencera pourtant pas la cautérisation avant que le gonflement et la tension de la conjonctive aient fait place à un certain état de mollesse, de succulence de cette membrane ; il faut qu'il n'existe plus ni dépôt membraneux, ni points atteints d'infiltration grise. On se sert, pour cautériser, d'une solution à 20/0 que l'on applique largement, et tant que la sécrétion est abondante, il est nécessaire de cautériser deux fois par jour. La présence d'ulcères cornéens ne constitue pas une contre-indication de l'emploi du nitrate d'argent.

Dès que, au troisième stade, les phénomènes inflammatoires ainsi que la sécrétion ont presque disparu, et qu'il ne reste plus à combattre que l'épaississement de la conjonctive, on remplace la solution argentique par le sulfate de cuivre. Voici comment on s'en sert : on arrondit et l'on polit l'extrémité d'un cristal de sulfate de cuivre (crayon de sulfate de cuivre ou de vitriol bleu) et l'on en touche une ou plusieurs fois la conjonctive de la paupière renversée. La cautérisation au sulfate de cuivre est plus énergique que celle au nitrate d'argent et l'on atteint par conséquent plus rapidement le but ; mais ce traitement n'est permis que lorsque la cornée est saine, ou bien lorsque les ulcères dont elle pourrait être le siège sont en voie de cicatrisation ; on s'en abstiendra dans les ulcérations fraîches et encore suppurantes de la cornée.

Le traitement des complications du côté de la cornée se fait suivant les règles établies pour celui de la kératite suppurée (ulcère et abcès cornéens, §§ 36 et 38). Dans les cas très graves, toute thérapeutique se montre

impuissante pour conserver la cornée, de sorte qu'il faut se borner à prévenir les conséquences fâcheuses ultérieures de la destruction de la cornée, telles que panophtalmite et formation de staphylôme, et chercher à obtenir une cicatrice plate.

A présent, il n'y a plus de doute que la blennorrhée ne soit produite par le transport direct du pus virulent sur la conjonctive. L'opinion d'autrefois, qui expliquait la connexité entre la blennorrhagie et l'ophtalmie par une espèce de métastase de la blennorrhagie, ne compte plus de partisans aujourd'hui. Néanmoins, on a décrit, dans ces derniers temps (*Ricord, Roosbroek, Haltenhoff, Rückert, Armaignac* et autres), des cas où une inflammation conjonctivale de nature légère était due à la métastase, à peu près de la même manière qu'une blennorrhagie se complique quelquefois d'une phlogose articulaire ou d'une iritis.

La métastase doit s'expliquer de la manière suivante: le virus blennorrhagique pénètre dans le torrent circulatoire et provoque une inflammation dans ceux des organes éloignés qui ont des prédispositions particulières à l'absorption du virus. La conjonctivite produite ainsi n'aura pas le caractère de la blennorrhée, mais bien celui d'une violente inflammation catarrhale de la conjonctive. Toutefois, il faut être extraordinairement prudent, quand il s'agit d'établir le diagnostic d'une telle conjonctivite blennorrhagique métastatique, attendu que, par l'infection directe au moyen de la sécrétion blennorrhagique, il peut se montrer de ces cas légers de conjonctivite, notamment lorsque le virus se trouve affaibli par l'une ou l'autre circonstance (voir plus bas les expériences de *Piringer*). De même qu'une blennorrhagie uréthrale peut faire naître par métastase une inflammation de la conjonctive, on a observé réciproquement des cas de blennorrhée conjonctivale qui, par voie métastatique, ont provoqué des inflammations articulaires de nature gonorrhéique (*Deutsehmann*).

La sécrétion renfermant des gonocoques est le plus souvent transportée dans l'œil par l'intermédiaire des doigts malpropres. On observe cependant quelquefois un transport direct du virus de la conjonctive infectée sur la conjonctive saine, par exemple lorsqu'au moment de donner des soins de propreté à un blennorrhagique atteint aux yeux ou aux organes génitaux une parcelle de pus jaillit dans les yeux du médecin ou du garde-malade. Aussi, l'on a abandonné dans la plupart des cliniques ophtalmologiques la vieille méthode de nettoyage des yeux blennorrhagiques au moyen de la seringue, parce qu'elle était dangereuse pour l'œil du patient autant que pour celui du garde-malade. De plus les médecins ainsi que les infirmiers devront toujours, en traitant de pareils patients, se munir de lunettes protectrices (de grandes lunettes concoides incolores). Si, malgré cette précaution, quelque parcelle de sécrétion jaillit dans l'œil, il faut aussitôt le laver soigneusement, puis instiller une couple de gouttes d'une solution de pierre infernale à 2 0/0, ensuite appliquer sur l'œil pendant quelques heures des compresses froides.

J'ai vu un cas où un patient, atteint d'un léger catarrhe des yeux, se les lavait avec son urine (un moyen vulgaire couramment employé dans beaucoup de pays) :

et, comme il était porteur d'une blennorrhagie, il ne tarda pas à gagner une blennorrhée aiguë. On a vu la contamination se produire par l'emploi d'une autre pratique vulgaire, l'application sur les yeux d'un fragment de placenta provenant d'une femme blennorrhagique.

Lorsqu'un des deux yeux est déjà infecté, le transport du virus sur l'autre se fait souvent pendant le sommeil. La sécrétion de l'œil malade coule dans l'autre en passant sur le dos du nez. De plus, la sécrétion peut être transportée de l'œil blennorrhagique sur l'œil sain par le doigt, par l'eau de lavage, les éponges, les mouchoirs, etc. C'est pourquoi il faut appliquer un bandeau sur l'œil sain. Si l'on soupçonne que l'infection a déjà eu lieu, on peut essayer de prévenir l'explosion de la maladie en instillant une solution de nitrate d'argent à 2 0/0, avant d'appliquer le bandeau. Pour permettre au patient de voir avec l'œil couvert, on pratique au milieu du bandeau une ouverture dans laquelle on place un verre de montre.

Il n'est pas rare non plus d'observer le transport de la blennorrhée d'un œil qui en est atteint aux yeux d'autres personnes. Cet accident arrive le plus souvent chez les enfants qui souffrent d'une blennorrhée des nouveau-nés et qui infectent leur mère, leur nourrice, etc. A l'hospice des enfants trouvés de Vienne, pendant les années 1812 et 1813, on rencontra, pour cent nourrissons blennorrhéiques, plus de quinze nourrices que ces derniers avaient contaminées. Une fois, j'ai vu un enfant atteint de blennorrhée des nouveau-nés donner la maladie à toute sa famille et la plonger dans le plus grand malheur. Il est donc de toute nécessité d'observer une grande prudence et de donner au public des instructions minutieuses.

On rencontre quelquefois une blennorrhée aiguë chez de petites filles de l'âge de deux à dix ans, qui souffrent en même temps de flux vaginal (*Arlt*). S'agit-il ici également d'une infection par un catarrhe vaginal virulent, ou bien l'écoulement vaginal de ces enfants est-il un catarrhe bénin provoqué par la scrofuleuse, l'anémie, etc. ? Pour quelques-uns de ces cas, où on a pu trouver l'origine du flux vaginal, les enfants avaient pris le mal chez leur mère ou chez d'autres femmes de leur entourage, qui souffraient d'un catarrhe virulent du vagin et qui l'avaient transmis aux enfants par les linges, les éponges, les bains, etc. (*Hirschberg*). D'autres fois, les enfants avaient été violées par des individus atteints de blennorrhagie. Ici il s'agissait donc d'une véritable blennorrhagie vaginale des enfants, et par conséquent dans ces cas on rencontre des gonocoques dans la sécrétion du vagin aussi bien que dans celle de la conjonctive (*Widmark*). C'est aller trop loin cependant de vouloir, dans tous les cas où il a infecté la conjonctive, considérer l'écoulement vaginal des petites filles comme vraiment blennorrhagique. Il me paraît probable qu'un écoulement vaginal, de nature simplement catarrhale, non virulent, est aussi en état de provoquer une inflammation de la conjonctive, qui évolue moins sérieusement et revêt les caractères d'une blennorrhée bénigne (subaiguë). Ce n'est qu'en examinant la sécrétion au microscope, pour savoir si elle contient des gonocoques, qu'on pourrait s'assurer si l'on a affaire à une véritable blennorrhée ou non.

Les intéressantes expériences de *Piringer*, qui a opéré un grand nombre d'in-

fections intentionnelles (le plus souvent aux yeux de gens déjà aveugles, qu'on avait payés à cet effet), nous ont appris le rapport existant entre la matière infectieuse et l'ophtalmie qu'elle provoque. Il a trouvé que la période d'incubation est d'autant plus courte que la blennorrhée qui a livré le virus est plus violente. On peut diminuer le pouvoir infectieux de la sécrétion par différents procédés, par exemple en la diluant dans l'eau — diluée au centième, toute sécrétion devient inactive — ou bien encore par dessiccation. Si on laisse la sécrétion se dessécher sur un linge, elle perd son activité au bout de trente-six heures. Conservée comme du vaccin, elle garde sa virulence pendant soixante heures. A mesure que la virulence de la sécrétion infectieuse s'affaiblit, la période d'incubation se prolonge, et l'inflammation qu'elle provoque devient plus bénigne. Par conséquent, les différents degrés de blennorrhée que l'on observe dépendent de ce que la source infectieuse produit une sécrétion de virulence variable et de ce que cette virulence est encore modifiée par les circonstances particulières dans lesquelles l'infection s'opère. Ce qui démontre l'intensité de la virulence de la blennorrhée aiguë, c'est la tuméfaction des glandes lymphatiques préauriculaires ; quelquefois même, on a vu ces glandes entrer en suppuration (bubon préauriculaire).

L'inflammation suppurative de la cornée, qui complique si souvent la blennorrhée, est bien certainement due à l'infection de la cornée par la matière sécrétée qui la baigne constamment. Comme la sécrétion s'amasse principalement dans le sillon qui se trouve sur le bord de la cornée, entre celle-ci et le chémosis conjonctival fortement proéminent, c'est à cet endroit que l'infiltration purulente débute le plus souvent. Une seconde cause qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est l'excessive tension du bourrelet chémiotique conjonctival. Cette tension produit une gêne circulatoire dans le réseau périkératique et entrave la nutrition de la cornée. Il faut donc d'autant plus sûrement s'attendre à voir survenir une affection de la cornée, que le chémosis est plus prononcé et plus tendu. Cette observation s'accorde avec le fait que, si le chémosis n'est pas également développé partout, c'est souvent à l'endroit du bord de la cornée où il est le plus prononcé que l'affection cornéenne débute. Comme les solutions de continuité de l'épithélium favorisent sans aucun doute l'infection, il faut se garder, par un manque de prudence pendant l'application des soins de propreté de l'œil, d'en blesser l'épithélium.

Lorsque la blennorrhée atteint par hasard un œil dont la cornée est couverte d'un pannus, celui-ci la protège avec certitude contre la suppuration. Ce qui est plus remarquable, c'est qu'après la disparition des symptômes inflammatoires les plus violents le pannus se montre sensiblement éclairci. C'est en se basant sur cette observation que, dans les pannus anciens, on a inoculé intentionnellement du pus d'une blennorrhée aiguë.

Le fait que la blennorrhée aiguë est produite par un microorganisme était de nature à faire augurer que les meilleurs moyens de la combattre seraient les substances désinfectantes. Cependant l'expérience a démontré que le nitrate d'argent l'emporte de beaucoup, sous ce rapport, sur les substances antiseptiques proprement dites. Seulement il faut prendre garde de ne pas commencer trop tôt les cautérisations. Dans le premier stade de l'affection, on pratique, dans les cas graves, des scarifications du chémosis conjonctival et l'on administre de fortes

doses de mercure (à l'intérieur) en même temps que de l'onguent gris en onction ; mais, il faut le dire, ces deux moyens ne m'ont pas donné beaucoup de succès. Quand on applique des compresses glacées, il faut prendre garde de trop refroidir la conjonctive, de peur d'entraver davantage encore la circulation déjà fortement gênée.

b) Blennorrhée des nouveau-nés

§ 13. Cette affection est la même que la blennorrhée des adultes. Elle a aussi pour origine l'infection produite par la sécrétion des parties génitales atteintes de catarrhe virulent. L'infection a lieu, en règle générale, au moment de la naissance. Pendant le passage de la tête de l'enfant dans le vagin, les paupières emportent un peu de la sécrétion de cet organe. Celle-ci pénètre dans le cul-de-sac conjonctival par la fente palpébrale, soit immédiatement, soit au moment où l'enfant ouvre pour la première fois les yeux. La maladie éclate alors en général deux ou trois jours après la naissance, rarement au bout de quatre à cinq jours. Dans les cas où la maladie se montre encore plus tard, l'infection n'en peut plus être rapportée au moment de la naissance. Alors l'infection s'est opérée postérieurement par la sécrétion vaginale de la mère (c'est surtout possible lorsque l'enfant couche avec la mère dans le même lit), ou bien l'infection provient d'un autre enfant, ce qui arrive souvent dans les maternités et les hospices d'enfants trouvés.

Les *symptômes* de l'affection sont les mêmes que dans la blennorrhée des adultes, seulement ils sont généralement plus bénins. Ainsi, lors même que les paupières sont fortement gonflées et que l'écoulement de la sécrétion est très abondant, la participation de la conjonctive du bulbe à l'inflammation est comparativement peu prononcée : aussi le chémosis est rarement très développé. La cornée ne court donc pas autant de danger d'entrer en suppuration. Cette suppuration survient cependant encore assez souvent, mais seulement dans les cas mal traités ou simplement négligés. Lorsque l'affection est traitée à temps, c'est-à-dire avant que la cornée ne soit entreprise, il est presque certain qu'elle échappera. Pour ces raisons, on peut poser un pronostic favorable.

Dans le premier stade, le *traitement* consiste à entretenir soigneusement la propreté des yeux. Dès que la suppuration se montre, on pratique des cautérisations au moyen d'une solution de nitrate d'argent à 2 0/0, qu'il faut répéter deux fois par jour, dans les cas où se manifeste une sécrétion abondante. Il ne faut suspendre les cautérisations que lorsque la guérison est complète, sinon l'affection récidive facilement, quoique à un degré plus léger. Un état d'inflammation chronique — blennorrhée chronique — persiste beaucoup plus rarement chez les nouveau-nés que chez les adultes.

Dans la blennorrhée des nouveau-nés, la *prophylaxie* joue un rôle plus important encore que dans celle des adultes. Il n'y a peut-être aucune maladie où elle soit plus utile qu'ici. En effet une sévère prophylaxie suffirait presque pour faire disparaître la maladie elle-même. Le principe prophylactique fondamental est d'éviter l'infection pendant la naissance. Dans ce but, immédiatement avant la naissance, on lave le vagin aussi proprement que possible par des injections antiseptiques; cette pratique se recommande d'ailleurs encore pour d'autres motifs. Dès que l'enfant est né, qu'on ne manque pas de l'essuyer soigneusement au moyen d'un linge propre, les paupières encore closes. L'eau qui sert à donner le premier bain à l'enfant ne doit pas être employée à lui laver les yeux. Une fois l'enfant retiré du bain et emmaillotté, on lui lavera les yeux à l'eau pure au moyen d'une compresse ou d'ouate exclusivement destinées à cet usage, et on instillera dans chaque œil une goutte d'une solution de nitrate d'argent à 2 0/0. Par ce procédé, recommandé par *Crédé*, l'on peut presque avec certitude prévenir l'apparition de la blennorrhée chez les nouveau-nés. — On empêchera l'infection de s'opérer par la mère ou par d'autres enfants, après la naissance, en prenant les mesures de précaution ordinaires.

La blennorrhée des nouveau-nés est une des affections les plus fréquentes. La plupart des femmes enceintes sont affectées de catarrhe du vagin, avec écoulement muqueux ou purulent. Chez le plus grand nombre, il s'agit d'un catarrhe vaginal bénin; chez les autres, au contraire, il existe un catarrhe virulent (blennorrhagie). Dans certains cas, il est difficile et même impossible de distinguer si l'on a affaire à un catarrhe bénin ou virulent. C'est pourquoi il ne faut jamais négliger les mesures prophylactiques. — La fréquence de l'ophtalmie des enfants dans les différentes Maternités oscillait, avant l'introduction de la prophylaxie, entre 1—20 0/0. Dans cette statistique sont compris aussi bien les cas légers que les cas graves. Chez les premiers, on ne trouve généralement pas de gonocoques dans la sécrétion, d'où il suit que probablement ces cas ne doivent pas être considérés comme de nature blennorrhagique, mais comme de simples catarrhes. On peut croire que ce sont ceux où la mère souffrait elle-même d'un catarrhe vaginal bénin. Les cas graves, c'est-à-dire les cas de blennorrhée proprement dite, entraînent la cécité chez un certain nombre de malades, à cause du manque de traitement. Aussi est-ce à cette affection qu'un grand nombre d'aveugles sont redevables de leur infirmité. Dans les hospices d'aveugles d'Allemagne et d'Autriche, plus du tiers de tous ceux qui ont perdu la vue le doivent à la blennorrhée des nouveau-nés, et il est certain que plus du dixième de tous les aveugles vivants le sont à la suite de cette affection. Le nombre des aveugles pour toute l'Europe est estimé à plus de 300,000. Si, par l'application générale de la prophylaxie, la blennorrhée des nouveau-nés disparaissait comme cause de cécité, l'Europe seule compterait au moins 30,000 aveugles de moins.

L'efficacité des mesures prophylactiques que *Crédé* a introduites dans la pratique résulte des données suivantes: autrefois, sur le nombre total des naissances dans la Maternité de Leipzig, *Crédé* constata en moyenne 10,8 0/0 de cas de blennorrhée des nouveau-nés; depuis l'introduction de son procédé prophylactique, ce nombre est descendu à 0,1—0,2 0/0. D'autres praticiens ont consigné des résultats aussi favorables. Malheureusement, jusqu'ici la loi n'a pas encore rendu obligatoire la pratique générale de la prophylaxie. Celle-ci ne s'emploie que dans les Maternités et dans la pratique privée d'un certain nombre de médecins, tandis que l'immense majorité des enfants n'en profitent pas.

Comme moyens prophylactiques, on s'est encore servi de l'acide borique, de l'acide salicylique, de l'acide phénique, du sublimé, etc. Cependant aucune de ces substances ne s'est montrée aussi active que la pierre infernale en solution à 2 0/0. Il faut expliquer l'efficacité de cette substance par le fait qu'elle produit une escarification des couches superficielles de l'épithélium. Ainsi sont détruits les gonocoques qui ont déjà pénétré dans ces couches, et non seulement ceux qui se trouvent à la surface de la conjonctive.

La prophylaxie pratiquée suivant la méthode de *Crédé* se borne à prévenir l'infection pendant la naissance. Mais l'infection peut avoir lieu avant ce moment. On a vu, en effet, des enfants venir au monde avec une blennorrhée déjà développée et même avec les cornées déjà détruites. D'autre part, contre l'infection ultérieure par la sécrétion vaginale de la mère ou par d'autres enfants atteints eux-mêmes il faut prendre d'autres mesures, parmi lesquelles on doit surtout compter la propreté. Dans les hospices d'enfants trouvés, les nourrissons blennorrhéiques seront isolés, sinon de fréquentes infections auront lieu. Dans l'hospice des Enfants trouvés de Vienne, il n'y a pas eu, pendant les années 1854-1866, moins de 1,413 enfants qui ont gagné la blennorrhée après leur entrée dans l'établissement; c'était donc là qu'ils avaient été infectés.

IV. — CONJONCTIVITE TRACHOMATEUSE

§ 14. Le trachome, aussi bien que la blennorrhée, est une inflammation de la conjonctive due à l'infection et produisant une sécrétion purulente, infectieuse elle-même. Il se distingue surtout de la blennorrhée aiguë par la chronicité de sa marche. Dans l'entretemps, la conjonctive s'hypertrophie, ce qui constitue le symptôme le plus caractéristique du trachome. C'est même à cause des aspérités produites par l'hypertrophie conjonctivale que l'affection porte le nom de trachome (1).

SYMPTOMES. — Les malades se plaignent de sensibilité à la lumière, de larmolement et d'agglutination des paupières; souvent il existe aussi de la douleur ou des troubles de la vue. L'examen de l'œil montre qu'il s'ouvre

(1) τραχύς, âpre, rugueux.