

pecte même la peau, ce qui ne l'empêche pas de donner de bons résultats.

La troisième méthode, due à Motais, puis à Parinaud, consiste à rattacher le releveur de la paupière, ou plutôt son tendon, au muscle droit supérieur, de façon à faire dépendre le relèvement de la paupière de la contraction de ce muscle et, par suite, de l'élévation du globe. La condition indispensable pour que l'opération de Motais-Parinaud soit réalisable, est que le droit supérieur ne soit pas lui-même paralysé ou atrophié, ce qui est souvent le cas dans le ptosis congénital.

**ÉPICANTHUS.** — L'épicanthus est constitué par deux replis cutanés qui recouvrent les commissures internes des paupières. Le nez est aplati à sa racine et c'est l'exagération de ce qu'on connaît du type mongol.

Pour remédier à cette déformation, quand elle est exagérée, on a coutume d'exciser au milieu du nez, entre les deux yeux, un lambeau elliptique suffisamment étendu pour que l'épicanthus ait complètement disparu; on suturera ensuite profondément.

Toutefois, la suture qui résulte de cette opération subit un fort tiraillement et est très sujette à céder, ce qui entraîne un insuccès d'autant plus fâcheux qu'il persiste alors une déformation cicatricielle choquante; aussi a-t-on conseillé de prendre de l'étoffe de chaque côté du nez au lieu de choisir le milieu du nez pour la perte de substance cutanée.

**COLOBOME.** — C'est une échancrure congénitale du bord palpébral; un double avivement, suivi de sutures profondes et superficielles comme dans le bec-de-lièvre, est l'opération indiquée et nécessaire, car l'exposition, sans défense, à l'air, de la cornée et du globe oculaire, peut être suivie des altérations les plus graves.

## II

## MALADIES DE LA CONJONCTIVE, DE LA CORNÉE ET DE LA SCLÉROTIQUE

I. OPHTALMIE PURULENTE DES NOUVEAU-NÉS. — *Blennorrhœa neo-natorum, ophthalmie gonorrhéique, gonocoque.* — Il faut se garder de croire malgré le sous-titre de ce chapitre que toutes les ophthalmies des nouveau-nés soient de nature blennorragique. Le gonocoque de Neisser n'est pas en cause dans plus de la moitié des cas et encore seulement pour les ophthalmies qui débutent avant le 8<sup>e</sup> jour. Après ce délai, il n'y a guère d'ophtalmie gonorrhéique vraie, et, avant, la moitié des cas d'ophtalmies contiennent peu ou pas de micro-organismes pathogènes.

**Symptômes.** — *Début.* — Au 5<sup>e</sup> jour de la naissance le plus souvent, ou le 4<sup>e</sup> ou le 5<sup>e</sup> jour, rarement le 6<sup>e</sup> ou le 8<sup>e</sup>, dernière limite (Morax), se montre, sur un œil d'abord, rarement des deux côtés à la fois, un gonflement rosé des paupières qui ne tarde pas à prendre des proportions considérables, surtout à la paupière supérieure. Les bords palpébraux offrent parfois une coloration d'un rose très vif qui fait reconnaître le début de

l'ophtalmie avant le gonflement. A ce moment, si on écarte les paupières, ce qui est encore à cette période une chose facile, on voit sourdre quelques gouttes d'un liquide clair, très transparent, d'un jaune citron foncé. Chez certains enfants, qui présentent pendant leurs premiers jours une teinte subictérique, ce liquide, dit liquide *citrin*, prend une coloration d'un jaune ocre foncé, sans cesser d'être clair. On ne trouve ce liquide que dans l'ophtalmie gonococcique au début; il est caractéristique. En retournant les paupières, on constate alors que la muqueuse conjonctivale est un peu gonflée et d'un rouge intense; on peut, dès ce moment, mais surtout dans les jours qui suivent, découvrir dans le fond des culs-de-sac palpébraux des filaments jaunâtres formés de muco-pus. Le lendemain et le surlendemain (2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> jour de l'ophtalmie), le gonflement des paupières augmente considérablement; la paupière supérieure, principalement, est tuméfiée au point de perdre complètement sa mobilité et de maintenir l'œil dans un état d'occlusion hermétique, de telle sorte que son bord libre dépasse et cache les cils de la paupière inférieure. L'enfant n'ouvre plus les yeux. A cette période la conjonctive, toujours très rouge, est devenue rugueuse et boursoufflée, au niveau des culs-de-sac palpébraux; l'écartement des paupières fait sortir à flots ou même jaillir avec violence<sup>1</sup> un liquide séro-purulent louche, d'aspect floconneux. La période de sécrétion claire et transparente est passée. A ce moment la cornée n'a encore subi aucune atteinte.

**Période d'état.** — Elle commence vers le 4<sup>e</sup> ou le 5<sup>e</sup> jour de la maladie et c'est au cours de cette période que les complications sont à redouter. Les paupières demeurent gonflées, résistantes, glissantes, difficiles à retourner. La muqueuse, de plus en plus foncée, gonflée et chémotique, devient parfois d'un rouge violacé; elle se creuse dans les culs-de-sac de sillons profonds qui s'étendent parfois d'un angle de l'œil à l'autre. La sécrétion est devenue plus concrète et quelquefois moins abondante; elle est constituée par du pus crémeux et bien lié, qui offre une coloration variée, tantôt jaune pâle comme le pus ordinaire, tantôt d'un jaune d'or si l'enfant est quelque peu subictérique, tantôt jaune verdâtre comme dans le phlegmon. La sécrétion est moins abondante en ce sens qu'elle ne jaillit pas hors des paupières, mais le pus se reproduit avec une très grande rapidité et les lavages, pratiqués même toutes les demi-heures, en retrouvent une quantité égale. L'emploi des écarteurs est devenu nécessaire pour permettre l'examen de la cornée qui disparaît derrière le chémosis qui l'environne. La cornée à cette période, en effet, peut être le siège de plusieurs sortes d'accidents qui proviennent tous de l'infiltration, dans son épaisseur, des éléments septiques de la suppuration. Ces accidents et ces complications sont pour ainsi dire la règle si la maladie est abandonnée à elle-même; ils sont rares et même exceptionnels dans les cas d'ophtalmie franche traités avec soin.

**COMPLICATIONS CORNÉENNES.** — Le premier signe de la complication cornéenne est une infiltration blanchâtre de forme ronde ou ovale. Au milieu de cette infiltration, on aperçoit une perte de substance épithéliale, générale-

(1) La projection de ce liquide peut être assez forte pour atteindre les yeux de l'entourage et il faut y prendre garde. Certains ophtalmologues ont préconisé, à cet effet, de larges lunettes protectrices.

ment de moindre étendue que la surface infiltrée. Au bout de quelques heures, ou le jour suivant, on voit au milieu de l'infiltration, au niveau de la perte de substance, un point plus jaunâtre que le reste, et l'ulcère ou l'abcès de la cornée est constitué. L'ulcère peut siéger au centre de la cornée et les progrès se font en largeur, mais surtout en profondeur, jusqu'à aboutir à la perforation plus ou moins large, suivant que l'infiltration a ramolli une plus ou moins grande étendue de la cornée. Le plus souvent chez les nouveau-nés l'infiltration septique commence par le bord de la cornée à 2 ou 3 millimètres du limbe, et l'ulcération affecte une forme ovale avec une tendance rapide à gagner en profondeur; c'est l'infiltration dite en *coup d'ongle* dont le fond est souvent assez transparent de façon à faire illusion sur le danger de la complication. D'autres fois, l'infiltration commence précisément au bord de la cornée, au limbe, et suivant une ligne assez étroite mais profonde; elle se présente alors sous la forme d'un arc grisâtre plus ou moins étendu, et qui peut aller jusqu'à encercler complètement la cornée. Dans ce cas le danger est grand, car l'ulcération fissurale circulaire complète entraîne presque fatalement une nécrose totale et rapide de la cornée, qui se détache à un moment donné, avec, comme conséquence, l'expulsion du contenu de l'œil.

D'une façon générale, les ulcérations cornéennes laissées à elles-mêmes aboutissent à la perforation, et cette redoutable complication varie de conséquence suivant le lieu où elle s'est effectuée. Lorsque la perforation est centrale et de peu d'étendue, l'inconvénient sera minime si les bords de l'iris échappent à l'enclavement dans l'ouverture cornéenne. Une fois la réparation terminée, il ne restera que quelques dépôts exsudatifs à la surface du cristallin qui peuvent être de peu d'importance. Si l'iris se prend dans la cicatrice, il en résulte une *synéchie antérieure* qui est plus gênante, mais qui n'est pas nécessairement un grand obstacle à la vision, et dont l'inconvénient peut, d'ailleurs, être corrigé par une opération.

Lorsque l'ulcération a commencé par le bord de la cornée, soit par la variété dite en *coup d'ongle*, soit en forme d'arc, les effets de la perforation sont différents et aussi plus redoutables, en raison du voisinage plus immédiat du pourtour de l'iris. Tout dépend de la manière dont se comporte l'iris, qui se trouve toujours intéressé dans la perforation.

Si l'iris, entraîné dans l'orifice de perforation, ne dépasse pas le niveau extérieur de la cornée, il se forme par la suite un tissu cicatriciel blanchâtre qui englobe cette hernie de l'iris; c'est un *leucome adhérent* qui n'a pas d'autre effet que de déformer la pupille et d'aplatir la cornée. D'autres fois, l'iris traverse entièrement la perforation cornéenne et vient sortir à l'extérieur sous la forme d'un bourgeon plus ou moins volumineux, noirâtre à cause du pigment irien, et qui ressemble, lorsqu'il est arrondi, à une tête de mouche (*myocéphalon*). Peu à peu le processus cicatriciel fait que cette surface irienne se recouvre d'une pellicule blanchâtre, mais le bourgeon reste saillant, sans s'aplatir au niveau du globe oculaire; c'est un *staphylome partiel*. Enfin, dans le cas où la cornée est ulcérée dans la presque totalité de sa périphérie, la perforation est plus large et l'iris se

présente en dehors de plusieurs côtés. Il se forme alors, par les progrès de la cicatrisation et selon le mode indiqué plus haut, un *staphylome total*. Le reste de la cornée, n'ayant plus assez de vitalité, se ramollit et se laisse distendre sous l'effort de l'iris et du cristallin, qui viennent soulever en dôme la cornée tout entière. On appelle encore *staphylome racémeux* un staphylome total de la cornée avec des bosselures multiples et très distendues qui soulèvent les paupières et les écartent de telle sorte que la partie antérieure du staphylome se trouve perpétuellement exposée à l'air et en proie à une irritation chronique.

Si la perforation a été tellement large que le contenu de l'œil (cristallin ou une partie du corps vitré) ait été expulsé au dehors, il ne se forme pas de staphylome parce que la tension oculaire n'existe plus; dans ce cas, au contraire, ce qui reste de la cornée forme avec l'iris hernié une cicatrice plate qui ne permet pas plus de vision d'ailleurs que le staphylome total ou racémeux; c'est une *atrophie de la cornée*, ou encore une *atrophie du globe* quand celui-ci, complètement vidé lors de la perforation, est réduit à l'état de moignon informe.

Heureusement, les complications cornéennes ne sont pas toujours aussi funestes et les ulcérations n'aboutissent pas fatalement à la perforation.

Les ulcérations peuvent se combler progressivement et se recouvrir d'un nouvel épithélium. La surface de l'ulcère se déterge, de jaune devient blanchâtre, puis d'un blanc nacré, couleur ordinaire des taies, ou *leucomes*. Dans le cas très heureux où l'ulcération est restée superficielle, ou surtout s'il n'y a eu qu'infiltration purulente de la cornée sans ulcération, on peut voir la tache blanche diminuer graduellement jusqu'à se dissiper complètement, ou en ne laissant derrière elle qu'une toute petite taie (*albugo, néphélie*), trace insignifiante de la complication. Ces cas heureux appartiennent surtout aux abcès non ulcérés du centre de la cornée.

**Symptômes généraux. Marche et terminaison.** — A la première période de l'ophtalmie, l'état général des enfants est assez satisfaisant. Au moment où les phénomènes inflammatoires ont atteint leur maximum d'intensité, et surtout s'il existe des complications cornéennes, les petits malades semblent souffrir; ils dépérissent et on peut voir apparaître de la fièvre et de la diarrhée. D'ailleurs, l'état général retentit fâcheusement aussi sur les lésions locales, et les lésions cornéennes se précipitent en même temps qu'elles acquièrent une inquiétante gravité, lorsque la santé du nouveau-né laisse à désirer et que, pour une raison quelconque, il diminue de poids. Nous avons relevé de nombreux cas même, où le début d'une ulcération cornéenne s'est fait sous cette influence du dépérissement. C'est ainsi que nous avons observé un nouveau-né atteint d'une ophtalmie de moyenne intensité, et qui avait traversé la phase aiguë ainsi que la période d'état de la maladie sans complication du côté de la cornée; la suppuration était presque tarie, la conjonctive n'était plus gonflée, lorsque l'enfant commença à dépérir parce qu'il était mal alimenté. Simultanément, la cornée se prit et nous assistâmes à l'envahissement de presque toute la membrane par un processus d'infiltration; une première nourrice fut impuissante à ramener l'enfant à

son poids antérieur et l'infiltration demeura stationnaire; avec une seconde nourrice, mieux choisie, l'état général devint meilleur et du même coup l'infiltration cornéenne diminua, puis disparut.

La durée de la maladie est d'une quinzaine de jours dans les cas simples et dépend de la gravité des complications lorsque la cornée est altérée. L'affection débute ordinairement par un seul œil, mais, très communément, elle envahit rapidement le second; pour préserver l'œil sain on couchera toujours l'enfant du côté malade, de façon que les liquides de l'écoulement oculaire ne se répandent pas du côté sain; de plus, on couvrira l'œil atteint d'ophtalmie d'un pansement isolateur constitué par un tampon de coton hydrophile *sec*, maintenu par une bande légère de tarlatane.

La fin de la maladie est annoncée par une décongestion croissante de la muqueuse qui devient moins gonflée et moins rouge; la suppuration se tarit peu à peu et l'enfant ouvre les yeux de plus en plus facilement. Tout danger de complications cornéennes est généralement écarté quand l'enfant commence à ouvrir tout seul les yeux. Quand la sécrétion est terminée, la muqueuse demeure rouge pendant une dizaine de jours. Parfois, cependant, la conjonctive reste tomenteuse, villeuse, remplie de sillons ou de granulations saillantes; le catarrhe purulent persiste. Un état chronique s'établit alors qui a été assimilé au trachome et qu'il est très difficile de guérir. Ce fait s'observe le plus souvent chez les enfants chétifs, malingres, nourris au biberon ou dont la nourrice est défectueuse; Mackenzie même ajoute: dont la nourrice boit des spiritueux et du porter. Ce n'est pas toujours le cas, du reste, et cette conjonctivite chronique, caractérisée par une suppuration insignifiante mais persistante, sous la forme de croûtes ciliaires au réveil, par un état villeux de la muqueuse, peut aussi tenir à une infection chronique des voies lacrymales, ou s'accorder avec une santé générale satisfaisante.

**Étiologie et pathogénie.** — L'ophtalmie purulente *vraie* des nouveau-nés, qui éclate habituellement du 5<sup>e</sup> au 5<sup>e</sup> jour de la naissance, a sa cause presque absolument constante dans une infection produite par la sécrétion vaginale de la mère; parfois aussi l'ophtalmie est due à des foyers infectieux divers se trouvant dans l'entourage du nouveau-né, et au premier chef la contagion d'un autre enfant ophtalmique, mais alors l'ophtalmie éclate tardivement, après le 6<sup>e</sup> jour, et elle est ordinairement assez bénigne. Morax a constaté que, dans les cas de ce genre, la recherche des microbes donnait des résultats souvent négatifs.

L'infection par la mère se fait pendant ou plutôt aussitôt après l'accouchement, à l'occasion de la première toilette. Certains auteurs ont pu établir que des lavages oculaires mal faits engendraient des ophtalmies au lieu de les prévenir. Les cas cités d'ophtalmie purulente constatée au moment même de la naissance ont trait à des enfants qui étaient restés un assez long temps engagés dans le trajet pelvien, exposés à la contamination, et la poche des eaux étant rompue. Le seul point qui soit intéressant dans ces ophtalmies congénitales est la réduction du temps d'incubation. Le fait tient probablement à une question de température qui ne s'abaisse pas lorsque le fœtus demeure dans le trajet pelvien. L'égalité de la température entre la mère et le

fœtus abrège le temps de l'incubation de l'ophtalmie. Les ophtalmies tardives sont attribuées par les accoucheurs aux nourrices et aux gardes, dont les doigts mal lavés servent de moyens de transport aux germes, mais le fait est incertain. De plus, étant acquis que l'infection oculaire est presque toujours d'origine maternelle, il est admis, en second lieu, que l'ophtalmie des nouveau-nés, malgré le qualificatif de blennorrhéique qu'on lui donne souvent, peut être aussi bien produite par une leucorrhée en apparence simple — si ordinaire chez les femmes en couches — que par un catarrhe vaginal virulent, blennorragique avéré et pourvu de gonocoques. C'est là la raison de la différence de gravité qui s'observe entre les ophtalmies franches des nouveau-nés, les unes assurant le succès de toutes les nouvelles méthodes de traitement par leur facilité à guérir, et les autres ne cédant qu'aux attouchements énergiques au nitrate d'argent. En résumé, bien que le gonocoque de Neisser soit l'agent spécifique de l'ophtalmie des nouveau-nés et qu'on le retrouve le plus souvent dans la sécrétion conjonctivale, on peut voir survenir une ophtalmie chez les enfants des femmes qui n'ont jamais eu la blennorragie et qui sont atteintes de leucorrhée simple, ou dont les sécrétions vaginales ne renferment pas de gonocoques.

À côté de la conjonctivite à gonocoques des nouveau-nés, il faut placer l'ophtalmie qui survient chez les petites filles atteintes de vulvite avec leucorrhée; chez elles, on trouve aussi du gonocoque, et l'ophtalmie, parfois très grave, parcourt toutes les phases de l'ophtalmie blennorragique des adultes ou la forme sérieuse des ophtalmies des nouveau-nés.

**Traitement.** — *Prophylaxie.* — Avant l'inauguration des mesures prophylactiques, la proportion des ophtalmies s'élevait à 10, 12, 15 pour 100 et depuis lors elle a pu tomber à 2, 1, 0,1, 0,05 pour 100.

On jugera de l'importance de ce traitement prophylactique, plus nécessaire à connaître s'il est possible que le traitement curatif, lorsqu'on se représentera par des chiffres le nombre des victimes de l'ophtalmie. Le nombre des aveugles pour toute l'Europe est estimé à 500 000; si, par l'application générale de la prophylaxie, la blennorrhée des nouveau-nés disparaissait comme cause de cécité, l'Europe seule compterait 50 000 aveugles de moins. En France on peut estimer à 5 ou 4000 le nombre de ceux qui doivent leur infirmité à l'ophtalmie des nouveau-nés, et ces aveugles coûtent environ 500 000 francs par an à l'Assistance publique; et nous ne faisons pas le compte, dans ce nombre, de ceux à qui la maladie a fait perdre seulement un œil, des borgnes, bien plus nombreux encore.

L'application générale de la prophylaxie des nouveau-nés est une mesure comparable à la vaccine dans ses résultats. Aujourd'hui, la méthode prophylactique de l'ophtalmie des nouveau-nés est connue généralement sous le nom de méthode de Crédé, bien que, dès 1875, Bischof eût commencé à préconiser la désinfection simultanée du vagin de la mère et des yeux de l'enfant. Toutefois, Crédé a eu le mérite de fixer définitivement la méthode par l'emploi du nitrate d'argent qui assure la désinfection et est encore aujourd'hui le plus communément employé. Le traitement prophylactique de l'ophtalmie des nouveau-nés par la méthode de Crédé consiste en deux points:

1° Désinfecter le vagin de la mère, avant l'accouchement, par des irrigations répétées, au sublimé ;

2° Aussitôt après la naissance, *avant la section du cordon*, essuyer les yeux de l'enfant avec une boulette de coton ; puis dans les paupières entr'ouvertes laisser tomber goutte de solution de nitrate d'argent à 2 pour 100.

Ce précepte d'instiller le nitrate d'argent avant la section du cordon signifie que la plus grande hâte est nécessaire, et Olshausen a montré, par des statistiques, que la proportion d'ophtalmies diminuait de *plus de moitié* quand la désinfection était faite avant la section du cordon. Pour remplacer le nitrate d'argent, M. Pinard a proposé de faire couler dans les yeux quelques gouttes de jus de citron, substance facile à se procurer partout.

Le nitrate d'argent et le jus de citron ont un inconvénient ; ils créent par irritation un léger catarrhe de la muqueuse qui dure quelquefois 2 ou 4 jours et qui peut, soit en imposer pour une ophtalmie au début et effrayer l'entourage, soit servir d'appel à une infection secondaire. Pour éviter cet inconvénient, nous avons adopté la méthode de l'insufflation de la poudre d'iodoforme, laquelle, introduite par nous jadis dans le service d'accouchement de Tarnier, nous a donné d'excellents résultats. Le pourcentage des ophtalmies est plutôt plus faible qu'avec l'instillation du nitrate d'argent, et les ophtalmies, quand elles se produisent, n'offrent en général que peu de gravité. La méthode est la même et le procédé consiste à insuffler un peu d'iodoforme, au lieu de laisser tomber goutte de nitrate d'argent. L'iodoforme reste emprisonné dans les culs-de-sac et assure l'asepsie conjonctivale pendant plusieurs jours, tandis que l'action du nitrate d'argent est aussitôt terminée. Au lieu d'iodoforme, on pourra employer l'itrol (citrate d'argent) en poudre qui est très antiseptique. Il est modérément irritant quand il est bien porphyrisé.

*Traitement curatif.* — Au premier stade, alors qu'il n'existe qu'une sécrétion transparente et pas de pus, suivant la pratique de Horner, nous évitons les cautérisations pour nous borner à des irrigations antiseptiques d'attente. Le permanganate de potasse, qui a été préconisé dans l'ophtalmie purulente par Kalt, trouve ici un emploi très judicieux ; parfois, 1 ou 2 jours d'irrigations ont raison de l'ophtalmie qui montre ainsi qu'elle devait être bénigne. Les cautérisations eussent agi défavorablement en provoquant des sécrétions de la conjonctive. On lavera les yeux soit avec le laveur de Kalt, soit avec une poire, en se servant d'une solution tiède de permanganate de potasse à 1/5000. Un bon traitement de cette période initiale consiste dans l'instillation répétée 4 fois par jour d'une solution à 2 pour 1000 de formol. A la deuxième période, avec la suppuration, la turgescence rouge de la muqueuse, nous considérons que les irrigations de permanganate de potasse ne constituent pas un moyen absolument sûr, bien qu'elles donnent de bons résultats dans la grande majorité des cas. Les cautérisations au nitrate d'argent, maniées avec énergie, *mais étroitement surveillées*, sont le traitement le meilleur. L'emploi du protargol en instillations est resté peu efficace contre la suppuration abondante de la muqueuse.

Deux fois dans les 24 heures, les paupières seront retournées, l'une

après l'autre, et la muqueuse touchée avec un pinceau volumineux trempé dans une solution de nitrate d'argent à 5 pour 100. Après la cautérisation, neutralisation immédiate à l'eau salée. Dans l'intervalle des cautérisations et toutes les 2 ou 3 heures, au début, seront pratiquées des irrigations antiseptiques pour éviter la stagnation du pus. Si le gonflement des paupières est considérable, on emploiera à cet effet une solution de naphthol à 1/5000 dont j'ai montré les bons effets il y a quelques années (*Bull. de la Soc. d'ophtalmologie de Paris*, 1888) ; si la suppuration domine par son abondance, on donnera la préférence à la solution thébaisée recommandée par Tarnier (eau stérilisée 1 litre, extrait thébaïque 0,10 centigr.).

On peut d'ailleurs employer d'autres solutions antiseptiques, mais il faudra se garder des solutions mercuriques et surtout du sublimé. Le sublimé, quelque faible qu'en soit la solution, est pernicieux pour la conjonctive des nouveau-nés ; *son usage doit être proscrié absolument.*

Ces liquides seront avantageusement employées à une température assez élevée, surtout s'il existe des lésions cornéennes ; nous poussons volontiers la chaleur de nos irrigations jusqu'à 35°, 40° et même 45° centigrades.

Contre l'excessif gonflement des paupières, on pourra employer, mais discrètement, des compresses réfrigérantes ; Wolffberg a conseillé aussi des onctions répétées avec l'onguent de Crédé au collargol (pommade à 15 0/0).

Au fur et à mesure que décroîtra l'abondance de la suppuration, on diminuera le taux de la solution caustique de nitrate d'argent ; de 5 pour 100 on viendra à employer la solution à 2 pour 100, puis 1 pour 100 ; à ce titre, il est inutile de neutraliser à l'eau salée.

Le point important du traitement est de surveiller avec soin la muqueuse conjonctivale et la cornée. Dès que, le lendemain d'une cautérisation, on apercevra à la surface de la muqueuse une petite couenne blanchâtre ou grisâtre dénotant que l'escarre produite par la cautérisation antérieure ne s'est pas encore détachée, on cessera de remettre du caustique. Les pires accidents du côté de la cornée, dans le cours des ophtalmies, proviennent souvent de ce que le nitrate d'argent, même en solution faible, a été introduit dans des yeux qui ne pouvaient plus le tolérer ; ces escarres dues au caustique se produisent, en effet, aussi bien avec une solution à 1 pour 100 et même plus faible encore, chez des yeux prédisposés, qu'avec une solution forte à 5 pour 100. En même temps que la force et le nombre des cautérisations, on diminuera aussi le nombre des lavages. A la période ultime de la maladie, quand la conjonctive devient villeuse, granuleuse, on emploiera le traitement classique des granulations : les attouchements pratiqués avec un crayon de cristal d'alun ou de sulfate de cuivre (pierre divine).

S'il existe des complications du côté de la cornée, on ajoutera aux irrigations antiseptiques chaudes l'introduction biquotidienne d'une pommade iodoformée ; parfois l'emploi d'instillations d'un collyre bleu de méthylène à 1/400 a favorisé la cicatrisation d'ulcérations cornéennes longues à guérir.

II. OPHTALMIE SIMPLE DES NOUVEAU-NÉS. — *Infections indéterminées ; microbes divers.* — Au point de vue clinique, ces ophtalmies non hémorragiques peuvent présenter des symptômes semblables à ceux qui vien-

ment d'être décrits. Cependant, cette acuité de phénomènes est l'exception et le plus souvent les signes de l'ophtalmie sont très atténués.

L'époque d'apparition de la sécrétion est ordinairement tardive et on doit admettre, en règle générale, que toutes les ophtalmies qui débutent après le septième jour appartiennent au groupe des ophtalmies non blennorragiques (Morax).

La sécrétion est, en général, moins abondante et moins épaisse que dans l'ophtalmie blennorragique; elle est muco-purulente, plutôt que purulente, s'agglutinant aux cils vers les angles palpébraux. La muqueuse n'est pas tuméfiée, parfois peu épaissie même; souvent elle est recouverte d'un exsudat léger donnant à la muqueuse un aspect opalin; cet exsudat s'enlève facilement. Exceptionnellement, l'affection reste unilatérale; le second œil se prend deux ou trois jours après le premier. En même temps on constate, du côté de la muqueuse nasale, du catarrhe et de la sécrétion desséchée sous forme de croûtes.

Généralement, il ne survient aucune complication du côté de la cornée.

Quant à l'agent pathogène, il est très variable et assez souvent impossible à déterminer (Morax). Un petit nombre de ces conjonctivites en tous cas sont dues à des infections spécifiques semblables à celles de l'enfant ou de l'adulte (pneumocoque, bacille de Weeks ou diplobacille). Parfois cette forme de conjonctivite paraît être une manifestation de la syphilis héréditaire (Morax). Très rapidement la guérison de cette conjonctivite s'obtient par de simples instillations quotidiennes de nitrate d'argent à 1 pour 100, ou de protargol à 20 ou 40 pour 100.

III. CONJONCTIVITE DIPHTÉRIQUE. — *Bacille de Klebs-Löffler*. — On sait maintenant que la diphtérie de la conjonctive ne peut être diagnostiquée, comme on le faisait avant ces dernières années, par le simple aspect de la muqueuse infiltrée d'un produit fibrineux ou recouverte de fausses membranes. Nous verrons au chapitre prochain que tous les microbes, capables de produire une conjonctivite, sont aussi susceptibles de donner lieu à des exsudats pseudo-membraneux, difficiles ou impossibles à distinguer les uns des autres. Il semble cependant que la forme la plus grave et la plus anciennement connue de conjonctivite diphtérique, la conjonctivite diphtérique interstitielle, dont la description donnée par de Graefe est encore classique, doive ressortir comme une variété facile à reconnaître cliniquement, en dehors de tout examen bactériologique.

Il est rare que l'infection diphtérique se produise d'emblée sur un œil sain; le plus souvent elle survient au cours de la rougeole ou à la suite d'une ophtalmie phlycténulaire.

A). FORME INTERSTITIELLE. **Symptômes.** — L'affection se manifeste par un gonflement excessif des paupières qui deviennent dures comme du bois et impossibles à retourner. Elle atteint presque toujours les deux yeux. La peau des paupières, aux angles et aux bords surtout, à l'orifice du nez, et parfois aussi celle du visage présente des ulcérations grisâtres donnant un écoulement sanieux. A ce moment, la conjonctive est boursoufflée, lui-

sante, d'un jaune grisâtre, mais sans sécrétion notable. Au sein de cette infiltration dense d'exsudat fibrineux coagulé, on remarque quelques points jaunâtres et on voit des marbrures ecchymotiques, dues à la stase des vaisseaux. La morsure d'une pince ne peut enlever l'exsudat, entièrement coagulé dans l'épaisseur de la muqueuse, et elle ne ramène que de petits fragments de cette muqueuse sans vitalité. La scarification, même profonde, ne donne lieu à aucun écoulement sanguin. C'est la première période, celle d'infiltration. Les ganglions préauriculaires et sous-maxillaires peuvent s'engorger et l'enfant présente parfois d'autres manifestations diphtériques. Il y a un mauvais état général et de la fièvre. La seconde période, ou période d'élimination, est consacrée à la formation des escarres qui comprennent une partie plus ou moins grande, parfois la totalité de la muqueuse en surface et en épaisseur. Les parties infiltrées, et dans lesquelles la circulation n'a pu se rétablir, se mortifient et s'éliminent comme une escarre du tissu cellulaire. La sécrétion, qui était nulle à la première période, devient abondante et séro-purulente à ce moment. En même temps, les paupières se détendent et s'assouplissent. Enfin, dans une troisième période, les dégâts se réparent au prix de cicatrices vicieuses ou de brides qui réunissent le bulbe aux paupières; de là le recroquevillement des tarses et la production de symblépharons plus ou moins complets.

Le diagnostic, outre la marche caractéristique de ces symptômes si graves, s'établit au moyen de l'examen bactériologique qui fera découvrir dans l'infiltration de la muqueuse et, à la deuxième période, dans l'exsudation qui remplit les culs-de-sac, une grande quantité de bacilles de Löffler.

**Complications.** — Il est rare que la cornée résiste à un processus aussi grave, et la désorganisation en est ordinairement complète et rapide. On assiste à l'envahissement progressif de toute la cornée par une infiltration grisâtre; la surface de celle-ci reste lisse, mais perd son éclat, et prend un aspect porcelané; puis la surface s'ulcère et la destruction s'achève. On peut même dire que cette destruction de la cornée est la règle dans la forme d'infiltration totale et que les accidents cornéens ne sont légers ou nuls que si l'infiltration diphtérique est elle-même très limitée.

Quel est le processus destructif de la cornée? Longtemps on a admis que la cornée se perdait par nécrose, par l'étranglement des vaisseaux du fait de l'infiltration au niveau du limbe. Cette doctrine a été combattue, dès 1882, par Przybylski qui fit remarquer qu'il existait des cas d'infiltration totale sans complications cornéennes, encore que le fait fût rare, et d'autres dans lesquelles la cornée était atteinte avec une diphtérie très limitée, sans chémosis. Sourdille, reprenant en 1895 la question au point de vue expérimental et clinique, établit que la destruction de la cornée était le fait d'infiltrations microbiennes effectuées par le moyen d'éraillures ou d'érosions de l'épithélium cornéen, et le point le plus intéressant peut-être du travail de Sourdille est que les microbes destructeurs du tissu cornéen seraient non pas le bacille de Löffler lui-même, mais ses satellites habituels, les staphylocoques et les streptocoques. Les accidents cornéens sont le plus souvent l'œuvre d'associations microbiennes. H. Coppez, reprenant les recherches de