

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 débent 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

Sourdille, confirmées plus récemment encore par des expériences de Uhthoff, ne se rallie pas à l'opinion de ces deux auteurs. Dans un travail d'ensemble sur les conjonctivites pseudo-membraneuses (Bruxelles, 1897), il expose qu'il a recherché avec le plus grand soin, avec la fluorescéine, au début des accidents cornéens, les pertes de substance épithéliale, mais sans pouvoir les rencontrer. Dès lors, il ne peut pas expliquer les accidents cornéens par un envahissement des microbes eux-mêmes. Il admet que les bacilles de Klebs-Löffler qui pullulent dans le sac conjonctival sécrètent une toxine extrêmement dangereuse, capable de filtrer à travers l'épithélium de la cornée et d'aller infecter et détruire le tissu cornéen, alors que les microbes eux-mêmes sont retenus au dehors par la barrière épithéliale. Si les microbes entrent plus tard dans la cornée, c'est parce que l'épithélium, déjà malade par la toxine, s'est desquamé pour les laisser passer.

Traitement. — Le premier point du traitement local dans la forme interstitielle de l'ophtalmie diphtéritique est de ne pas employer de thérapeutique nuisible. Cet aphorisme qui semble une naïveté, tellement il est banal, est cependant de mise ici, car un bon nombre de moyens conseillés par les auteurs, et même devenus classiques, sont très dangereux et doivent être rejetés. C'est ainsi que nous déconseillons l'usage du nitrate d'argent, même à la période de suppuration, et aussi de solutions de sublimé; ces substances sont éminemment altérantes et ne conviennent nullement aux muqueuses profondément désorganisées telles qu'on les rencontre dans la conjonctivite diphtéritique interstitielle. Les applications glacées qui sont encore indiquées dans les traités sont aussi une méthode déplorable; nous ne pouvons comprendre que, dans une affection qui se caractérise par un défaut de circulation et de vitalité intime de la muqueuse, on emploie justement un moyen qui arrive à augmenter encore la tendance à la mortification. Enfin, le système des scarifications profondes de la conjonctive infiltrée est tout aussi inexplicable et dangereux, en créant de nouvelles surfaces pour l'absorption et la localisation des produits toxiques. On est quelquefois obligé, pour parvenir à écarter les paupières et voir la cornée, de fendre la commissure palpébrale externe, mais on ne devra avoir recours à ce moyen funeste qu'à la dernière extrémité.

Le meilleur traitement symptomatique de la conjonctivite diphtéritique interstitielle consistera en des lavages très chauds, à 40° ou 45°, assez fréquemment répétés, mais sans instruments introduits dans l'œil pour ne pas érailler la cornée, et pratiqués avec la solution thébaïsée à 1/10000. Ces irrigations seront suivies d'applications de pommade iodoformée à 1/50. Vian a récemment encore vanté beaucoup, en pareil cas, des applications de pétrole brut et nous pensons que ce moyen est en effet recommandable, car le pétrole assure l'asepsie de la surface conjonctivale sans porter atteinte à sa vitalité. Quant à l'attouchement des surfaces conjonctivales au jus de citron, tel que l'avait conseillé Fieuzal, il ne prévaut pas contre les simples mesures antiseptiques, surtout actuellement que nous possédons le traitement réellement curatif de cette affection, avec la sérothérapie.

En effet, dès que l'examen bactériologique de la fausse membrane ou de

l'exsudat conjonctival aura révélé la présence du bacille de Löffler, on mettra en action la méthode sérothérapique jusqu'à ce que les paupières soient devenues souples, que l'infiltration ait disparu ou que la fausse membrane se soit désagrégée. Simultanément, on aseptisera la cavité conjonctivale par des applications de pommade iodoformée ou de pétrole, précédées de lavages très chauds et peu abondants. Pour arrêter les accidents cornéens dès le début, et même pour les prévenir si on les croit instants, H. Coppez préconise l'injection locale de quelques gouttes de sérum antidiphthéritique sous la conjonctive bulbaire, sans préjudice d'une injection générale de sérum.

B). **FORME GROUPE.** — Cette variété, caractérisée par un catarrhe conjonctival auquel se surajoute la formation d'une fausse membrane couenneuse, apparaissant à la surface de la muqueuse, ne se distingue, au contraire de la forme précédente, par aucun signe clinique, des conjonctivites pseudo-membraneuses analogues, qui, ainsi que nous le verrons au chapitre suivant, peuvent être causées par d'autres microbes. L'affection est double le plus souvent. Les paupières sont peu gonflées; la sécrétion conjonctivale est séro-purulente ou simplement séreuse; la muqueuse apparaît recouverte d'une couche pseudo-membraneuse blanc grisâtre plus ou moins épaisse, même parfois mince. L'adhérence à la muqueuse de cette fausse membrane est très variable: tantôt on l'enlève en promenant un tampon de coton à sa surface, tantôt au contraire on l'arrache à la pince et avec difficulté, en faisant saigner la surface muqueuse sous-jacente. L'affection demeure ordinairement locale, mais parfois aussi elle affirme son caractère diphtéritique par des manifestations du côté du larynx ou de l'arrière-gorge, et même par des accidents généraux d'intoxication diphtéritique (cas de Moritz). En dehors de ces manifestations frappantes de la diphtérie, le diagnostic serait impossible si le microscope ne révélait l'existence du bacille de Löffler. Par le fait de ce diagnostic, le traitement, en effet, s'indique, et, au lieu de rester simplement symptomatique et antiseptique, il doit être spécifique au moyen de la sérothérapie. On peut se demander maintenant pourquoi le bacille de Löffler provoque tantôt la forme interstitielle, tantôt la forme croupale ou superficielle. H. Coppez, qui a étudié spécialement ce point de la question, remarque que de Wecker attache une grande importance au climat. En Allemagne, c'est la forme interstitielle qui règne et la description classique de cette maladie nous vient de de Græfe, qui en observait un assez grand nombre à Berlin; dans le midi de la France, c'est la forme croupale qui domine. Cette constatation ne rend toutefois pas compte des diverses modalités de la maladie, et il faut reconnaître que ce point de la pathogénie de cette affection reste encore obscure. Faut-il admettre avec Wassermann une prédisposition individuelle tirée d'une plus ou moins grande quantité d'antitoxine naturelle contenue dans le sang de chaque individu, ou croire avec Lewinski, Nettleship et Morax que la détermination du processus morbide dépend de l'existence d'une lésion préalable de la cornée ou de la conjonctivite? On ne peut se prononcer et la question appelle d'autres recherches.

IV. CONJONCTIVITES DIPHTÉROÏDES A FAUSSES MEMBRANES. — *Microbes divers; action chimique.* — **Divisions.** — Ainsi que nous l'avons mentionné plus haut, on sait depuis ces dernières années, depuis les travaux de Sourdille notamment, que tous les bacilles pathogènes pour la conjonctive sont susceptibles de donner lieu à des conjonctivites à forme pseudo-membraneuse, de la même façon et aussi bien que le bacille de Löffler lui-même lorsqu'il engendre la variété croupale qui a été décrite plus haut¹. Ces conjonctivites pseudo-membraneuses se présentent bien cliniquement suivant deux ou trois types principaux que nous passerons en revue, mais chacun de ces types n'est pas encore nettement différencié au point de vue de son ou de ses microbes pathogènes. Il en résulte que, dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de diagnostiquer avec certitude, par les seuls symptômes cliniques, la nature microbiologique de telle ou telle conjonctivite à fausses membranes; le secours de l'examen bactériologique est nécessaire.

Nous décrirons cependant, au point de vue du pronostic et du traitement, trois formes cliniques de conjonctivites à fausses membranes d'origine microbienne, ou de conjonctivites *diphthéroïdes*, suivant Van den Bergh qui emploie cette expression pour distinguer ces conjonctivites de celles qui sont dues au bacille de Löffler et de nature diphthéritique. Les deux premières formes sont aiguës, l'une bénigne : a) *la conjonctivite pseudo-membraneuse superficielle*; l'autre grave : b) *la conjonctivite pseudo-membraneuse profonde*²; la troisième est lente dans sa marche : c) *la conjonctivite pseudo-membraneuse chronique*. Il y faut ajouter, comme quatrième variété très importante et très commune, celle où la fausse membrane n'est pas d'origine microbienne, mais due à une application intempestive ou exagérée d'un topique irritant ou caustique, tel que le nitrate d'argent ou le sublimé, et même le permanganate de potasse trop concentré. Ce sera : d) *la conjonctivite pseudo-membraneuse chimique*. Les symptômes cliniques de cette variété, son pronostic surtout, la séparent nettement des précédentes, et sa fréquence motive une mention spéciale.

CONJONCTIVITE PSEUDO-MEMBRANEUSE SUPERFICIELLE. — C'est une ophtalmie catarrhale aiguë ordinaire ou même purulente, laquelle offre ce point particulier que la conjonctive est facilement saignante et qu'elle se trouve, surtout près du bord palpébral, qui est baveux, recouverte d'un enduit fibrineux, demi-transparent, assez ténu et qui se détache facilement de la muqueuse. D'autres fois, la membrane, un peu plus épaisse et complète,

(¹) Dans des conjonctivites pseudo-membraneuses, Sourdille, Lor ont trouvé le gonocoque comme germe pathogène; Morax a découvert dans d'autres cas le bacille de Weeks, puis dans d'autres encore le pneumocoque; Guibert, Pichler, le staphylocoque; Terson, Darier, Fage, le streptocoque. Ajoutons le bacille de Löffler qui naturellement produit les fausses membranes avec plus de facilité encore et nous voyons, en somme, que tous les microbes qui sont capables de produire des conjonctivites sont susceptibles également de donner lieu à des conjonctivites pseudo-membraneuses.

(²) Nous préférons ce terme de conjonctivite *profonde* à celui de conjonctivite *interstitielle* qui est employé par certains auteurs et notamment par H. Coppez dans son travail déjà cité auquel nous faisons de larges emprunts d'idées; en effet il s'agit ici moins d'une infiltration, comme dans la forme diphthéritique classique de de Græfe, que d'une pseudo-membrane *épaisse et adhérente* au derme de la muqueuse dont l'épithélium a disparu.

recouvre comme un moule la muqueuse palpébrale et les culs-de-sac; *mais on peut toujours la détacher* par friction, et au-dessous on découvre la muqueuse rouge, saignante un peu, mais non altérée. Ce qui caractérise la maladie, c'est que le catarrhe conjonctival joue ici le premier rôle et que la muqueuse, bien que recouverte d'exsudats pseudo-membraneux, ne subit pas d'altérations profondes; la guérison une fois effectuée, il ne reste pas de brides cicatricielles, nulle trace de la maladie, si la cornée est demeurée intacte, ce qui est la règle. Cette conjonctivite s'observe assez souvent chez les enfants atteints d'éruptions impétigineuses et surtout à la suite des maladies infectieuses aiguës (rougeole, scarlatine). On a constaté, dans les produits de cette variété de conjonctivite pseudo-membraneuse, du gonocoque (Lor), le bacille de Weeks (Morax), et dans ce cas la maladie est très bénigne, du pneumocoque (Morax) et même du streptocoque d'après Sourdille, mais le fait est un peu douteux. En résumé, cette production croupale est susceptible d'accompagner les deux variétés les plus communes de conjonctivite : la conjonctivite à gonocoque et la conjonctivite catarrhale aiguë du bacille de Weeks.

CONJONCTIVITE PSEUDO-MEMBRANEUSE PROFONDE. — Dans une publication précédente (*Les ophtalmies du nouveau-né*, Bibl. Charcot-Debove, 1805), j'avais décrit cette variété de conjonctivite pseudo-membraneuse en la désignant sous le nom de *suraiguë*. Cette appellation est trop restreinte en ce sens qu'elle ne s'applique qu'à un seul des types de la conjonctivite pseudo-membraneuse grave, celui dans lequel l'évolution de la maladie est extrêmement rapide et aboutit en quelques heures à la destruction de la cornée. Nous décrirons ici, comme forme grave, celle dans laquelle la fausse membrane, assez épaisse, au lieu de rester superficielle, est inerustée profondément dans le derme de la muqueuse et ne peut en être enlevée par simple friction. La pince ne permet d'en arracher que quelques lambeaux et, au-dessous, la muqueuse, profondément mise à nu, saigne fortement. La cornée s'envahit presque toujours, parfois en quelques heures (forme *suraiguë*), d'autres fois en quelques jours, et le traitement a peu d'action pour s'opposer à la marche destructive du processus morbide. Quand la guérison est obtenue, la paroi muqueuse de la paupière se montre recroquevillée au niveau du tarse et présente des brides cicatricielles, des symblépharons partiels plus ou moins étendus. Le catarrhe conjonctival concomitant est ordinairement réduit à peu de chose. Cette variété de l'affection se distingue donc de la précédente par : l'absence de phénomènes de catarrhe ou du moins par le peu d'importance de l'écoulement muqueux; par l'adhérence de la fausse membrane et sa pénétration dans l'épaisseur de la muqueuse; par la constance des accidents d'infiltration de la cornée qui en font la plus redoutable des complications oculaires. La forme grave, profonde (nous ne disons pas interstitielle pour les raisons exposées plus haut), de la conjonctivite à fausses membranes peut être due au gonocoque, comme la forme superficielle, et il est assez difficile de savoir pourquoi la maladie est tantôt ici superficielle et bénigne, tantôt là profonde et grave. On y trouve

aussi le pneumocoque (H. Coppez) — et dans un cas de ce genre la destruction des cornées a été rapide — et, comme on pouvait le prévoir, du streptocoque (cas de Fage, Terson, Darier, Morax). Enfin, dans toutes ces recherches, il convient de tenir compte des associations microbiennes, encore mal connues dans leurs combinaisons ou leurs effets. Il semble, d'après les travaux de Sourdille et autres auteurs, qu'à des infections polymicrobiennes appartiennent les altérations organiques les plus sérieuses.

Traitement des conjonctivites pseudo-membraneuses aiguës. — Le traitement des deux formes précédentes, simple ou grave, sera le même. On supprimera d'abord tous les caustiques et surtout le nitrate d'argent, même les astringents les plus bénins, de même les liquides antiseptiques irritants, tels que le sublimé, le permanganate de potasse. Vian (de Toulon) toutefois préconise, comme étant mieux supportés que le nitrate d'argent, les attouchements de permanganate de potasse à 1 pour 100. On se bornera à des irrigations très chaudes à 40 ou 45 degrés d'une solution boricuée, ou mieux thébaïsée, puis on appliquera la pommade à l'iodoforme. Si la cornée est ulcérée, il sera avantageux d'instiller quelques gouttes d'un collyre au bleu de méthylène. Si la conjonctivite est due à une infection streptococcique, on pourra essayer la sérothérapie ou le collargol, encore que cette médication n'ait pas encore fourni toutes ses preuves à cet égard.

CONJONCTIVITE PSEUDO-MEMBRANEUSE CHRONIQUE. — Cette maladie, qui a été décrite pour la première fois dans notre ouvrage cité plus haut, *Les Ophthalmies du nouveau-né*, se caractérise par l'établissement d'une fausse membrane épaisse, grise et adhérente à la muqueuse sous-jacente qu'elle recouvre sans la pénétrer, et en se moulant sur elle. Cette formation pseudo-membraneuse ne s'accompagne pas d'une réaction spéciale, et donne lieu à un faible écoulement fibrineux. La fausse membrane peut rester pendant longtemps, plusieurs mois, sans se détacher, et, après sa disparition, la muqueuse apparaît rose et indemne. Cette forme chronique s'est montrée assez bénigne dans le plus grand nombre des cas connus, et la cornée est restée intacte ou peu atteinte malgré la longueur du processus morbide; il a été rencontré dans les produits d'exsudation du staphylocoque (cas de Guibert). H. Coppez, cependant, cite plusieurs observations où il existait, dans ces exsudations chroniques, des bacilles de Löffler très virulents, et notamment un cas de Masson où les deux yeux furent détruits. Le pronostic n'est donc pas invariablement bénin.

Traitement. — On appliquera en général le même traitement antiseptique que précédemment et des irrigations chaudes. Pour amener la fausse membrane à se détacher, on pourra employer le moyen préconisé autrefois par Fieuzal et qui trouve ici son application, les badigeonnages quotidiens au jus de citron.

CONJONCTIVITE PSEUDO-MEMBRANEUSE CHIMIQUE. — La formation des fausses membranes de la conjonctive dues à l'application d'un topique trop irritant est un fait excessivement fréquent. L'instillation d'un collyre au nitrate

d'argent trop fort ou même d'un collyre faible trop fréquemment employé, l'irrigation avec une solution de sublimé trop concentrée ou de permanganate de potasse, ainsi que j'en ai vu un exemple, sont les causes les plus ordinaires de ces accidents. Ceux-ci sont si communs qu'ils valent d'être décrits sous une rubrique spéciale, d'autant qu'ils comportent un pronostic particulier lorsqu'on en aura nettement établi la nature. Au cours d'une ophthalmie purulente ou catarrhale dans laquelle on emploie le nitrate d'argent, on observe parfois, au moment de pratiquer la cautérisation, que la muqueuse des culs-de-sac, au lieu de se montrer gonflée et d'une teinte rouge vif, est encore blanchâtre et un peu affaissée comme si le caustique venait d'être appliqué un instant auparavant. J'ai l'habitude en pareil cas de suspendre la cautérisation et de ne la reprendre que lorsque la muqueuse est redevenue rouge et suppurante, mais si on passe outre et qu'on applique une nouvelle dose de nitrate d'argent sur une conjonctive ainsi modifiée, ou encore si on poursuit des irrigations au sublimé lorsque c'est cette substance qui est en cause, on ne tarde pas à voir les phénomènes prendre une rapide gravité.

La sécrétion purulente de la conjonctive s'arrête, ce qui en impose pour une amélioration qui n'existe pas en fait; la muqueuse des paupières et surtout celle des culs-de-sac se couvre d'une pseudo-membrane d'un blanc grisâtre, adhérente, et qui devient rapidement assez épaisse; la conjonctive bulbaire se gonfle et devient chémotique; en même temps et très vite la cornée se trouble et présente une teinte opaline uniforme sans ulcération.

La cornée se prend ainsi fatalement, et sans aucune lésion de l'épithélium, dès que les fausses membranes des culs-de-sac ont acquis une certaine épaisseur; le fait est tellement constant que je ne manque jamais de réserver le pronostic même lorsque les muqueuses seules sont malades et quand même les cornées seraient, au moment de l'examen, absolument saines. En effet, le jour suivant, ou le surlendemain au plus tard, il se produit toujours une opacification de la cornée malgré la cessation du nitrate d'argent depuis la veille ou l'avant-veille. Disons encore que ces accidents ne sont pas toujours le fait de solutions trop concentrées; un collyre à dose faible peut donner lieu à des phénomènes de ce genre sur des yeux prédisposés, et je les ai vus survenir après l'emploi, point trop fréquent, d'un collyre à 1 pour 100. On ne peut prévoir l'action nocive du nitrate d'argent, mais la seule façon d'éviter la production des accidents est de surveiller la muqueuse des culs-de-sac et de cesser le nitrate d'argent dès que la conjonctive apparaît encore recouverte de l'escarre épithéliale due à la précédente cautérisation. Les lésions de cet ordre sont en effet redoutables et la cornée, une fois prise, ne tarde pas à devenir complètement opaque, d'un blanc de porcelaine et sans aucune transparence; toute l'étendue de la cornée est ainsi opacifiée et le centre se ramollit souvent jusqu'à représenter un foyer de détritits qui semble prêt à se transformer en une perforation complète.

Et cependant, malgré l'état accentué des lésions qui paraissent ne laisser place à aucun espoir, malgré l'aspect ramolli du centre de la cornée, le pronostic n'est pas absolument défavorable; ces cornées même très altérées,

quand il s'agit d'un processus chimique et non des conjonctivites pseudo-membraneuses microbiennes, peuvent se réparer bien.

Le signe qui est pour moi l'indice à peu près sûr d'une terminaison favorable est la formation, au niveau du limbe, d'un cercle vasculaire d'un rouge sombre, un peu épais, qui fait saillie comme un sertissage charnu au pourtour de la cornée. Cet anneau circulaire va chaque jour gagnant de largeur, en s'étendant sur la cornée ou en se substituant à l'infiltration de la membrane. Quand il atteint le centre cornéen, la cornée apparaît, un jour ou deux, rougeâtre, puis très rapidement s'éclaircit, laissant apercevoir la pupille et l'iris par transparence. Des cornées qui semblaient extrêmement altérées peuvent ainsi se réparer complètement sans modification de forme, ni perte de transparence. La durée d'évolution de ces symptômes est d'un mois à six semaines; les fausses membranes conjonctivales se désagrègent et sont emportées peu à peu pendant la première semaine du traitement.

Traitement. — Cessation immédiate de toute médication substitutive, même des irrigations de permanganate de potasse. Applications de vaseline iodoformée et de collyre au bleu de méthylène; irrigations thébaïquées très chaudes, mais *peu fréquentes*, une à deux par jour, et faites avec précaution en ayant soin de ne pas manier les paupières avec trop de force. Les yeux ainsi atteints demandent à être fort peu touchés et beaucoup de perforations sont survenues chez des enfants dont la cornée, bien que ramollie, se serait parfaitement rétablie, si l'introduction d'un laveur, d'un écarteur, n'était venue provoquer une contraction violente de défense et la rupture de l'œil. On n'emploiera donc aucun instrument en application directe entre les paupières. Plus tard, à la période d'éclaircissement des cornées, on utilisera avec fruit la méthode de Follin, l'instillation le matin d'une goutte de laudanum, et le soir d'un collyre au sulfate de zinc.

V. CONJONCTIVITE CATARRHALE. — *Aiguë contagieuse (Morax), scolaire: bacille de Weeks.* — Cette forme de conjonctivite naît le plus souvent épidémiquement dans certains milieux et on lui donne communément alors le nom de « Cocotte ». La contagion s'effectue surtout dans les écoles et, pour cette raison, elle mérite véritablement le nom de conjonctivite « scolaire ». Elle atteint ordinairement en effet les enfants de 4 à 10 ans, plus rarement les sujets plus jeunes et exceptionnellement les nouveau-nés (Panas).

Symptômes. — Les paupières se montrent agglutinées le matin au réveil; la conjonctive bulbaire et palpébrale est légèrement injectée et on trouve dans le cul-de-sac inférieur des filaments jaunâtres de muco-pus. L'affection commence par un œil, mais ne tarde pas à envahir le congénère. Les sensations subjectives sont peu marquées; elles atteignent, cependant, vers le soir une sensation de cuisson assez vive et il existe alors de la photophobie. Le lendemain et les jours suivants, les phénomènes augmentent d'intensité. Les sécrétions sont plus abondantes et le muco-pus déborde vers les angles des paupières où il forme des concrétions demi-solides. Les paupières sont un peu gonflées et parfois aussi légèrement violacées. L'injection conjonctivale augmente et prend une teinte rosée qui lui a valu en Amérique

le nom de « Pink eye », œil rose. On voit même, par places, sous la conjonctive bulbaire, des plaques vermillonnées d'hémorragies sous-conjonctivales qui sont, avec l'exsudation muco-purulente des culs-de-sac, caractéristiques de cette affection. Les yeux sont très collés le matin et tout travail est devenu impossible par l'augmentation de la photophobie et de la sensation de cuisson. Au bout de 5 à 6 jours, l'affection décroît et sa durée totale est d'environ une quinzaine de jours; les phénomènes locaux et les sensations subjectives diminuent graduellement d'intensité. Parfois, cependant, l'affection tourne à l'état chronique et Morax l'a vue durer 5 mois. Cette conjonctivite est, en règle générale, bénigne, et l'auteur américain Weeks, qui l'a décrite bactériologiquement le premier, affirme qu'elle ne se complique jamais de lésions cornéennes; Morax a vu cependant 5 fois la cornée atteinte, mais non gravement et seulement chez les adultes.

La conjonctivite catarrhale aiguë se reconnaît assez facilement à la coloration vermillonnée spéciale de la conjonctive bulbaire, coïncidant avec la présence constante d'un filament de muco-pus allongé dans le fond du cul-de-sac inférieur. L'existence, chez certains sujets, de phlyctènes situées sur la conjonctive bulbaire ou au niveau du limbe, ne fera pas prendre le change, ni confondre cette affection avec une conjonctivite phlycténulaire ordinaire qui ne s'accompagne pas d'un semblable état catarrhal; il faut savoir, en effet, que toutes les conjonctivites aiguës peuvent présenter des amas de sérosité formant ces phlyctènes. D'ailleurs, le diagnostic, s'il est douteux, sera utilement complété par l'examen bactériologique qui révélera ici la présence du microbe pathogène très particulier et très caractéristique, le bacille de Weeks¹. Ce bacille, reconnu pour la première fois par Koch dans ses études sur les ophthalmies d'Égypte et retrouvé plus tard dans les mêmes conditions et dans le même pays par Kartulis, fut réellement bien étudié en Amérique par Weeks qui lui donna son nom (*The bacillus of an acute conjunctival catarrh, or « pink eye »*. *Archiv. of ophthalmology*, vol. XV, 1886). Voici la description qu'en donne Morax qui a fait l'étude complète au point de vue bactériologique et expérimental (*Recherches bactériologiques sur l'étiologie des conjonctivites aiguës. Soc. d'éditions scientifiques*. Paris, 1894). Entre les éléments cellulaires ou dans leur protoplasma, on voit de petits bâtonnets très courts et très fins dont les extrémités sont arrondies et qui sont tantôt isolés, tantôt réunis en chaînettes. Ils sont assez semblables au bacille de la septicémie des souris, mais un peu plus fins. Ils ne prennent pas le Gram. Dans les cas un peu intenses, ils sont très nombreux dans les préparations.

Traitement. — On cherchera d'abord à limiter l'extension de la maladie, et pour cela faire, on retirera le petit malade de l'école et on isolera des autres enfants d'une même famille; on veillera au moins à ce qu'aucun objet de toilette, ni éponges, ni serviettes surtout, ne lui soit commun avec ses frères et sœurs.

⁽¹⁾ Nous donnons ici les caractères morphologiques du bacille de Weeks, parce que c'est un microbe spécial à la conjonctive. Nous avons à dessein passé sous silence les caractères des autres microbes connus par leur rôle en pathologie médicale générale.