

chaque chaudepisse, qui, fréquemment, passe d'un œil à l'autre deux ou trois fois, qui dans nombre de cas coexiste avec le rhumatisme blennorrhagique, enfin, et ceci n'est pas l'argument le plus faible, parce qu'il n'a pas été trouvé de gonocoques dans les cas où la recherche a été pratiquée. A trois reprises j'ai fait cet examen sur mon client avec résultat négatif et cependant le pus urétral abondait en micro-organismes de cet ordre. Sur le malade de l'hôpital Saint-Louis, ce même examen avait été fait par le D<sup>r</sup> Darier, chef de laboratoire de la Faculté, avec semblable résultat. Le pus de l'urèthre contenait aussi des gonococci.

Je crois donc que cette conjonctivite est une manifestation de la blennorrhagie, maladie générale au même titre que le rhumatisme, que l'iritis. N'était-ce pas là l'opinion de Ricord qui appelait cette affection « arthrite de l'œil » ?

Je ne puis que renvoyer ceux qui désirent de plus amples détails sur cette importante question à l'excellente leçon du professeur Fournier (*Gazette des Hôpitaux*, 31 décembre 1885 et 5 janvier 1886).

## FORME INSIDIEUSE GRAVE DE L'OPHTHALMIE BLENNORRHAGIQUE

L'étude des faits cliniques usuels nous a amenés à considérer l'ophtalmie blennorrhagique comme une affection à grand fracas révélant d'emblée et son origine et sa gravité particulière, par l'intensité et la spécificité de ses symptômes.

L'observation que je vais rapporter montrera qu'à côté de la forme aiguë accompagnée de gonflement considérable et de rougeur des paupières, d'abondant écoulement purulent, de troubles cornéens précoces, il faut admettre une forme insidieuse non moins grave, caractérisée par un gonflement peu marqué des voiles palpébraux, un écoulement peu abondant, un chémosis intense et l'apparition tardive d'accidents cornéens redoutables.

En juin 1889, à l'hôpital Saint-Louis, M. le docteur Besnier me pria de voir dans son service un jeune homme de 16 ans qui, à la fin du deuxième mois d'une chaudepisse encore en activité avait été pris d'une double conjonctivite d'apparence bénigne. Quoique la muqueuse offrit une teinte rouge vif et un chémosis péri-

cornéen assez marqués, les paupières étaient à peine gonflées, l'écoulement purulent ne devenait réellement sensible que le matin alors qu'il agglutinait et souillait le bord ciliaire; dans le jour les yeux s'ouvraient largement.

Avant ma venue M. le docteur Besnier avait prescrit l'eau boricuée en lavages et compresses et reconnu une affection infectieuse.

Je vis le patient au huitième jour de sa maladie; malgré le peu de violence des symptômes, je diagnostiquai une conjonctivite blennorrhagique par inoculation sans doute atténuée grâce à l'ancienneté de l'écoulement urétral, et je portai un pronostic favorable. Le docteur Darier, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, voulut bien examiner la sécrétion conjonctivale devenue un peu plus abondante, dans laquelle il trouva de nombreux gonocoques; je modifiai le traitement, prescrivant les lotions au sublimé à 1/2000 et pratiquant une cautérisation avec la solution de nitrate d'argent à 2/100.

Les cornées étaient saines, peut-être un peu troubles au long du bord conjonctival chémo-tique.

Le neuvième jour, la cautérisation fut renouvelée; le dixième jour l'écoulement avait presque entièrement cessé, mais il persistait un léger chémosis qui m'obligea à faire de larges scar-

fications; le douzième jour le pus avait tout à fait disparu, il restait un léger chémosis; je cessai donc les cautérisations tout en continuant rigoureusement les lavages et les compresses antiseptiques; tout faisait prévoir une guérison prochaine.

Malheureusement le quatorzième jour, sans que l'écoulement ait reparu, sans que les paupières se soient gonflées le moins du monde, la cornée droite présenta un ulcère central tandis que la gauche se troublait à la périphérie. Lotions et compresses au sublimé, collyre à l'ésérine.

Le seizième jour l'ulcère droit menaçant perforation, je le touchai au galvano cautère; l'instrument ouvrit la chambre antérieure, il s'échappa de l'humeur aqueuse, mais l'iris fut maintenu en place par l'ésérine; à gauche le trouble de la cornée avait augmenté. A ce moment la conjonctive est encore injectée et chémo-tique, mais il n'y a plus le moindre gonflement palpébral, le moindre écoulement purulent; la scène est dominée par les désordres cornéens. Scarifications, galvano cautère, ésérine.

Le dix-septième jour la cornée droite est ramollie, purulente; la gauche tout à fait trouble présente à la périphérie un ulcère sanieux, le

chémosis persiste, une petite quantité de pus a reparu.

Reprise des cautérisations qui sont continuées trois jours et assèchent définitivement la muqueuse.

Le vingt-et-unième jour, la cornée droite profondément désorganisée laisse échapper un bouchon formé par l'iris hernié; la gauche est entièrement suppurée; du côté de la conjonctive il n'y a plus qu'une légère hyperémie.

Bref, le trentième jour le désastre cornéen était complet; la conjonctive était normale en toutes ses parties, n'offrait aucune cicatrice.

Pendant toute la période dangereuse de la maladie le patient a été surveillé nuit et jour et entouré des soins les plus rigoureux.

Ce cas m'a paru digne d'être rapporté, car il s'écarte par plusieurs côtés de ceux que nous observons journellement.

Pendant une quinzaine de jours la maladie a affecté une allure des plus bénignes et semblait aisément céder à notre action thérapeutique. C'est au moment où nous pouvions espérer une prochaine terminaison qu'ont éclaté de terribles accidents cornéens que rien ne faisait prévoir puisqu'il y avait absence presque complète de gonflement palpébral et d'écoulement purulent, le chémosis était le seul symptôme

qui pût inquiéter, et il paraît avoir joué un rôle prépondérant. Les germes avaient pénétré profondément dans l'épaisseur de la muqueuse, ne révélant leur présence que par le chémosis, déterminant une conjonctivite interstitielle, si je puis parler ainsi. Contrairement aux cas types, c'est la conjonctive bulbaire qui a surtout été infectée, d'où peut-être l'anomalie symptomatique. Une portion de cette muqueuse réséquée a été trouvée, après examen spécial, entièrement envahie par les colonies microbiennes.

D'emblée sous-épithéliaux les gonocoques n'ont pas été détruits par les cautérisations atteignant mal la conjonctive bulbaire, et ont pu ainsi malgré l'énergique sublimé, gagner les lames cornéennes, à moins qu'ils ne les aient envahies au même moment que la conjonctive à l'époque de l'infection. (Si cette hypothèse se démontrait, le terme d'ophtalmie devrait être préféré à celui de conjonctivite blennorrhagique.)

Ils ont pu être retrouvés en compagnie des microbes ordinaires de la suppuration dans le fond des ulcères cornéens. Le produit du râclage de ces ulcères inoculé sous la conjonctive de trois lapins n'a amené que des phénomènes peu probants, tandis qu'introduit dans les lames

cornéennes de trois autres animaux il a, en 24 et 36 heures, détruit les membranes par supuration.

On ne peut nier l'origine blennorrhagique de l'affection; à plusieurs reprises le malade avait porté à ses yeux ses doigts souillés, les gonocoques existaient en grand nombre dans les sécrétions, la bénignité n'était qu'apparente.

De ces faits on peut déduire que le gonflement palpébral, l'abondance de l'écoulement purulent ne sont pas toujours des facteurs de gravité dans l'ophtalmie blennorrhagique, que le chémosis, même isolé, est non moins à craindre. Ce n'est pas le contact du pus qui est le plus dangereux pour la cornée, mais la présence des germes qui existent dans l'épaisseur même de la muqueuse et peut-être en même temps dans les lames de la cornée où ils ne se révéleraient que tardivement à cause de la résistance et du tissu serré de la membrane transparente.

A un point de vue pratique on devra toujours considérer comme grave (et agir en conséquence) une ophtalmie blennorrhagique avec sécrétion, quelque bénins qu'aient paru les symptômes initiaux.

## CORNÉE

### UN CAS DE KÉRATITE INTERSTITIELLE

DANS LA SYPHILIS ACQUISE

Malgré les faits rapportés par Galezowski (*Recueil d'opht.*, 1878, p. 302), par Parinaud (*Arch. gén. de méd.* 1883, t. II, p. 33), par Couzan (*Thèse de Paris*, 1883), par Chadek (*Soc. méd. de Kiew*, 26 nov. 1883), plusieurs auteurs persistent à nier l'influence sur la cornée de la syphilis acquise. Ils n'accordent qu'à la syphilis héréditaire le droit de produire la kératite interstitielle. A leur décharge, on peut dire que la kératite interstitielle amenée par la syphilis acquise est assez rare, puisque Horner (*Thèse de Pulchéria Iachoubsky*, 1873), sur 51 kératites interstitielles, n'aurait pu en attribuer que 2 à la syphilis acquise.

L'observation que je vais publier me semble suffisamment caractéristique et assez propre à entraîner la conviction. Il y a grand intérêt à ce que de semblables faits soient recueillis.