

dérable qu'il faut pour arriver à le guérir. Dans le but de le raccourcir, on a fait les tentatives les plus diverses pour attaquer directement et pour détruire les hypertrophies conjonctivales (papilles, granulations). Ces pratiques, qui étaient déjà en usage dans l'antiquité, consistent : à scarifier la conjonctive, à exciser, à exprimer ou à racler les granulations, à les cautériser au fer rouge ou au galvanocautère, à exciser le cul-de-sac conjonctival qui cache les granulations et même la conjonctive du tarse, en même temps que le tarse lui-même. La plupart de ces pratiques, réintroduites dans la chirurgie oculaire et vantées par quelques praticiens, je les ai essayées moi-même. Pour les soumettre à un contrôle sûr, j'ai choisi des cas où le trachome était le même aux deux yeux. En traitant l'un des yeux selon la méthode habituelle, et l'autre par le procédé de l'excision de la conjonctive ou par la destruction isolée des granulations, il était possible de faire une comparaison démonstrative au sujet des différentes méthodes signalées. C'est ainsi que j'ai trouvé que toute destruction directe de la conjonctive n'a d'autre influence que de la raccourcir d'autant plus, sans que le trachome en soit plus rapidement guéri, car il n'est pas possible de détruire toutes les parties malades de la conjonctive. Je ne puis donc recommander cette pratique, si ce n'est peut-être pour les cas rares où le trachome se localise sur des points de la conjonctive nettement circonscrits, que, par conséquent, on peut entièrement enlever.

Pour guérir un pannus épais, beaucoup de médecins pratiquent la *péritomie*. Elle consiste à sectionner les vaisseaux conjonctivaux qui se rendent au pannus, ce qui se fait en coupant simplement la conjonctive circulairement autour de la cornée, ou bien en excisant au moyen de ciseaux une bandelette mince et circulaire. Dans le but d'éclaircir un vieux pannus, on a fait autrefois des inoculations volontaires de sécrétion de blennorrhée aiguë. En effet l'expérience a prouvé qu'un œil porteur d'un pannus, accidentellement infecté de blennorrhée aiguë, est loin de se perdre par suppuration; le pannus, au contraire, se trouve éclairci lorsque l'inflammation est terminée. Cette pratique est actuellement remplacée par le traitement au jéquirity. Cette substance produit le même effet, sans que d'ailleurs l'œil de l'autre côté ni les yeux d'autres personnes courent le danger d'être envahis par l'infection blennorrhéique.

Au Brésil, où cette affection est épidémique, le jéquirity (semence de l'*Abrus precatorius*) est depuis longtemps employé comme remède vulgaire contre le trachome. C'est surtout à *Wecker* qu'appartient le mérite d'avoir soumis ce remède à des expériences scientifiques et de l'avoir introduit en Europe. L'activité du jéquirity ne dépend pas, comme on l'a cru d'abord, de la présence de microorganismes dans l'infusé, mais d'un ferment non organisé qui est toxique à un très haut degré (*Hippel, Neisser, Salomonsen, Vennemann*).

V. — CONJONCTIVITE DIPHTÉRITIQUE

§ 17. La conjonctivite diphtéritique (1), comme la blennorrhée aiguë

(1) *δερθίρα*, membrane.

et le trachome, est une inflammation conjonctivale suppurative, d'origine infectieuse et dont la sécrétion est infectieuse elle-même. Mais la matière infectieuse est d'une nature spécifique différente de celle des deux autres maladies. Ce virus possède la propriété de provoquer dans le tissu de la conjonctive un exsudat abondant, qui se coagule facilement et qui amène ainsi la nécrose du tissu infiltré.

SYMPTÔMES ET MARCHE. — Les paupières de l'œil malade sont gonflées, rouges, brûlantes et douloureuses au toucher. Le plus souvent, le gonflement est très prononcé; quelquefois, les paupières sont dures comme une planche, de sorte qu'il est impossible de les renverser ou même difficile d'ouvrir la fente palpébrale. Dans toute son étendue, la conjonctive est gonflée et injectée; quelques points s'en distinguent parce qu'ils sont déprimés, d'une couleur gris jaune, et souvent pourvus par-ci par-là de mouchetures d'un rouge sale (ecchymoses). Ces points sont caractéristiques pour la diphtérie; à ces endroits, l'exsudat déposé dans le tissu est si abondant qu'il comprime les vaisseaux et rend ainsi le tissu exsangue et pâle. D'après l'étendue que ces points occupent, on distingue deux degrés dans la maladie. Les cas légers sont ceux que l'on désigne sous le nom de diphtérie *partielle* (diphtérie en plaques). A ce degré, on trouve les points diphtéritiques sur la conjonctive sous forme d'îlots de grandes et de petites dimensions (surtout sur la conjonctive palpébrale) entre lesquels la conjonctive se montre moins affectée. Ces intervalles sont simplement très injectés, gonflés, saignant facilement, mais ni gris ni exsangues. Dans les cas graves, au contraire, les foyers diphtéritiques s'élargissent rapidement et se confondent, de sorte que l'on a affaire à la *forme confluyente* de la diphtérie. Dans ce cas, la conjonctive est, dans une grande partie de son étendue ou dans sa totalité, uniformément grise et dure, à peu près comme après la formation d'une escarre, par exemple par l'action de la chaux vive.

Entre les paupières, on voit sourdre une sécrétion fluide, séreuse. Souvent on observe de petites plaques diphtéritiques situées soit aux bords, soit aux angles palpébraux, aux narines ou aux commissures labiales; quelquefois on observe en même temps de la diphtérie à la gorge ou au nez. Les petits patients — car l'affection atteint presque exclusivement les enfants — ont une fièvre intense et sont très abattus.

L'état que nous venons de décrire et qui s'établit rapidement, après un temps très court d'incubation, est le premier stade de la maladie, on l'appelle stade d'*infiltration*. Suivant l'extension du processus diphtéritique sur la conjonctive, ce stade dure de cinq à dix jours. Alors peu à peu les points diphtéritiques commencent à disparaître. Là où l'infiltration est peu intense, on voit survenir la résorption de l'exsudat; ailleurs, au contraire, où, par

la violence de l'infiltration, la circulation a été entièrement interrompue et où, par conséquent, le tissu a été mortifié, l'on voit survenir l'élimination des parties nécrosées. De là des pertes de substance de la conjonctive qui ne tardent pas à se couvrir de bourgeons charnus. Entre temps la sécrétion est devenue plus abondante et purulente, c'est pourquoi l'on désigne ce second stade sous le nom de stade *blennorrhéique*. Le troisième stade est celui de la *cicatrisation*, où les surfaces bourgeonnantes, résultant de l'élimination des parties gangréneuses de la conjonctive, diminuent insensiblement et se recouvrent d'un revêtement épithélial. Comme ce processus s'opère aux dépens de la conjonctive voisine, le sac conjonctival se raccourcit dans sa totalité; aussi n'est-il pas rare d'observer divers points d'adhérence entre la conjonctive palpébrale et celle du bulbe (symblépharon). Le raccourcissement cicatriciel de la conjonctive qui survient plus tard, est d'autant plus sensible, que le processus diphtéritique a été plus étendu.

Ce qui rend la diphtérie surtout dangereuse pour l'œil, c'est que, dans tous les cas un peu graves, la *cornée* participe à l'inflammation. Il se développe une kératite suppurée, analogue à celle qui a été décrite dans la blennorrhée aiguë (page 59). La suppuration de la cornée survient d'autant plus sûrement que le processus diphtéritique a pris plus d'extension sur la conjonctive. Aussi dans la forme confluyente de la diphtérie, la cornée est toujours irrémédiablement perdue. Dans les cas plus bénins, il peut se faire que la cornée ne présente que quelques légères opacités, ou bien encore elle peut rester complètement indemne. D'après ce qui vient d'être dit, le pronostic de la diphtérie conjonctivale est toujours grave au point de vue de la conservation de la vue. Quelquefois même, il est défavorable *quoad vitam*. Il n'est pas rare que les enfants chétifs succombent aux symptômes généraux, c'est-à-dire à la violence de la fièvre. Le plus grand danger consiste, en ce que le processus diphtéritique peut envahir simultanément, ou un peu plus tard, la muqueuse nasale, ainsi que celle de la gorge ou du larynx, et ainsi amener la mort des enfants.

ÉTIOLOGIE. — La diphtérie attaque généralement les enfants, le plus souvent entre deux et huit ans. Les adultes n'en sont atteints qu'exceptionnellement et cela encore à un degré léger. La diphtérie de la conjonctive est, dans sa nature, identique à celle des autres muqueuses; toutes reconnaissent le même contagion pour origine. C'est pourquoi l'on observe principalement la diphtérie de la conjonctive quand il règne une épidémie de diphtérie de la gorge. Aussi la diphtérie de la conjonctive se rencontre principalement dans les pays où la diphtérie est fréquente, c'est-à-dire dans le nord de l'Allemagne. C'est à *v. Graefe* qui, à Berlin, a eu tant d'occasions d'observer la diphtérie de la conjonctive, que nous sommes

redevables de la première description exacte de la maladie. Dans les pays où la diphtérie règne, on la voit sévir tantôt sporadiquement, tantôt épidémiquement. Dans les moments d'épidémie diphtéritique, toute inflammation un peu intense de la conjonctive montre de la tendance à revêtir subitement un caractère diphtéritique. En Autriche, on rencontre rarement un cas grave de diphtérie conjonctivale.

TRAITEMENT. — Dans le premier stade de l'affection, il faut surtout se borner à entretenir la propreté de l'œil. A cet effet, on se servira de préférence de liquides antiseptiques faibles (solution de sublimé ou d'acide salicylique, de permanganate de potasse). Quant aux compresses froides, qui paraissent indiquées à cause du gonflement et de la rougeur intenses des paupières, on ne doit y recourir qu'avec la plus grande prudence, de peur que la circulation conjonctivale, déjà fortement gênée par l'infiltration diphtéritique, n'en devienne plus difficile encore. C'est pour cela que l'on ne tarde pas à passer à l'emploi des compresses chaudes, pour accélérer la résorption des infiltrations et l'élimination de l'escarre. Dès que le second stade s'annonce par une abondante sécrétion purulente, on commence à toucher la conjonctive à la solution de pierre infernale, dans le but de diminuer la sécrétion et de provoquer le dégonflement de la conjonctive. Il faut commencer par agir avec prudence et n'employer que de faibles solutions (1/2 — 1 0/0). Dans tous les cas, il faut s'abstenir de cautériser, tant que l'on voit des points gris envahis par une infiltration diphtéritique, sinon l'application du nitrate d'argent ne ferait que favoriser la nécrose du tissu. Ce serait donc une faute grave de vouloir appliquer le caustique dans le premier stade de la maladie.

On continue la cautérisation de la conjonctive, aussi longtemps qu'elle est rouge, gonflée et que la sécrétion en est abondante. Pendant la cicatrisation, il faut s'attacher à empêcher autant que possible les adhérences entre les paupières et le bulbe oculaire (en détachant souvent les paupières du bulbe, en plaçant entre les deux des compresses imbibées d'huile), car les adhérences, une fois formées, ne peuvent plus être détruites que par une opération. Les complications du côté de la cornée doivent être traitées suivant les règles à établir plus tard pour les inflammations suppuratives de la cornée en général.

Dans le premier stade, toute espèce d'interventions opératoires à la cornée ou aux paupières seront évitées, parce que les plaies que l'on pratique dans ces circonstances deviennent habituellement diphtéritiques à leur tour. — A côté du traitement de l'œil lui-même, il est clair qu'il faut porter toute son attention sur la gravité de l'état général; il faut donc avant tout s'attacher à soutenir autant que possible les forces du petit malade.

A cause du caractère éminemment infectieux de la diphtérie, il faut porter une attention toute particulière sur la *prophylaxie*. En effet, tandis que, dans la blennorrhée et le trachome, l'infection ne peut avoir lieu que par transport direct de la sécrétion, dans la diphtérie, au contraire, il est très probable que l'infection peut se produire même sans transport direct, simplement par l'intermédiaire de l'air. Il faut donc éloigner de l'entourage du malade toutes les personnes qui ne sont pas absolument nécessaires pour son service; mais avant tout il faut avoir soin d'écartier les enfants qui sont particulièrement accessibles à l'infection. S'il n'y a qu'un seul œil malade, l'autre doit être préservé contre l'infection par un bandage soigneusement appliqué, absolument comme dans la blennorrhée aiguë. Il faut, du reste, strictement recommander aux personnes qui soignent le malade de bien se nettoyer les mains après tout contact avec l'œil affecté et de détruire aussitôt tous les objets ayant servi au pansement.

Les termes de croup et de diphtérie sont, avant tout, des conceptions anatomiques qui désignent des formes inflammatoires déterminées. L'inflammation croupale se distingue par la production, à la surface du tissu, d'un exsudat qui se prend en membrane par coagulation. Au contraire, dans l'inflammation diphtéritique, c'est le tissu lui-même qui est gorgé d'un abondant exsudat et finit par se nécroser. Ces deux espèces d'inflammations peuvent être provoquées de diverses manières, ou bien par des irritations extérieures (mécaniques, chimiques, thermiques), ou bien par l'action d'un contagé spécial sur le tissu. Les premiers agissent en provoquant une inflammation de haute intensité. C'est ainsi que, par une cautérisation fréquemment répétée de la conjonctive, au moyen de la pierre infernale, on peut y provoquer la formation d'une couche croupale et, si l'on cautérise plus profondément encore, on peut faire naître une inflammation avec nécrose disséminée du tissu. Ainsi encore l'application répétée de l'infusé de jéquirity produit d'abord une conjonctivite croupale et plus tard une inflammation diphtéritique de la conjonctive. Ce processus est purement local, sans aucune participation du reste de l'organisme. Étiologiquement, cette dernière inflammation est complètement différente de la véritable diphtérie des muqueuses, qui ne peut se produire que par un contagé déterminé. L'infection diphtéritique provoque, à côté d'une inflammation locale, une violente intoxication de toute l'économie, intoxication qui, même avec des symptômes locaux bénins, peut faire succomber les malades.

D'après ces données, à deux groupes de maladies étiologiquement toutes différentes, correspond une inflammation de la muqueuse d'un même caractère anatomique. Ces deux groupes doivent être soigneusement distingués l'un de l'autre, d'autant plus qu'en raison de leur similitude extérieure il pourrait se produire facilement des confusions. Un jour, j'ai eu l'occasion de voir un homme dont la conjonctive palpébrale portait une infiltration diphtéritique très large, accompagnée de violente inflammation. Un oculiste exercé avait déclaré qu'il s'agissait d'une

diphtérie véritable et il avait posé un pronostic très grave. Mais les détails de l'anamnèse m'apprirent bientôt que l'inflammation avait été provoquée par des cautérisations trop intenses de la conjonctive, pratiquées par un médecin de campagne; aussi la simple suspension de la cautérisation suffit pour arrêter bientôt l'inflammation.

Quant à la conjonctivite croupale, elle est due à un contagé qui, au lieu de provoquer un empoisonnement diphtéritique, produit une simple inflammation locale. Le contagé croupal doit être identique à celui qui produit l'infection dans le catarrhe simple de la conjonctive. Le croup de la conjonctive n'a rien de commun avec celui du larynx, qui est considéré par plusieurs auteurs comme une espèce particulière de diphtérie des voies aériennes. Au contraire, la diphtérie de la conjonctive est, sans aucun doute, une inflammation provoquée par une matière infectieuse diphtéritique, analogue à celle de la diphtérie de la gorge. On a vu, en effet, un enfant, porteur d'une diphtérie de la gorge, amené dans un hôpital d'enfants, donner à son voisin de droite une diphtérie de la gorge et à son voisin de gauche une diphtérie de la conjonctive. *Arlt* nous raconte l'histoire d'un médecin qui, en examinant un enfant souffrant d'une diphtérie de la gorge, reçut une parcelle de sécrétion dans l'œil; malgré un lavage immédiat et minutieux de l'œil, celui-ci se perdit par suite d'une diphtérie de la conjonctive. Réciproquement, chez les enfants qui souffrent de diphtérie conjonctivale, l'affection peut se propager au nez et à la gorge. Par l'intermédiaire des larmes sécrétées par l'œil malade, le contagé pénètre dans le nez à travers le canal nasal, d'où il peut, par la déglutition, passer dans la gorge et même dans l'estomac et y faire naître la diphtérie. Toutes ces affections sont dues à un contagé commun qui doit être cherché sans doute dans le bacille de la diphtérie de *Löffler*.

Les granulations qui se développent après l'élimination de l'escarre diphtéritique sont de véritables bourgeons charnus, qui prennent la place des pertes de substance de la conjonctive. Il ne faut donc pas les confondre, avec ce qu'on appelle les granulations du trachome, qui sont formées simplement par du tissu conjonctif hypertrophié et revêtu d'un épithélium; par conséquent, la cicatrisation ultérieure dans la diphtérie doit être comprise autrement que celle du trachome. Dans le premier cas, en effet, il s'agit d'une cicatrisation dans le sens habituel du mot, c'est-à-dire du revêtement de la plaie par une membrane épithéliale; dans le second cas, au contraire, il se fait une rétraction lente d'une muqueuse dans laquelle il n'y a jamais eu de plaie. Cela n'empêche cependant que les suites ultimes ne soient les mêmes dans les deux cas; aussi, après la diphtérie, l'on peut observer le trichiasis, l'entropion cicatriciel et même le xérophtalmos.

Dans le premier stade, au lieu de l'expectation, *Fieusala* recommandé un traitement actif consistant dans l'application, au moyen d'un pinceau, du jus de citron exprimé; *Leber*, celle du sublimé en solution à 2 0/0.