

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.

Marie G..., âgée de 25 ans, couchée au n° 33 de la salle Henri IV, était entrée, le 2 juin 1888, dans le service de M. le D^r Fournier, à l'hôpital Saint-Louis. M. le D^r Fournier ayant diagnostiqué chez cette femme une kératite interstitielle syphilitique acquise, m'engagea à étudier ce cas intéressant.

Avant tout, je recherchai s'il n'existait pas quelques traces de syphilis héréditaire; les renseignements qu'elle me donna très catégoriquement sur une enfance et une jeunesse saines et prospères, exemptes d'incidents pathologiques, m'auraient convaincu de l'absence de l'infection congénitale, si je n'avais recueilli bientôt une preuve plus sérieuse encore.

J'ajouterai que la malade, fort bien constituée, n'était ni rhumatisante, ni goutteuse, ni tuberculeuse, ni cachectique et qu'elle n'avait jamais fait de fausses couches. L'examen du sang (on voit que toutes les précautions ont été prises) pratiqué par M. Baudoin, interne de service, montra seulement que Marie G..., était un peu anémique.

Cette enquête éliminait toutes les causes attribuées généralement par les auteurs à la kératite interstitielle; rhumatisme, scrofule, cachexie, syphilis héréditaire, etc.

Il y a 4 ans la malade devint enceinte pour la

première fois et contracta la syphilis pendant sa grossesse. Le chancre passa inaperçu, mais des éruptions caractéristiques furent constatées par un médecin de la ville. La patiente accoucha à Lourcine ou elle fut soignée 10 mois pour des accidents spécifiques; elle prit des pilules de protoiodure et des bains de sublimé; malgré ce traitement, elle eut, depuis cette époque, une succession de manifestations caractéristiques. L'enfant vint à terme, très bien portant en apparence, mais succomba à 10 mois, emporté par une maladie dont un seul symptôme, le muguet, fut remarqué par la mère.

Un mois avant son entrée à Saint-Louis, Marie G... eut une poussée de syphilides tuberculeuses et squameuses sur les deux épaules et de syphilides papuleuses cuivrées entre les sourcils, ce qui la fit admettre à l'hôpital. Au moment de notre examen, elle présentait encore ces mêmes éruptions, outre de nombreuses cicatrices réparties sur le corps.

Six semaines avant son entrée, la femme G..., avait constaté une injection assez marquée sur le blanc de ses yeux; 2 ou 3 jours après, la vue avait commencé à diminuer, et au bout de 5 à 6 jours la malade avait peine à se diriger; les deux cornées étaient troubles.

Le 6 juin (7 semaines après le début de l'affec-

tion), j'examine les deux yeux, que je trouve à peu près semblablement altérés. Il y avait peu de photophobie, mais une assez fine vascularisation scléro-conjonctivale. La cornée était grisâtre, infiltrée dans toute son épaisseur, et c'est à peine si l'éclairage oblique faisait apercevoir de place en place l'iris qui semblait assez facilement mobilisable sous l'influence du faisceau lumineux. La patiente compte les doigts à 2 mètres avec difficulté; en même temps, il existe un syphylome diffus de la paupière supérieure droite.

Traitement. — Compresses chaudes d'eau boriquée, atropine, 4 grammes d'iodure de potassium, friction avec 4 grammes d'onguent napolitain.

Le 13 juin, la cornée droite est très éclaircie et laisse apercevoir l'iris qui a contracté quelques adhérences à la partie inférieure de l'orifice pupillaire; l'examen ophtalmoscopique est possible et révèle l'existence d'une fine poussière du corps vitré $V = \frac{1}{10}$ facilement; la syphilide parenchymateuse de la paupière est guérie, les accidents cutanés sont très améliorés, à gauche l'opacification cornéenne n'a que peu diminué.

Le 20 juin, l'éclaircissement des cornées a encore augmenté, la vue revient peu à peu: tous, les accidents cutanés et palpébraux sont guéris,

les flocons du corps vitré ont disparu, le fond de l'œil est sain.

Bref, le 2 juillet, la malade était guérie, sauf persistance de très petits infiltrats sur les cornées en des points ne gênant pas la vision et qui disparurent par la suite.

Ce cas me paraît probant. Les antécédents de la malade, la coexistence de manifestations spécifiques avec la kératite, la guérison parallèle des divers accidents cutanés et oculaires sous l'influence du traitement, mettent hors de doute la relation de cause à effet.

Il serait intéressant de pouvoir attribuer à la kératite interstitielle de la syphilis acquise des signes caractéristiques la différenciant de celle qu'on peut attribuer à la vérole congénitale, mais ceci est encore fort difficile, vu le petit nombre de faits publiés.

Toutefois, après un coup d'œil jeté sur les diverses observations, après analyse du cas que je viens de relater, il me semble que les points suivants sont à considérer.

La kératite de la syphilis acquise dure moins longtemps et cède plus facilement au traitement spécifique que la kératite de la syphilis héréditaire. La première parcourt rarement toutes les périodes par lesquelles passe la seconde. Elle n'affecte pas ordinairement la forme vasculaire

et se complique volontiers d'altérations profondes, spécialement d'hyalitis (flocons du corps vitré).

Ce sont là des nuances que les faits cliniques, de jour en jour plus nombreux, ne tarderont pas à préciser.

L'OZÈNE ET LES ULCÈRES INFECTIEUX DE LA CORNÉE

Depuis quelques années certains ophtalmologistes se sont préoccupés à juste titre des relations qui existent entre l'œil et le nez. Il ne paraît pas étonnant que les affections pathologiques de ces organes aient parfois entre elles quelque relation, si on tient compte de leur proximité et de leur union intime effectuée par l'intermédiaire des voies lacrymales.

On sait pertinemment aujourd'hui qu'un grand nombre de larmolements, de catarrhes du sac, de dacryocystites ont pour cause première des ulcérations nasales. Certaines conjonctivites, certaines kératites n'ont peut-être pas d'autre origine. Il est aussi reconnu que ces mêmes affections amenant une dacryocystite peuvent être le point de départ de graves ulcérations de la cornée.

Dans cette note je vais démontrer qu'une maladie du nez connue sous le nom de rhinite atrophiante ou ozène simple peut produire *sans aucune altération apparente des voies lacrymales* des phénomènes graves du côté de la membrane transparente.

Je ne veux pas parler des ulcérations du nez, mais bien de l'ozène, caractérisé par la spaciosité anormale des cavités, l'atrophie de la muqueuse et des os sous-jacents, ne tendant pas à l'ulcération, mais accompagné de croûtes et d'une fétidité particulière.

J'avais maintes fois été frappé de la difficulté avec laquelle certains ulcères de la cornée dits *infectieux* marchaient vers la guérison et de la facilité avec laquelle ils récidivaient. J'avais toujours fixé mon attention sur les voies lacrymales si souvent coupables et, dans certains cas, je n'avais pu que constater leur perméabilité et leur santé parfaites. En même temps une odeur fétide spéciale m'avait obligé à m'occuper des fosses nasales que je n'osais trop accuser à cause de l'état satisfaisant du canal lacrymal. J'ai pourtant dû, par la suite, me rendre à l'évidence et reconnaître que l'ozène simple pouvait être un facteur important de gravité pour les ulcères de la cornée.

Depuis deux ans que je m'occupe de cette

question, j'ai recueilli 11 faits, tous à peu près semblables, aussi ne rapporterai-je qu'une seule observation qui servira de type.

Eugénie L., 22 ans, lymphatico-strumeuse, a un ulcère grisâtre situé à la partie inféro-interne de la cornée gauche et accompagné d'un hypopion qui occupe à peu près le 5° de la chambre antérieure; légère infiltration purulente entre les lames de la cornée au voisinage de la perte de substance.

Pas de traumatisme. Rien aux voies lacrymales. Ozène simple caractérisé par tous les caractères indiqués plus haut, pas d'ulcérations nasales, atrophie très marquée des cornets.

Le 2 janvier 1887, l'ulcère est touché au galvano-cautère, ponction de la cornée, irrigation de l'œil au sublimé à 1/2000, instillation d'ésérine, pansement antiseptique qui sera changé deux fois par jour.

Huile de foie de morue, bains de Salies de Béarn.

Le 6 janvier amélioration, l'hypopion ne s'est pas reproduit, mais l'ulcère ne tend pas vers la cicatrisation et reprend un aspect sanieux.

Le 8 janvier, même état, retouche au galvano-cautère.

Le 20 janvier, même état, très léger hypopion, galvano-cautère.

Le 30, état satisfaisant, suppression des pansements, continuation des lavages et de l'ésérine.

Le 3 février, guérison; l'huile de foie de morue et les bains seront continués.

Le 2 mars, la malade revient avec une nouvelle ulcération semblable à la première, qui dure 6 semaines en s'améliorant très difficilement. Au moment où la guérison paraît devoir être obtenue il se produit, en plein traitement, une récurrence aussi grave que le premier jour.

Je recommande alors à cette jeune fille de faire soigner son ozène. On lui applique le tampon de Gottstein, on lui ordonne des lavages d'eau salée. Je lui prescris, en outre, deux grandes irrigations du nez par jour avec le sublimé 1/2000. Après quinze jours de ce traitement et une seule application de galvano-cautère sur la cornée au moment de la récurrence, l'hypopion a disparu et l'ulcère cornéen s'est comblé.

Depuis, la malade a été suivie et en janvier 1889 elle était encore fort bien portante.

Son ozène a fini par guérir.

On peut attribuer cet heureux résultat à l'amélioration de l'état du nez et surtout à la désinfection de cet organe.

Les autres observations ont avec celle-ci la plus grande analogie. Il s'agit d'individus, atteints d'ulcères infectieux guérissant difficile-

ment ou récidivant et simultanément d'ozènes, chez lesquels l'état de l'œil fut toujours subordonné à celui des fosses nasales. Je ne pus obtenir d'amélioration réelle ou de guérison définitive qu'après traitement de la rhinite atrophiante et désinfection rigoureuse du nez.

Ces faits s'expliquent aisément. Lœwenberg (*Union médicale* 1884) a décrit dans les sécrétions de l'ozène un microbe ou coccus particulier. Avant lui on avait reconnu la présence dans cette même sécrétion de nombreuses bactéries. Les germes ont toute facilité pour infecter, par les voies lacrymales même intactes, les moindres ulcérations de la cornée, les plus petites éraillures épithéliales de cette membrane qui, d'origine banale, ont besoin de ce contact pour devenir septiques au premier chef.

La désinfection du nez opérée, les ulcères peuvent être rendus aseptiques et marcher régulièrement vers la guérison.

Quelques soins qu'on apporte à désinfecter l'œil on ne peut empêcher la transmission des germes par les voies lacrymales dans l'intervalle de chaque pansement, malgré même des injections microbicides, dans les voies lacrymales, qui sont toujours à recommander.

Cette maladie nasale suffirait à elle seule, si elle était méconnue, pour amener la suppura-

tion du lambeau après une extraction de cataracte. Chez les candidats à cette opération, on devra soigneusement examiner non seulement les voies lacrymales, mais encore les cavités nasales.

Il n'est pas impossible que d'autres affections du nez aient la même influence fâcheuse, malgré l'intégrité apparente des voies des larmes.

En tout cas, on considérera l'ozène, tant qu'il n'y aura pas eu amélioration locale et rigoureuse désinfection, comme une contre-indication formelle de toute opération sur le globe oculaire.

Le sublimé à 1 pour 2000, employé concurremment avec les soins indiqués par les spécialistes, m'a paru, le meilleur désinfectant des fosses nasales envahies par la rhinite atrophiante.
