

République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Ministère de la santé

Centre hospitalo-universitaire de Tlemcen
Docteur T.Damerdji

Les conjonctivites
bactériennes



Thème de fin de stage

Dirigé par : Pr. Meriem BOUSSALAH

Elaboré et présenté par : Dr. Oussama RAHMOUN
Dr. Nouredine BELGACEM
Dr. Bekhta ABIBESSE
Dr. Fatiha SASSI

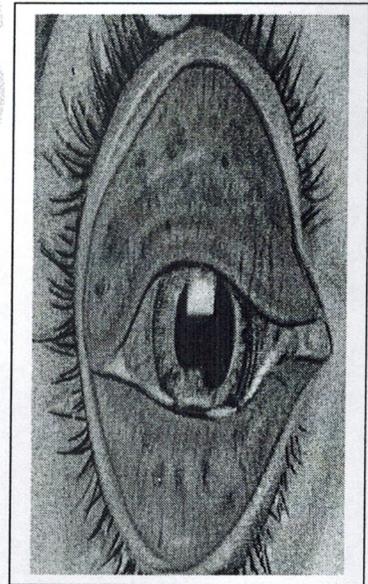
2006 - 2007

République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Ministère de la santé

Centre hospitalo-universitaire de Tlemcen
Docteur T.Damerdji

Les conjonctivites
bactériennes



Thème de fin de stage

Dirigé par : Pr. Meriem BOUSSALAH

Elaboré et présenté par : Dr. Oussama RAHMOUN
Dr. Nouredine BELGACEM
Dr. Bekhta ABIBESSE
Dr. Fatiha SASSI

2006 - 2007

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION

P1

CHAPITRE I : RAPPEL GENERAL

I - EMBRYOLOGIE.

P3

II - STRUCTURE ET ASPECT NORMAL.

P3

Anatomie.

P3

Histologie.

P4

III - EXAMEN CLINIQUE.

P4

1 - Modification de couleur.

P5

2 - Modification du relief.

P5

3 - Modification des secrétions.

P5

IV - EXAMEN BIOMICROSCOPIQUE.

P6

1 - Conjonctive palpébrale.

P6

2 - Conjonctive bulbaire.

P8

3 - Coloration vitale.

P8

V - EXAMEN BACTERIOLOGIQUE.

P8

1 - Examen des frottis.

P9

2 - Culture.

P10

3 - Inoculation aux animaux.

P10

VI - MICROSCOPIE ELECTRONIQUE.

P10

CHAPITRE II : SEMIOLOGIE

I - PHYSIOPATHOLOGIE.

P12

II - CLINIQUE.

P12

III - TRANSMISSION.

P12

CHAPITRE III : CONJONCTIVITE CATARRHALE AIGUE A BACILLE DE WEEKS

I - EPIDEMIOLOGIE.

P14

II - CLINIQUE.

P14

III - BIOMICROSCOPIE.

P15

IV - EVOLUTION.

P16

V - COMPLICATIONS.

P16

VI - FORMES CLINIQUES.

P17

VII - ETIOLOGIE.

P17

VIII - TRAITEMENT.

P18

IX - PROPHYLAXIE.

P18

CHAPITRE IV : CONJONCTIVITES CATARRHALES AIGUES A AGENTS DIVERS

I - INTRODUCTION.

P20

II - CLINIQUE.

P20

CHAPITRE V : CONJONCTIVITE CATARRHALE SUBAIGUE A DIPLOBACILLE DE MORAX

I – EPIDEMIOLOGIE.	P22
II – CLINIQUE.	P22
III – BIOMICROSCOPIE.	P22
IV – HISTOPATHOLOGIE.	P23
V – EVOLUTION.	P23
VI – COMPLICATIONS.	P24
VII – ETIOLOGIE.	P24
VIII – TRAITEMENT.	P25

CHAPITRE V : CONJONCTIVITE CATARRHALE SUBAIGUE A HÆMOPHILUS

I – EPIDEMIOLOGIE.	P27
II – CLINIQUE.	P27
III – EVOLUTION.	P27
IV – ETIOLOGIE.	P27

CHAPITRE VI : CONJONCTIVITE PURULENTE GONOCOCCIQUE DU NOUVEAU-NE

(conjonctivite blennorragique - ophthalmie purulente)

I – EPIDEMIOLOGIE.	P29
II – CLINIQUE.	P29
III – COMPLICATIONS.	P30
IV – DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.	P31
V – ETIOLOGIE.	P31
VI – TRAITEMENT.	P32
VII – PROPHYLAXIE.	P32

CHAPITRE VII : CONJONCTIVITE GONOCOCCIQUE CHEZ L'ADULTE ET CHEZ L'ENFANT

I – EPIDEMIOLOGIE.	P35
II – CLINIQUE.	P35
III – DIAGNOSTIC.	P36
IV – EVOLUTION.	P36
V – COMPLICATIONS.	P36
VI – TRAITEMENT.	P37
VII – PROPHYLAXIE.	P37

CHAPITRE VIII : CONJONCTIVITE GONOCOCCIQUE METASTATIQUE

(ou endogène)

I – EPIDEMIOLOGIE.	P39
II – CLINIQUE.	P39
III – COMPLICATIONS.	P39
IV – ETIOLOGIE.	P40
V – TRAITEMENT.	P40

CHAPITRE IX : CONJONCTIVITE PURULENTE A PNEUMOCOQUE

I – EPIDEMIOLOGIE.	P42
II – CLINIQUE.	P42
III – DIAGNOSTIC.	P43

IV – ANATOMIE PATHOLOGIQUE.	P43
V – FORMES CLINIQUES.	P43
Forme aiguë purulente.	P43
Forme pseudomembraneuse.	P43
Forme lacrymale des nouveaux-nés.	P43
Forme catarrhale a œdème marqué.	P44
VI – ETIOLOGIE.	P44
VII – TRAITEMENT.	P44
CHAPITRE X : CONJONCTIVITE PURULENTE A STREPTOCOQUE	
I – CLINIQUE – FORMES CLINIQUES.	P47
La forme aiguë purulente.	P47
La forme grave pseudomembraneuse.	P47
La forme lacrymale de l'adulte.	P47
II – ETIOLOGIE.	P47
III – TRAITEMENT.	P48
CHAPITRE XI : CONJONCTIVITE PURULENTE A STAPHYLOCOQUE	
I – FORME AIGUE PURULENTE.	P50
II – FORME SUBAIGUE CHRONIQUE.	P50
III – ETIOLOGIE.	P50
IV – TRAITEMENT.	P51
CHAPITRE XII : CONJONCTIVITE PURULENTE A MENINGOCOQUE	
I – CLINIQUE.	P53
II – COMPLICATIONS.	P53
III – ETIOLOGIE.	P53
IV – TRAITEMENT.	P53
CHAPITRE XIII : CONJONCTIVITE PURULENTE A MICROCOCCUS CATARRHALIS	
I – CLINIQUE.	P55
II – ETIOLOGIE.	P55
III – TRAITEMENT.	P55
CHAPITRE XIV : CONJONCTIVITE PSEUDO-MEMBRANEUSE DIPHTERIQUE	
I – EPIDEMIOLOGIE.	P57
II – CLINIQUE.	P57
III – BIOMICROSCOPIE.	P57
IV – ANATOMIE PATHOLOGIQUE.	P57
V – EVOLUTION.	P58
VI – COMPLICATIONS.	P58
VII – FORMES CLINIQUES.	P58
Forme catarrhale.	P58
Forme grave.	P59
Forme ligneuse.	P59
VIII – DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.	P59
IX – TRAITEMENT.	P59
X – PROPHYLAXIE.	P60

CHAPITRE XV : CONJONCTIVITES BACTERIENNES SPECIFIQUES

(conjonctivites et maladies bactériennes)

I – TUBERCULOSE DE CONJONCTIVE.	P64
1 – CLINIQUE.	P64
A – TUBERCULOSE CONJONCTIVALE PRIMAIRE OU DE PRIMOINFECTION.	P64
B – TUBERCULOSE CONJONCTIVALE SECODAIRE.	P65
C – CONJONCTIVITE PHLYCTENULAIRE.	P66
2 – DIAGNOSTIC POSITIF.	P66
3 – ANATOMIE PATHOLOGIQUE.	P67
4 – PRONOSTIC.	P67
5 – TRAITEMENT.	P67
II – SYPHILIS DE LA CONJONCTIVE.	P68
1 – CLINIQUE.	P68
A – CHANCRE SYPHILITIQUE DE LA CONJONCTIVE.	P68
B – LESIONS SYPHILITIQUES SECONDAIRES DE LA CONJONCTIVE.	P68
C – LESIONS SYPHILITIQUES TARDIVES DE LA CONJONCTIVE	P69
2 – DIAGNOSTIC POSITIF	P70
3 – TRAITEMENT.	P70
III – LEPRE CONJONCTIVALE.	P70
1 – CLINIQUE.	P70
2 – ANATOMIE PATHOLOGIQUE.	P71
3 – EVOLUTION.	P71
4 – ETIOLOGIE.	P71
5 – TRAITEMENT.	P71
IV – MORVE CONJONCTIVALE.	P72
1 – EPIDEMIOLOGIE.	P72
2 – CLINIQUE.	P72
3 – EVOLUTION – COMPLICATIONS.	P72
4 – DIAGNOSTIC POSITIF.	P72
5 – ETIOLOGIE.	P73
6 – TRAITEMENT.	P73
V – CHANCRE MOU DE LA CONJONCTIVE.	P73
1 – CLINIQUE.	P73
2 – EVOLUTION – COMPLICATIONS.	P73
3 – ETIOLOGIE.	P73
4 – TRAITEMENT.	P74
CONCLUSION.	P75
BIBLIOGRARHIE.	P76

REMERCIEMENTS :

Nous exprimons notre extrême gratitude a notre professeur meriem BOUSSALAH pour son accueil dans son service, ses précieux conseils, son encadrement et la confiance qu'elle a placé en nous.

Nous voudrions aussi remercier tout le personnel du service d'ophtalmologie, en particulier les résidents, pour tous ce qu'ils nous ont apportés : aide, conseil, orientation, etc.

Nous adressons également nos remerciements a toute personne ayant participer de près ou de loin a la réalisation de ce travail, nous citons docteur farida HAMZAOUI pour la documentation qu'elle nous a fourni.

INTRODUCTION :

Le terme de conjonctivite désigne l'inflammation de la muqueuse conjonctivale due aux causes les plus diverses, endogènes et exogènes, qu'elles soient infectieuses, parasitaires, toxiques, allergiques ou autres.

Les tableaux cliniques réalisés par les conjonctivites sont nombreux et polymorphes. Leur étiologie, parfois bien déterminée, est encore trop souvent imprécise ou encore inconnue ; c'est dire qu'il n'existe pas encore de classification précise et rationnelle.

Les conjonctivites occupent une place importante dans la pathologie oculaire. Dans certaines régions, même, ces maladies sont si fréquentes et si graves par les complications qu'elles entraînent (incapacité de travail, infirmité, cécité), qu'elles constituent un véritable fléau diminuant considérablement l'activité économique, politique et sociale de ces pays. L'endémie ophtalmique dans des contrées est un fléau social au même titre que tuberculose, syphilis, paludisme ou autres.

La conjonctivite bactérienne rentre dans le cadre de l'œil rouge. Il s'agit d'une inflammation de la conjonctive suite à une agression bactérienne.

CHAPITRE I : RAPPEL GENERAL

I – EMBRYOLOGIE.

II – STRUCTURE ET ASPECT NORMAL.

- 1- Anatomie.
- 2- Histologie.

III – EXAMEN CLINIQUE.

- 1 – Modification de couleur.
- 2 – Modification du relief.
- 3 – Modification des sécrétions.

IV – EXAMEN BIOMICROSCOPIQUE.

- 1 – Conjonctive palpébrale.
- 2 – Conjonctive bulbaire.
- 3 – Coloration vitale.

V – EXAMEN BACTERIOLOGIQUE.

- 1 – Examen des frottis.
 - ✓ 1^é temps : prélèvement.
 - ✓ 2^é temps : fixation.
 - ✓ 3^é temps : coloration.
- 2 – Culture.
- 3 – Inoculation aux animaux.

VI – MICROSCOPIE ELECTRONIQUE.

I - EMBRIOLOGIE :

La formation de la conjonctive est intimement liée a celle des paupières, qui prennent naissance a partir de l'ectoblaste et plus précisément de l'épiblaste. Cette formation se fait en trois phases : phase de croissance, phase de différenciation et de maturation, phase de disjonction.

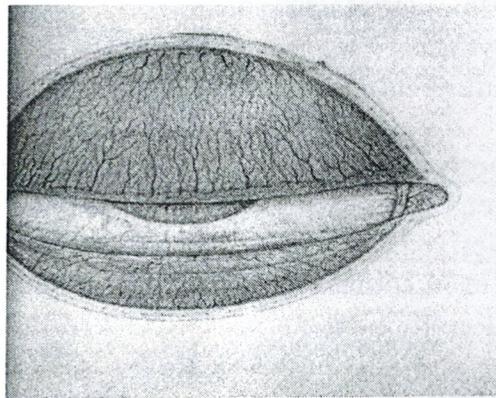
A la phase de différenciation, du 3^e au 6^e mois, le relèvement interne des paupières forme la conjonctive qui se réfléchit au niveau des fornix en conjonctive bulbaire.

II - STRUCTURE ET ASPECT NORMAL :

1- Anatomie :

La conjonctive est une muqueuse transparente qui possède sa manière de réagir aux inflammations et, comme tous les tissus, elle présente des particularités réactionnelles. Elle se divise en :

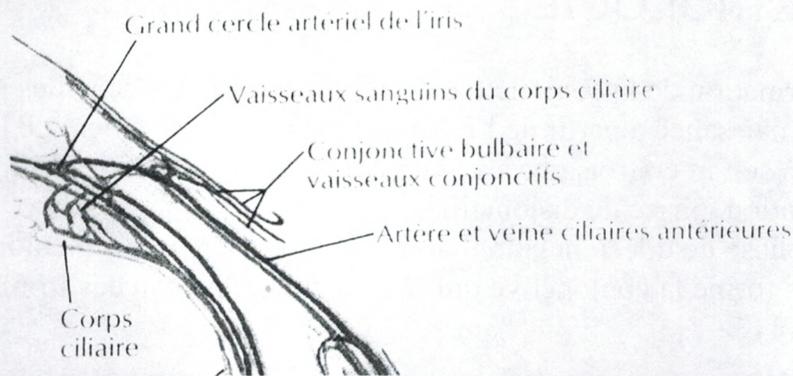
- ✓ **Conjonctive palpébrale** qui s'insère en arrière de la ligne grise du bord libre et tapisse la face postérieure du tarse. Elle est d'abord intimement liée au tarse dans sa partie inférieure puis très adhérente au muscle de MULLER dans sa partie supérieure.
- ✓ **Conjonctive des culs de sac** conjonctivaux.
- ✓ **Conjonctive bulbaire** qui tapisse la face antérieure de la sclérotique. Elle est peu adhérente a la sclérotique et elle fusionne avec l'épithélium cornéen au niveau du limbe.



Ensemble des conjonctives palpébrales normales éversées examinées a la loupe

Ces trois parties présentent des différences d'apparence dues aux rapports de la muqueuse avec les tissus sous jacents et non pas a des modifications de textures. Ils font partie intégrante de la même membrane et se continuent l'une l'autre.

La conjonctive présente également une vascularisation importante et une innervation qui joue un grand rôle dans la physiologie et la pathologie de la membrane.



Origine de la vascularisation de la conjonctive

2- Histologie :

La conjonctive est une muqueuse constituée d'un épithélium et d'un stroma.

✓ **La conjonctive palpébrale** (tarsienne) est constituée d'un épithélium malpighien non kératinisé, et d'un stroma divisé en :

- Couche superficielle adénoïde, qui contient du tissu lymphatique et quelques follicules, et dont la réaction au cours des états inflammatoires constitue un élément de diagnostic important.
- Couche profonde fibreuse.

Elle contient également des glandes muqueuses et des glandes lacrymales accessoires (glandes de KRAUSS et WOLFRING) responsables de l'humidification en permanence de la conjonctive, et ce liquide physiologique (les larmes) contient des lipoides et un ferment : le lysozyme mis en évidence par FLEMING, ce lysozyme est bactériostatique, il empêche le pullulement des micro-organismes ; de ce fait, il entretient la propreté et participe a la défense de la conjonctive.

✓ **La conjonctive des cils de sac conjonctivaux** est constituée d'un épithélium pavimenteux stratifié, et d'un stroma fait d'une couche fibreuse.

✓ **La conjonctive bulbaire** est constituée d'un épithélium pavimenteux stratifié qui se modifie en épithélium malpighien non kératinisé au niveau du limbe pour fusionner avec l'épithélium cornéen, et d'un stroma fait d'une couche fibreuse.

III - EXAMEN CLINIQUE :

Il faut toujours bien regarder et observer l'œil, en écartant les paupières pour examiner la conjonctive bulbaire, demander au malade de regarder vers le haut et exercer une douce traction sur la paupière inférieure pour examiner la conjonctive palpébrale inférieure et les cils de sac inférieures, puis éverser, a l'aide d'un coton-tige et en demandant au malade de regarder vers le bas, la paupière supérieure pour examiner la conjonctive palpébrale supérieure et les cils de sac supérieures.

L'examen doit se pratiquer sous un bon éclairage.

1- Modification de couleur :

La conjonctive peut présenter à l'occasion d'une inflammation des modifications de coloration dues à la vasodilatation plus ou moins intense de ses vaisseaux, donnant ainsi une hyperhémie conjonctivale, parfois même de petites hémorragies sous conjonctivales.

2- Modification du relief :

La conjonctive normale présente généralement une surface lisse et régulière, sans modification importante de relief. Adhérente au plan sous-jacent au niveau des paupières, surtout des tarse, elle est mobile au niveau du globe, dont elle épouse exactement la forme.

La muqueuse des culs de sac est lâche ; elle présente plusieurs replis longitudinaux (plis de passage), et à l'état normal, des petits pelotons adipeux ou des anses vasculaires très fines peuvent souvent former des saillies. A l'état pathologique, la conjonctive peut être soulevée et infiltrée par un œdème, ou présenter une érection de la vascularisation normale (bouquets).

3- Modification des sécrétions :

La conjonctive normale est régulièrement humide, ce qui contribue à la faire apparaître luisante et lisse. Des manifestations pathologiques peuvent modifier cet état.

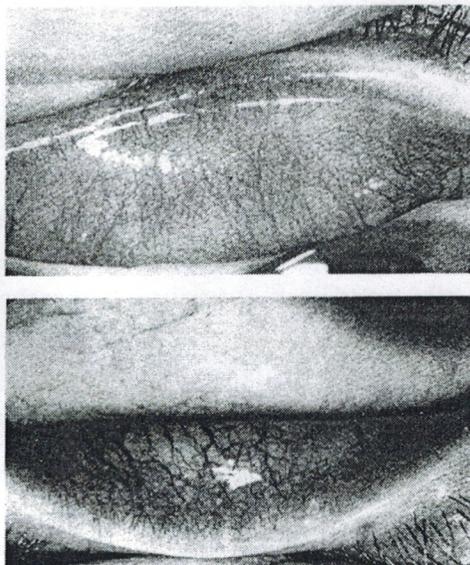
Dans les conjonctivites, les sécrétions conjonctivales sont augmentées et peuvent présenter une abondance et un aspect variable, cette quantité anormale de liquide agglutine les cils en petits paquets et colle les paupières, qui ont de la peine à s'entrouvrir d'elles-mêmes.

Ces sécrétions doivent être recherchées surtout au niveau des culs de sac conjonctivaux et de l'angle interne (commissure interne) de l'œil.

N.B : L'examen clinique ne permet cependant pas toujours d'attribuer à la muqueuse les phénomènes réactionnels observés, et il n'est pas toujours suffisant pour en préciser l'étiologie. Il faudra le compléter par divers modes d'investigation : Bomiocroscopiques, bactériologiques et anatomo-pathologiques en particulier.

IV - EXAMEN BIOMICROSCOPIQUE :

Cette méthode d'examen qui doit être systématique, met en évidence des micro-lésions et des symptômes bio microscopiques, liés aux troubles fonctionnels qui peuvent les accompagner, les précéder ou les suivre.

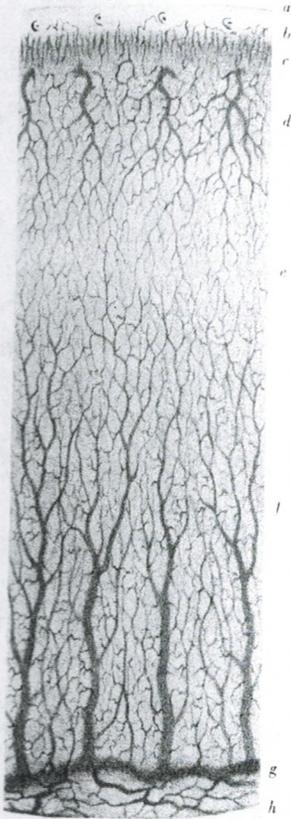


Ensemble des conjonctives palpébrales normales éversées, en biomicroscopie

1- Conjonctive palpébrale :

C'est surtout la conjonctive palpébrale tarsienne supérieure qui offre le plus d'intérêt à l'examen biomicroscopique, car dans cette région, la muqueuse, tendue sur le tarse est facilement accessible à l'examen.

L'épithélium lisse et transparent est peu visible à l'éclairage direct, il faut l'observer dans la zone miroitante du faisceau lumineux, où il apparaît parfaitement régulier et uniforme.



- a) Bord libre de la paupière (supérieure).
- b) Orifices des glandes e Meibomus.
- c) Emergence de vaisseaux perforants internes, provenant de l'arc interne, avec fin réseau anastomosé allant vers le bord libre.
- d) Portion ascendante des perforants internes (descendants sur la figure), donnant sur leur parcours un fin réseau anastomosé.
- e) Région ou se fait l'anastomose des 2 systèmes vasculaires de la conjonctive (a la jonction du 1/3 inférieur avec les 2/3 supérieurs de la conjonctive tarsienne).
- f) Portion descendante des vaisseaux provenant des perforants de l'arc externe (ascendants sur la figure).
- g) Emergence des vaisseaux perforants provenant de l'arc externe.
- h) Réseau vasculaire conjonctival postérieur formant des mailles allongées transversalement, irriguant le fond du cul de sac et allant jusqu'à la conjonctive bulbaire.

**Portion de conjonctive palpébrale normale au biomicroscope
Grossissement 25**

a# Les vaisseaux se voient avec une netteté remarquable a l'état normal, ils apparaissent rouge vif sur un fond presque incolore. Cette coloration se modifie à la moindre irritation conjonctivale, et le ton de coloration de la vascularisation baisse en s'atténuant vers le violet.

On peut visualiser huit a dix vaisseaux grêles, courts et sinueux, descendre du bord libre. Ces vaisseaux viennent des rameaux perforants de l'arc interne marginal ou juxta-ciliaire de TERSON, qui traversent le tarse au-dessus du bord libre.

On peut visualiser également un nombre sensiblement égal de vaisseaux, plus longs et plus volumineux, monter du bord profond du tarse (bord distal). Vaisseaux courts et vaisseaux longs donnent le long de leur trajet des ramifications collatérales qui se subdivisent elles-mêmes en capillaires, et dont les dernières ramifications s'anastomosent entre elles pour former un plexus d'une finesse extrême et d'une régularité remarquable

Ces deux groupes de vaisseaux, courts descendants et longs ascendants, fusionnent au niveau du tiers inférieur du tarse ou ils se résolvent en un fin et riche plexus capillaire sous épithélial.

On peut aussi étudier les fines mailles de ce réseau qui sont polygonales. La discrimination biomicroscopique entre veine et artère de ce réseau au niveau de la conjonctive palpébrale est extrêmement difficile.

b# A l'état normal, le biomicroscope ne montre aucune formation papillaire ou folliculaire caractéristique au niveau de la conjonctive. Cependant dans certains

cas, surtout chez les enfants a constitution dite lymphatique, a l'état normal et en dehors de toute affection conjonctivale, on peut noter la présence de petites élevures toujours translucides, peu nombreuses et situées aux angles, témoignant de la tendance a l'adéoinidisme du jeune sujet qui en est porteur.

C# Au niveau du bord libre de la paupière ; On aperçoit les orifices des glandes de MEIBOMIUS, en employant un éclairage diaphanoscopique. On voit alors courir entre les vaisseaux et profondément, perpendiculairement au bord libre jusqu'à la moitié environ de la hauteur du tarse, les traînées grisâtres des glandes de MEIBOMIUS, disposées en grappes dans l'épaisseur de la paupière.

N.B : On peut faire les mêmes observations biomicroscopiques, mais avec moins de netteté au niveau de la conjonctive palpébrale inférieure

2-Conjonctive bulbaire :

. L'épithélium de la conjonctive bulbaire comprend plusieurs couches dont la transparence parfaite permet d'étudier les tissus sous-jacents et même la surface de la sclérotique.

Dans la zone miroitante de la coupe optique, l'épithélium se montre ici lisse, régulier, avec quelques plissements superficiels mobiles, déterminés par le déplacement du globe.

Vaisseaux lymphatiques et nerfs peuvent être ainsi particulièrement explorés.

3- Coloration vitale :

L'emploi de certain colorants dits vitaux donne dans l'étude biomicroscopique de la conjonctive des éclaircissements sur certains points de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie conjonctivale.

N.B : Le biomicroscope permet de suivre pas a pas, en réponse a toute irritation, la réaction de la muqueuse : Il se produit une véritable érection des éléments vasculaires, réaction non spécifique, qui amène la formation des papilles inflammatoires plus ou moins variables d'aspect, mais toujours richement vascularisées.

V - EXAMEN BACTERIOLOGIQUE :

L'examen bactériologique de la sécrétion conjonctivale base souvent le diagnostic étiologique et, par l'identification des germes rencontrés, permet d'instituer le traitement approprié. Il ne faut cependant pas tirer des conclusions hâtives et absolues des résultats d'un examen bactériologique ne concordant pas avec l'examen clinique. On ne doit pas oublier non plus qu'il y a une flore saprophyte souvent abondante et variée, même sur la conjonctive normale : *cutis commune*, *staphylocoque*, *pneumocoque*, et autres bactéries.

FLORE CONJONCTIVALE D'UN ŒIL NORMAL

<i>Staphylococcus epidermidis</i>	68.5%
<i>Staphylococcus aureus</i>	42.0%
Diptéroïdes : <i>C.xerosis</i>	28.7%
<i>Streptococcus viridans</i>	2.5%
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	0.3%
Bacilles Gram négatif	5.0%
Diplocoques Gram négatif	0.7%
Bacilles Gram positif	3.2%
<i>Micrococcus tetragenus</i>	2.6%
Aucun organisme	0.0%

N.B : Cette flore saprophyte peut devenir pathogène en présence d'un hôte débilité ou si le nombre de colonies présentes sature et domine le système de défense de l'hôte.

L'examen bactériologique doit comporter l'une ou l'ensemble des techniques suivantes :

- L'examen des frottis faits sur lame de verre avec les produits de sécrétion permet d'étudier aussi bien la flore que la cytologie conjonctivale (microscopie a contraste de phase pour les prélèvements frais, colorations microscopiques....
- L'isolement des germes par culture.
- L'examen ultramicroscopique.
- L'inoculation aux animaux de laboratoire (++Cobaye).
- La microscopie électronique, apporte enfin une contribution de plus en plus considérable a l'étude de la pathologie conjonctivale.

1-Examen des frottis :

C'est un examen rapide, qui fournit souvent des renseignements précieux, mais qui reste insuffisant. Il comprend trois temps :

✓ 1^{er} temps : prélèvement

Il faut avant tout éviter de traumatiser la conjonctive sur laquelle on pratique le prélèvement de sécrétions, il faut employer une anse de platine ou pipette de verre aspirant spontanément par capillarité. Il est recommandé de faire, sur les lames de verre, des étalements minces avec le produit (sécrétion) prélevé.

Un processus intéressant et utile consiste à faire des prélèvements par empreintes de la conjonctive ; il suffit d'éverser la paupière et appliquer par touches sur la conjonctive ainsi exposée le plat de la lame de verre. Il résulte de cette pratique de véritables décalques de la muqueuse qui comprendra non seulement les produits de sécrétion, mais encore des cellules conjonctivales.

✓ 2^e temps : fixation

Quelle que soit la méthode de prélèvement employée, il faudra laisser sécher et fixer la préparation a examiner.

La fixation se fait selon la méthode de coloration désirée, soit à la flamme (se garder de trop chauffer), soit aux fixateurs usuels (alcool, éther...).

✓ 3^e temps : coloration

En dehors des colorants simples (violet de gentiane...), il faut systématiquement faire un Gram.

Si on n'a pas d'indications suffisantes, il faut alors avoir recours aux colorations polychromes (Giemsa, MGG...).

2-Culture :

Pour la culture, plus que pour le frottis, il faut tout d'abord laver (sérum, tyrode, ou autre liquide physiologique) paupières et conjonctive avant de pratiquer le prélèvement. Après lavage on attend l'apparition de nouvelles sécrétions que l'on prélèvera, soit à l'anse de platine, à la pipette, au scarificateur, ou même une minime mais véritable biopsie.

Le produit ainsi prélevé est mis dans un tube stérile (il faut veiller à la stérilité absolue de toute la manipulation) et envoyer au laboratoire dans les plus brefs délais.

Desensemencements seront faits, soit avec le produit lui-même, soit avec une dilution du produit dans un liquide physiologique. Il faut toujours ensemer sur plusieurs milieux différents : gélose, bouillon, milieux contenant des facteurs de croissance (milieu au sang)...

Les cultures mises en train seront examinées toutes les douze heures.

3-Inoculation aux animaux :

Elle permet parfois à elle seule de faire un diagnostic, l'inoculation se fait soit par voie intra-péritonéale, soit par voie sous cutanée. Toutes les manipulations doivent être pratiquées de façon absolument aseptique.

VI - MICROSCOPIE ELECTRONIQUE :

La microscopie électronique apporte sa contribution à l'étude de la pathologie conjonctivale, ses techniques nécessitent des laboratoires très spécialement outillés.

CHAPITRE II : SEMIOLOGIE

I – PHYSIOPATHOLOGIE.

II – CLINIQUE.

III – TRANSMISSION.

I - PHYSIOPATHOLOGIE :

On constate la présence d'une hyperémie (oeil rouge) de la conjonctive (afflux sanguin) qui prédomine au niveau des culs-de-sac palpébraux (des paupières) et d'une hypersécrétion aqueuse c'est-à-dire d'une sécrétion en trop grande quantité de substance liquidienne s'accompagnant quelquefois de pus.

II - CLINIQUE :

Les patients atteints de conjonctivite bactérienne, présentent une inflammation toujours visible au moins sous les paupières. L'infection commence souvent dans un oeil puis s'étend à l'autre.

On observe habituellement un écoulement purulent. Les paupières sont gonflées et collées au réveil. Le gonflement s'atténue en position debout. La réapparition le lendemain malgré le traitement est normale et tient au fait de la position allongée.

L'infection peut s'accompagner d'une légère gêne à la lumière (on parle de photophobie). Il peut y avoir une sensation de sable ou de corps étranger dans l'œil, mais il n'y a pas habituellement de douleur intense.

La fonction visuelle ou l'acuité visuelle n'est pas altérée, tout au plus peut-il y avoir un voile devant les yeux, du fait de l'œdème.

Les bactéries le plus fréquemment observées dans les conjonctivites banales sont les *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* et *Pseudomonas aeruginosa*.

Il existe des formes suraiguës de conjonctivites. Le patient présente des symptômes similaires beaucoup plus intenses. Les bactéries en causes peuvent être des *Neisseria gonorrhoeae* et *Corynebacterium diptheroides*. Ces conjonctivites bactériennes sont plus dangereuses. Les bactéries citées ont la capacité de traverser plus facilement un épithélium cornéen intact pour donner une kératite, une iridocyclite (atteinte de la chambre antérieure de l'œil entre l'iris et la cornée), voire une atteinte de tout le globe oculaire. On rencontre des conjonctivites à *Neisseria gonorrhoeae* chez le nouveau né, suite à une contamination dans la filière génitale (vagin) lors de l'accouchement.

Les symptômes sus cités doivent inciter les patients à consulter un médecin.

III - TRANSMISSION :

Cette infection est très contagieuse. La plupart du temps, elle se transmet par la main après un contact avec la zone infectée.

Une personne avec une conjonctivite peut facilement infecter plusieurs membres de sa famille en quelques jours. Ceci se produit souvent lorsque la personne touche le pus ou les sécrétions de son oeil puis touche une autre personne. L'infection peut aussi se transmettre si on touche la personne infectée, puis si on se touche l'œil.

Un adulte qui nettoie les yeux d'un enfant infecté peut également transmettre la conjonctivite, s'il ne fait pas attention de bien se laver les mains après le contact.

L'infection peut également se transmettre par un contact étroit, face à face, par exemple lorsqu'un parent serre un bébé contre lui.

CHAPITRE III : CONJONCTIVITE CATARRHALE AIGUE A BACILLE DE WEEKS

I – EPIDEMIOLOGIE.

II – CLINIQUE.

III – BIOMICROSCOPIE.

IV – EVOLUTION.

V – COMPLICATIONS.

VI – FORMES CLINIQUES.

VII – ETIOLOGIE.

VIII – TRAITEMENT.

IX – PROPHYLAXIE.

I - EPIDEMIOLOGIE :

Il s'agit d'une affection conjonctivale aiguë, très contagieuse, à marche rapide généralement bilatérale et qui, en de trop nombreuses régions encore, évolue en grande épidémie explosive et saisonnière, surtout dans les périodes chaudes et humides (fin du printemps et surtout début de l'automne). De là découlent les différentes dénominations : conjonctivite aiguë saisonnière, conjonctivite épidémique saisonnière...

Cette affection reste très rare dans les pays à haut standing de vie, mais cause des ravages dans les pays sous développés ou en voie de développement.

La contagiosité de l'affection est démontrée aussi bien par les faits cliniques que par les inoculations de laboratoire. Peu pathogène pour la conjonctive des animaux, le bacille de WEEKS l'est extrêmement pour celle l'homme.

La contamination peut se faire soit par les contacts directs, soit par l'intermédiaire d'insectes vecteurs (mouches en particulier).

L'influence saisonnière est manifeste sur la conjonctivite aiguë à bacille de WEEKS. Elle existe à l'état sporadique dans les pays tempérés, chauds et humides. A certaines époques, l'affection devient un véritable fléau social, surtout dans les pays à hygiène précaire et dans les agglomérations à forte densité. Cette affection est particulièrement fréquente dans tout les pays du bassin méditerranéen, les pays du Proche-Orient et d'Extrême-Orient.

C'est une pathologie qui ne confère pas l'immunité, vue l'existence de nombreuses souches d'*haemophilus conjunctivitis*.

II - CLINIQUE :

Après une incubation de 2 à 3 jours, cette conjonctivite débute brusquement, atteignant en général, les deux yeux d'emblée ou à peu de jours d'intervalle. Le malade accuse une sensation de corps étranger, de picotement et de cuisson. Il se frotte souvent les yeux et c'est une des causes de propagation de la maladie.

La photophobie est souvent intense, mais en l'absence de lésions cornéennes.

Les paupières sont plus ou moins gonflées, quelques fois de façon très importante.

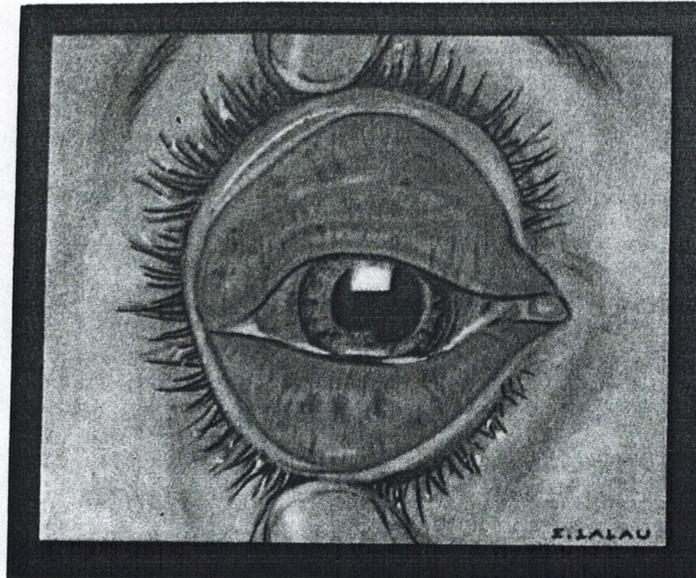
Les cils sont agglutinés, surtout le matin au réveil, par des sécrétions plus ou moins abondantes.

La sécrétion est d'abord aqueuse, puis muqueuse, filante et ensuite muco-purulente et jaunâtre ; nettoyée, elle se produit rapidement.

La conjonctive bulbaire est hyperhémisée de façon diffuse, donnant aux yeux une coloration rosée (pink-eye). Elle est parfois le siège d'un chémosis important.

La conjonctive palpébrale est épaissie, rouge avec quelques suffusions sanguines comme au niveau de la muqueuse bulbaire.

Les bords palpébraux présentent souvent un aspect érythémateux plus ou moins oedématié.



- A. — Conjunctivite aiguë à bacille de Weeks. Les conjonctives palpébrale et bulbaire sont hyperplasiées et hyperémées. La réaction vasculaire est intense et l'on note de nombreuses suffusions sanguines au niveau de la muqueuse. Des sécrétions muco-purulentes stagnent au fond du cul-de-sac inférieur, et l'on aperçoit, au niveau de la conjonctive tarsienne, des traînées blanchâtres constituées par des exsudats muco-membraneux. La même sécrétion a agglutiné les cils des bords palpébraux par groupes plus ou moins nombreux.

Aspect global d'une conjunctivite à bacille de WEEKS

On peut parfois noter une adénopathie pré-tragienne, légèrement sensible à la palpation ; elle est inconstante et peut être en relation avec une surinfection.

III - BIOMICROSCOPIE :

La conjonctive est hyperhémée dans son ensemble, laissant deviner les vaisseaux que l'on aperçoit comme à travers une buée. Mais on voit nettement des fines punctuations groupées en groupées en plaquettes ou en taches rouges : Ces éléments sont constitués par de véritables bouquets et pelotonnements vasculaires qui se raccordent au réseau normal auquel ils sont perpendiculaires. Ces éléments sont très petits près du bord libre ou ils forment un pointillé d'une grande finesse. Ils sont beaucoup plus développés vers le bord profond.

L'examen attentif à la lampe à fente met en relief cette véritable érection de la vascularisation normale de la muqueuse. Il ressort ainsi que l'inflammation provoque la formation de bourgeons vasculaires qui se développent perpendiculairement au plan du réseau normal et s'épanouissent à la surface. C'est ainsi qu'au lieu du réseau primitif, formé de mailles rouges se dessinant sur fond clair, on a ici un réseau de mailles claires se dessinant sur fond rouge vif.

Il existe, en outre, et en plus ou moins grand nombre selon l'intensité de l'inflammation, des suffusions sanguines d'importance variable.



- B. — Néovascularisation dans une conjonctivite au début (conjonctivite aiguë à bacille de Weeks : biomicroscopie, grossissement 40 diamètres). On voit la néovascularisation perpendiculaire au tarse et ressemblant à celle produite par une irritation mécanique : panaches vasculaires naissant des vaisseaux normaux et venant s'épanouir parallèlement au plan épithélial. En plus de cette néovascularisation et sans doute à cause de la violente réaction (conjonctivite aiguë), il existe de multiples suffusions sanguines qui paraissent situées dans un plan plus antérieur que celui des vaisseaux.

**Aspect biomicroscopique d'une
Conjonctivite aiguë à bacille de WEEKS**

IV - EVOLUTION :

L'évolution d'une conjonctivite aiguë catarrhale non soignée est assez lente : La période d'état dure de 10 à 15 jours. Il se produit ensuite une rémission progressive avec une discrète desquamation du bord libre assez évocatrice, mais la guérison spontanée ne survient qu'au bout de 4 à 5 semaines.

Le traitement raccourcit l'évolution de la maladie et réduit la fréquence des complications.

V - COMPLICATIONS :

C'est surtout les lésions cornéennes qui peuvent apparaître dans les cas non soignés, il s'agit d'infiltrats ponctiformes de la cornée, habituellement localisés, sous épithéliaux. La membrane de BOWMANN n'est pas atteinte.

Ils peuvent former un anneau périphérique plus ou moins complet, qui desquame parfois, donnant des ulcères marginaux. Ces ulcères cornéens sont le plus souvent multiples et peuvent évoluer en surface par confluence et en profondeur s'il y a une infection surajoutée, avec risque d'ulcère à hypopion et de perforation.

D'autres complications peuvent se produire par la suite : leucomes adhérents, glaucome secondaire, staphylome de la cornée...

On a notamment l'association de la conjonctivite a bacille de KOCH-WEEKS au trachome qui a été décrite et dissociée par MORAX, en Egypte, et en Tunisie. Ce complexe trachome-bacille de WEEKS constitue une forme de la classique ophtalmie granuleuse. Cette conjonctivite semble faire le lit du trachome et être un facteur de diffusion de celui-ci.

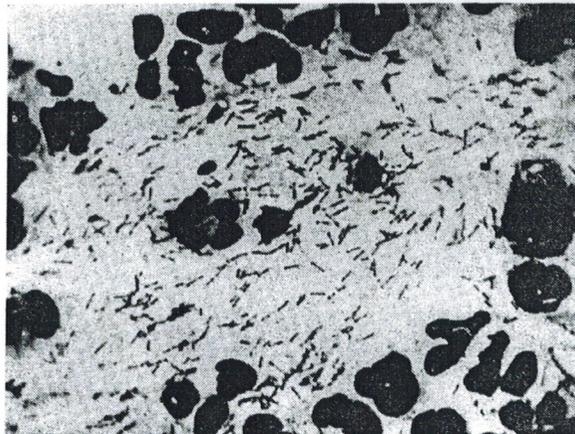
VI - FORMES CLINIQUES :

On trouve :

- ✓ **Des formes légères**, a symptômes discrets, aussi contagieuses que les formes intenses.
- ✓ **Des formes intenses**, avec sécrétions très abondantes.
- ✓ **Des formes pseudo-membraneuses** ou l'enduit muco-purulent prend l'aspect d'une conjonctivite a fausses membranes.

VII - ETIOLOGIE :

Le diagnostic étiologique repose en fait essentiellement sur l'examen bactériologique de la sécrétion. On va y retrouver le bacille décrit par KOCH en 1884 et identifié comme agent de l'affection par WEEKS en 1886. Il est le plus souvent a l'état libre dans la sécrétion de la conjonctivite aiguë ; il est quelque fois intracellulaire.



Bacille de WEEKS dans une conjonctivite aiguë

Ce bacille appartenant au genre *haemophilus conjunctivus*, est un bâtonnet petit, fin, court, a extrémités quelquefois arrondies. Il mesure 1 a 2 μ de long sur 0a 5 μ de large ; le plus souvent isolé, il se trouve quelquefois en diplobacilles ou en chaînettes.

Cet agent bactérien prend facilement les colorants usuels ; c'est un bacille Gram négatif, aérobic strict, il pousse mal sur les milieux usuels, il a besoin de facteurs de croissance (du sang en particulier). C'est un microbe très fragile, il est tué par

refroidissement a 30 degrés et ne résiste pas en dehors de l'organisme, sauf dans certaines conditions (les piscines chaudes en particuliers).

VIII - TRAITEMENT :

Le traitement classique par instillations de collyre antiseptique (sulfate de zinc a 1%) donne toujours d'excellents résultats, mais il est souvent remplacé par des sulfamides ou des antibiotiques qui ont considérablement raccourci la durée de l'évolution.

Le bacille de WEEKS est habituellement résistant a la pénicilline, mais sensible aux sulfamides (collyres ou peros), a la streptomycine et aux tétracyclines (collyres a 1 ou 2%).

Il est indiqué de prolonger le traitement quelques jours après la guérison apparente pour éviter les rechutes et les récidives.

IX - PROPHYLAXIE :

La prophylaxie dépend essentiellement de l'hygiène tant individuelle que collective, comme le prouve la disparition de cette maladie dans les pays a haut standing de vie.

L'isolement momentané, d'ailleurs peu prolongé, des malades est efficace lorsqu'il peut être réalisé, et l'affection doit être un motif d'éviction scolaire jusqu'à guérison.

Cette conjonctivite ne conférant pas une immunité véritable et en absence de vaccination préventive, il existe des campagnes de masses comportant l'instillation prophylactique d'antibiotiques pendant les périodes pré-épidémiques rendant des services immenses. Diffusées par l'OMS, elles ont fortement diminué l'intensité et la gravité de ces épidémies, ayant aussi une répercussion heureuse sur l'indice de gravité du trachome et des infections associées ou surajoutées.

CHAPITRE IV : CONJONCTIVITES CATARRHALES AIGUES A AGENTS DIVERS

I – INTRODUCTION.

II – CLINIQUE.

I – INTRODUCTION :

La conjonctivite à bacille de WEEKS reste la plus répandue des conjonctivites catarrhales aiguës. Cependant il existe des conjonctivites catarrhales aiguës provoquées par d'autres agents bactériens qui sont encore assez fréquentes et contagieuses (provoquées par le staphylocoque, le pneumocoque ou le streptocoque...).

II – CLINIQUE :

Le tableau clinique est très voisin de celui de la conjonctivite à bacille de WEEKS :

- ✓ incubation de 2 à 3 jours.
- ✓ Hyperhémie conjonctivale.
- ✓ Sécrétion muqueuse muco-purulente.
- ✓ Suffusions sanguines.
- ✓ Erythème prurigineux des paupières.

C'est seulement l'examen bactériologique qui permet de poser le diagnostic étiologique et l'adaptation du traitement d'après les données de l'antibiogramme.

N.B : Parfois la conjonctivite catarrhale aiguë fait parti de la symptomatologie de diverses affections générales : scarlatine, début de rougeole...

CHAPITRE V : CONJONCTIVITE CATARRHALE SUBAIGUE A DIPLOBACILLE DE MORAX

I – EPIDEMIOLOGIE.

II – CLINIQUE.

III – BIOMICROSCOPIE.

IV – HISTOPATHOLOGIE.

V – EVOLUTION.

VI – COMPLICATIONS.

VII – ETIOLOGIE.

VIII – TRAITEMENT.

I - EPIDEMIOLOGIE :

Cette affection d'évolution subaiguë ou chronique, dite conjonctivite angulaire, est due à une infection causée par le diplobacille. Elle a été mise en évidence par MORAX en 1896, étiologie confirmée à la suite par AXENFELD, GONIN et PETIT.

MORAX l'a décrit comme une conjonctivite subaiguë, mais les auteurs américains la classent plutôt parmi les conjonctivites chroniques, endémiques (et parfois épidémiques).

C'est une affection qui est assez fréquente et se rencontre sous tous les climats avec une prédominance pour les climats tempérés chauds et humides. Elle atteint habituellement les adultes, mais signalée surtout chez l'enfant et le nouveau-né.

Elle est assez contagieuse et sa transmission se fait surtout par contact direct, parfois par l'intermédiaire d'objets, de linges (mouchoirs) ou par les mouches. COPPEZ a démontré que le diplobacille peut rester virulent pendant 30 minutes sur les doigts.

II - CLINIQUE :

C'est une conjonctivite d'évolution chronique avec des poussées subaiguës. Le début est souvent difficile à trouver, il est insidieux, marqué seulement par quelques sécrétions avec agglutination des cils le matin, d'abord à un seul œil, mais devenant généralement bilatérale.

Comme signes fonctionnels, on trouve une photophobie, picotements, larmoiement, parfois gêne de la vision.

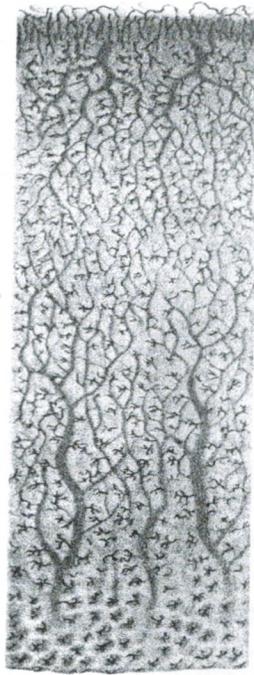
Les sécrétions sont peu abondantes, constituant de petits amas floconneux et filamenteux, blanc grisâtre qui peuvent s'accumuler dans le cul de sac inférieur et aux angles (commissures).

À l'examen la conjonctive est légèrement injectée, mais la rougeur prédomine dans le cul de sac inférieur et surtout aux angles externes et internes, à la caroncule et au canthus externe (d'où conjonctivite Angulaire). Il existe aussi des lésions érythémateuses légères des paupières au bord libre et à l'angle externe : la peau y est rouge, légèrement oedematisée et plissée avec parfois quelques ulcérations entre les plis.

III - BIOMICROSCOPIE :

L'hyperplasie de la muqueuse voile la vascularisation normale, il existe un fin piqueté rouge constitué par l'épanouissement de la néo-vascularisation ou de la simple érection vasculaire provoquée par l'inflammation.

Au bout de quelques temps d'évolution, il se forme une véritable marqueterie faite de plaquettes polygonales rouges à contours flous, séparées les unes des autres par un réseau blanc et constituant des papilles, de mieux en mieux individualisées. Ces papilles sont un élément constant de toutes les inflammations conjonctivales d'une certaine durée et semblent être la réaction de défense-type de la conjonctive.



***Aspect biomicroscopique d'une conjonctivite subaiguë
à bacille de MORAX***

Cette blépharo-conjonctivite, surtout angulaire, traînante et bilatérale, est très évocatrice d'une infection à diplobacille de MORAX. La preuve étiologique sera apportée par la découverte du germe dans les sécrétions ou dans les cellules épithéliales desquamées, même dans les formes très discrètes. Certaines formes à symptomatologie minimale peuvent facilement être méconnues et évoluer pendant longtemps.

IV - HISTOPATHOLOGIE :

La conjonctive palpébrale présente un épaississement dû à une hyperplasie épithéliale et à une infiltration leucocytaire plus ou moins marquée qui gagne la sous muqueuse. Cette infiltration est à peine marquée à la conjonctive bulbaire.

L'épithélium du bord palpébral est, au contraire, très aminci à la suite de la desquamation de la couche cornée. On ne trouve guère le germe pathogène dans les coupes.

V - EVOLUTION :

La conjonctivite angulaire marque peu de tendance à la guérison spontanée. Elle évolue par poussées subaiguës séparées par des phases de rémission plus ou moins complètes et n'obéissant à aucune règle, ni à aucun cycle.

Le pronostic est habituellement bénin, surtout grâce au traitement qui évite l'apparition de complications.

VI - COMPLICATIONS :

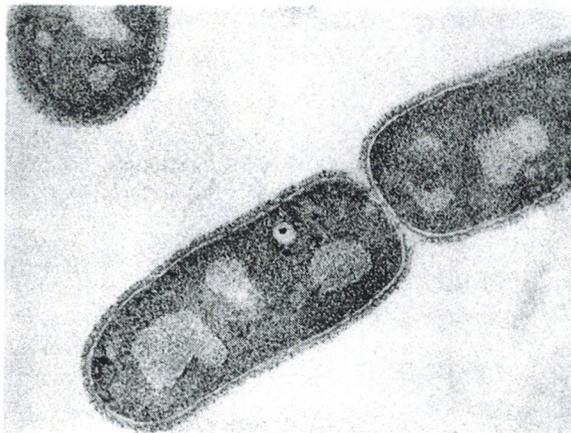
On peut noter dans les formes traînantes des ulcérations cutanées du bord libre des paupières et parfois des lésions fissuraires, véritables raghades des commissures ou l'on a pu trouver le diplobacille mêlé a des streptocoques de surinfection.

On rencontre aussi des ulcères de la cornée, il s'agit habituellement d'ulcère marginal banal dont la fréquence n'est pas négligeable (7%). Plus rarement c'est un ulcère profond a hypopion ou un abcès des lames évoluant a la fois en profondeur et en surface, peu douloureux ; il s'agit alors le plus souvent d'une infection surajoutée. Parfois deux zones d'infiltration sont visibles, l'une dense et centrale séparée par une zone claire d'une auréole périphérique au niveau de laquelle l'infiltration est moins compacte.

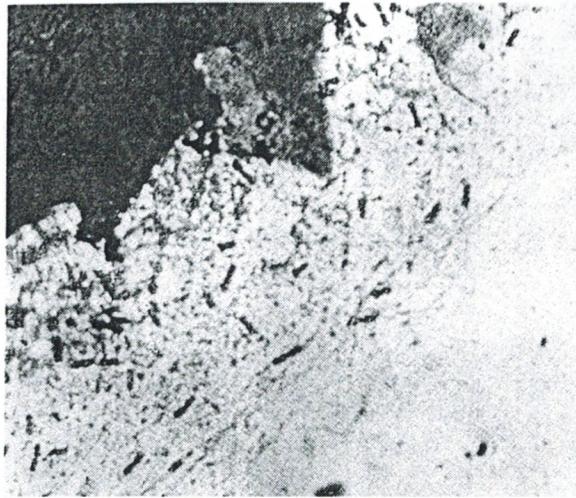
N.B : La conjonctivite angulaire peut coexister avec le trachome, mais ne semble pas influencer considérablement son évolution.

VII - ETIOLOGIE :

Le diplobacille de MORAX appartient au groupe des *moraxella*, actuellement bien défini et dans lequel on lui a donné le nom de *moraxella lacunata*. C'est un bacille Gram négatif, mesurant 2 a 4 μ de long et 1.5 μ de large, a extrémités arrondies et présentant parfois un espace clair central. Il est immobile, ne donne pas de spores et prend facilement les colorants usuels.



Bacille de MORAX
(limité par une membrane et présentant plusieurs noyaux)



Diplobacille de MORAX
(dans un frottis de sécrétions)

On ne le trouve pas dans les cellules normales, mais parfois à l'intérieur de certaines cellules épithéliales desquamées. Le plus souvent il est libre dans les sécrétions, et c'est là qu'il a sa morphologie typique par paire (d'où le nom de diplobacille).

On peut le cultiver en aérobiose stricte, à 35°C, dans les milieux enrichis contenant des facteurs de croissance (gélose au sérum animal) ; il attaque le milieu, qu'il liquéfie au niveau des colonies, formant de véritables petits puits caractéristiques (d'où le nom de *moraxella lacunata*). Ses cultures sont tuées à la chaleur à 58°C, en 1 à 5 minutes et le diplobacille n'y persiste virulent que quelques jours.

Le diplobacille de MORAX sécrète une protéase qui attaque l'épithélium, mais qui est inhibée par une anti-protéase contenue dans les larmes ; c'est ce conflit qui expliquerait le caractère localisé de la conjonctivite et son évolution discrète.

N.B : Le diplobacille ne semble être pathogène que pour la conjonctive humaine.

VIII - TRAITEMENT :

La conjonctivite angulaire à diplobacille réagit parfaitement bien au collyre au sulfate de zinc à 1% et surtout 2%, qui paraît avoir une action élective en instillation, 3 à 4 fois par jour, pendant un quinzaine de jours, pour éviter rechutes et récidives.

Malgré la légère sensation de cuisson provoquée par le collyre, il paraît peu utile d'y associer un anesthésique de contact qui favorise la desquamation de l'épithélium et peut provoquer des réactions de type eczémateux.

Le diplobacille ne semble guère sensible aux antibiotiques.

Les pâtes à base de zinc et d'ichtyol sont très efficaces contre les lésions cutanées et il faut éviter l'abus des bains d'yeux.

Pour les ulcères cornéens, on a proposé des cautérisations au sulfate de zinc à forte concentration.

CHAPITRE V : CONJONCTIVITE CATARRHALE SUBAIGUE A HÆMOPHILUS

I – EPIDEMIOLOGIE.

II – CLINIQUE.

III – EVOLUTION.

IV – ETIOLOGIE.

I - EPIDEMIOLOGIE :

C'est une affection contagieuse réalisée par le bacille de PFEIFFER ou *haemophilus influenzae*, qui se rencontre le plus souvent chez de jeunes enfants en automne ou en hiver.

II - CLINIQUE :

Cette affection ressemble cliniquement à une conjonctivite à bacille de WEEKS d'intensité modérée, mais l'évolution en est plus rapide et plus bénigne.

Elle donne une photophobie, démangeaisons, cuissons et un signe très important : c'est le coryza.

Les sécrétions sont généralement jaunâtres, assez visqueuses.

III - EVOLUTION :

L'évolution se fait spontanément vers la guérison en une semaine, accélérée par les instillations de collyres sulfamidés et antibiotiques, et la désinfection des voies respiratoires supérieures.

IV - ETIOLOGIE :

L'*haemophilus influenzae* a été découvert en 1892, par PFEIFFER. Il n'est pas l'agent étiologique de la conjonctivite, mais un microbe d'invasion secondaire.

C'est un coccobacille Gram négatif, en navette ou bacillaire, de 1 à 2 μ de long sur 0.5 μ de large. Il se colore généralement bien par les méthodes habituelles, présentant souvent un espace clair central.

Il est généralement aérobie à 37° ; ses cultures ont besoin de facteurs de croissance (surtout sang ou extrait globulaire).

**CHAPITRE VI : CONJONCTIVITE
PURULENTE GONOCOCCIQUE DU
NOUVEAU-NE
(CONJONCTIVITE BLENNORRAGIQUE - OPHTALMIE
PURULENTE)**

I – EPIDEMIOLOGIE.

II – CLINIQUE.

III – COMPLICATIONS.

IV – DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.

a- La réaction au nitrates d'argent.

b- La conjonctivite a inclusion du nouveau-né.

c- La conjonctivite lacrymale du nouveau-né.

V – ETIOLOGIE.

VI – TRAITEMENT.

VII – PROPHYLAXIE.

I - EPIDEMIOLOGIE :

C'est en 1879 que NEISSER découvrit le *gonocoque* et réussit à l'isoler aussi bien dans le pus uréthrale de la blennorragie que dans le pus conjonctivale. La conjonctivite gonococcique ou blennorragique, ou encore "ophtalmie purulente", peut se rencontrer à toute age.

L'atteinte oculaire gonococcique peut se faire soit par contagage direct et il s'agit d'une infection exogène, soit par voie sanguine lorsqu'il y a septicémie à gonocoque et il s'agit alors d'une infection endogène.

L'ophtalmie purulente gonococcique du nouveau-né est devenue maintenant une rareté, grâce aux méthodes prophylactiques obligatoires et au progrès de la thérapeutique.

Le contagage du nouveau né se fait au cours du passage de la tête dans la filière génitale lorsqu'il existe une infection vaginale de la mère.

Le *gonocoque* n'est pratiquement pathogène que pour l'homme et électivement pour les muqueuses génitales et conjonctivales. L'infection par voie sanguine est rare ; c'est surtout elle qui est responsable des manifestations articulaires, cardiaque et autres, probablement par action toxique. Il semble exister deux types antigéniques principaux : l'un responsable des formes aiguës et l'autre des évolutions chroniques (surtout chez l'adulte). L'infection ne confère pas d'immunité

II - CLINIQUE :

L'affection débute habituellement au troisième jour après la naissance et en tous cas avant le cinquième jour (sauf si le contagage est différent et plus tardif).

Très rapidement se réalise le tableau d'une affection oculaire aiguë. L'aspect de l'enfant est souvent très impressionnant.



***Conjonctivite gonococcique du nouveau-né
(l'importance de l'œdème et la tuméfaction des paupières)***

L'énorme œdème et la tuméfaction des paupières, collées par des sécrétions purulentes jaunes verdâtres, déforme le visage du nouveau né. Il est difficile d'examiner le globe : les paupières s'éversent à la moindre tentative que l'on fait pour entrouvrir l'œil et un flot de pu s'écoule sur la joue. Il n'est d'ailleurs pas rare de voir des lésions cutanées de voisinage. Le pus est caractéristique, jaune verdâtre, épais et crémeux, se renouvelant très rapidement après lavage.

La conjonctive apparaît rouge, congestive et saignante, couverte de formations purulentes accumulées dans les plis de la muqueuse où elle forme de véritables placards d'aspect parfois membraneux.

Il existe un chémosis rouge est très volumineux, enchâssant la cornée. Ce chémosis vient s'ajouter à l'œdème palpébrale et gêne considérablement l'examen de la cornée : il faut utiliser des petits releveurs de Desmarre ou un blépharostat spécial pour nouveau-né, que l'on placera avec de grandes précautions en évitant de traumatiser la cornée. Un aide pour maintenir l'enfant est souvent nécessaire.

On profitera, d'ailleurs, de ces manœuvres pour faire un prélèvement de pus pour examen microscopique, culture et antibiogramme.

Il faut en même temps et sans perdre le moindre instant commencer un traitement local par instillation, en attendant les résultats du laboratoire qui permettront d'ajuster la thérapeutique locale, et d'y associer le traitement général alors indiqué.

Cependant, de telles formes majeures ne s'observent plus guère dans les pays dits "développés", sauf dans des cas sociaux particuliers.

Les formes légères ou les formes vue au début sont relativement plus fréquente : les signes cliniques sont plus discrets avec quelques sécrétions jaunâtres ou jaunes verdâtres, hyperémie conjonctivale, puis un chémosis qui va augmenter progressivement, accompagné d'un oedème palpébral inflammatoire.

III - COMPLICATIONS :

Les complications cornéennes sont très fréquentes et survenaient dans plus de 30 à 40% des cas dans les statistiques de MORAX ou de NATAF. Elle constitue la réelle gravité de cette ophtalmie blénnorragique qui a été un grand facteur de cécité avant l'institution de la méthode de CREDE.

L'atteinte cornéenne débute par une zone de dépoli superficiel, accompagné ou suivi d'un foyer d'infiltration opalescent dans l'air de la fente palpébral. Il peut exister plusieurs foyers avec opacification plus ou moins étendue de la cornée. Rapidement apparaît une érosion, puis une véritable ulcération plus ou moins importante ; le plus souvent, la membrane de BOWMANN est rapidement détruite et, malgré un traitement précoce et efficace, il persistera une taie cornéenne définitive.

Lorsque l'enfant est vu un peut plus tardivement dans l'évolution, l'ulcère a creusé en surface et en profondeur, aboutissant plus ou moins vite à la perforation de la cornée avec toutes les complications qui en découlent : leucome adhérent, lésion cristallinienne et même panophtalmie,, avec, par la suite, atrophie du globe, ou encore staphylome de la cornée et hypertension secondaire.

Ces lésions cornéennes sont malheureusement souvent bilatérales. Elles peuvent encore s'accompagner d'autres complications, les une à type d'ulcérations disséminées des paupières et même de la joue, souvent surinfectées par des germes banaux dont la virulence est exacerbée.

Il faut signaler, enfin, la relative fréquence des complications articulaires ou cardiaques.

Un traitement précoce pourra éviter l'apparition des complications cornéennes.

IV- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

a- La réaction au nitrates d'argent :

On rencontre assez souvent dans les maternités des réactions au nitrates d'argent, dont l'instillation est obligatoire dans l'heure qui suit la naissance. Il s'agit d'une réaction très précoce, dès le lendemain de la naissance, alors que l'ophtalmie gonococcique survient classiquement au troisième jour.

Les sécrétions sont modérées, blanchâtre, et n'ont pas les caractères du pus blénnorragique. En fait, un prélèvement et des examens bactériologiques trancheront le diagnostic.

b- La conjonctivite à inclusion du nouveau-né :

Elle a des caractères clinique très voisins, avec le même oedème palpébral et des sécrétions purulentes très abondantes. Mais la date d'apparition est généralement plus tardive: du 8^{ème} au 10^{ème} jours et même plus après la naissance. On sais cependant que ce critère n'est pas absolu et qu'une conjonctivite gonococcique peut se déclarée tardivement.

La conjonctive est très fortement hyperémiée, avec un important développement papillaire lui donnant un aspect granuleux (classique "para-trachome") et saignant au moindre contact. En fait, la aussi un prélèvement des secrétions sera porté au laboratoire, tandis qu'on instituera immédiatement un traitement antibiotique. L'examen bactériologique tranchera le diagnostic en montrant l'absence de monoque et la présence des inclusions caractéristiques.

c- la conjonctivite lacrymale du nouveau-né :

C'est probablement la plus fréquente des conjonctivites du nouveau-né ; elle est liée à l'atrésie ou à l'obstruction complète ou incomplète du canal lacrymo-nasal. Il s'agit plutôt d'une forme atténuée de dacryocystite que d'une conjonctivite proprement dite.

L'affection est plus souvent unilatérale et se manifeste au cours de la deuxième semaine. La pression sur le sac lacrymal provoque un reflux muco-purulent plus ou moins abondant par le point lacrymal. L'examen bactériologique montrera l'existence de germes banals : pneumocoques, streptocoques ou coryno-bactéries.

La guérison est alors liée à la perméabilisation des voies lacrymales.

Il faut, d'ailleurs, rappeler que dans toutes les conjonctivites purulentes du nouveau-né, après avoir fait pratiquer un prélèvement et un traitement anti-infectieux bref, il est indispensable de toujours explorer la perméabilité des voies lacrymales et d'en pratiquer un lavage et une désinfection systématique.

V - ETIOLOGIE :

Le *gonocoque*, ou *micrococcus gonorrhoeae*, a été isolé en 1879, par NEISSER dans le pus de la blénnorragie. C'est un diplocoque Gram positif, du genre neisseria. Il se présente sous la forme caractéristique de "grains de café" réunis par paires, prenant facilement les colorants usuels (bleu de méthylène). On peut le

rencontrer à l'état libre au début de l'infection, mais il devient rapidement intracellulaire.

C'est un germe aérobic, difficile à cultiver. Il a besoin de milieux de culture enrichis (gélose au sang, liquide d'ascite) à pH voisin de 7.3, en atmosphère contenant 10% de CO₂ et à la température de 35° ou 36°. Il meurt rapidement à la température ambiante et les cultures doivent être fréquemment repiquées pour être observées.

Le *gonocoque* entraîne la fermentation du dextrose, mais non celle du maltose et du saccharose (caractère différentiel avec *neisseria méningitidis* et *neisseria catarrhalis*).

VI - TRAITEMENT :

Le traitement classique par lavages et instillations répétées de nitrate d'argent amenait une guérison assez lente et assez rarement sans séquelles.

Les sulfamides et les antibiotiques, localement et par voie générale, ont amélioré considérablement l'évolution et la guérison, laquelle est maintenant rapide et presque toujours sans complications. Un traitement général doit toujours être institué sauf contre-indication majeure. Le gonocoque est particulièrement sensible aux sulfamides et à la pénicilline, que l'on pourra administrer soit par injection intramusculaire (300 000 unités), soit per os, répartie dans les biberons, pendant au moins une semaine.

Le traitement local est évidemment indispensable. Dès les premiers jours, lavages doux et abondants avec une solution de permanganate de potasse à 10% ou, mieux avec une solution de pénicilline diluée dans du sérum physiologique isotonique aux larmes. En plus de ses lavages, il faut pratiquer 1 à 2 instillations quotidiennes de nitrate d'argent à 1% et, en outre et surtout, 4 à 6 instillations par jours de collyres antibiotiques : pénicilline et, mieux, auréomycine ou terramycine de 1 à 3%.

On pourrait par fois n'utiliser que les collyres antibiotiques sans autres associations locales ou générales, mais alors il faudra surveiller de très près l'amélioration clinique ainsi que celle du tableau microscopique, pour reprendre immédiatement la thérapeutique associée, si la chose devient nécessaire.

L'amélioration est rapide, mais le traitement doit être prolongé pendant une quinzaine de jours.

La guérison est constante grâce aux antibiotiques et le pronostic est fonction de la précocité du diagnostic et de l'institution du traitement.

VII - PROPHYLAXIE :

L'ophtalmie purulente gonococcique a été une cause de cécité extrêmement importante jusqu'à l'utilisation de la méthode proposée par CREDE en 1880.

La méthode prophylactique de CREDE appliquée immédiatement à la naissance et rendue obligatoire par la loi a fait pratiquement disparaître cette maladie dans tous les pays où elle est appliquée .

il s'agit de pratiquer, dès les premières minutes de la naissance, une instillation dans les cul de sac conjonctivaux d'une goutte de collyre au nitrate d'argent à 1% fraîchement préparé . La méthode est donc très simple, mais nécessite d'abord un nettoyage soigneux de la peau des paupières avec une compresse stérile, eau et savon. L'instillation doit être faite très précocement, avant que l'enfant n'ait ouvert les yeux spontanément, classiquement avant même de couper le cordon ombilical.

L'existence de réactions inflammatoires au nitrate d'argent a amené de nombreux auteurs à repousser cette "ancienne" méthode, pour la remplacer par des instillations antibiotiques. Mais dès lors, apparaissent les problèmes de prolongation et de renouvellement pluri-quotidien des antibiotiques, de résistance, de posologie, de nature de l'antibiotique.

La méthode CREDE a donné de telles preuves de son efficacité réelle et de son innocuité qu'il paraît raisonnable d'en poursuivre l'emploi (d'ailleurs obligatoire en de nombreux pays).

Dans tous les cas où survient une conjonctivite purulente du nouveau-né, même et peut-être surtout dans les formes douteuses, discrètes, unilatérales, qu'on aurait tendance à négliger, il faut insister sur l'importance des précautions d'asepsie et d'isolement car l'affection est extrêmement contagieuse.

CHAPITRE VII : CONJONCTIVITE GONOCOCCIQUE CHEZ L'ADULTE ET CHEZ L'ENFANT

I – EPIDEMIOLOGIE.

II – CLINIQUE.

III – DIAGNOSTIC.

IV – EVOLUTION.

V – COMPLICATIONS.

VI – TRAITEMENT.

VII – PROPHYLAXIE.

I - EPIDEMIOLOGIE :

Il s'agit presque toujours chez l'adulte ou chez l'enfant d'une contamination accidentelle (mains souillées d'un malade atteint de blennorragie uréthrale ou vaginale, projection de pus blennorragique, linge, objets...)

L'affection est souvent unilatérale, alors que chez le nouveau-né contaminé au moment du passage dans la filière génitale maternelle, elle est le plus souvent bilatérale d'emblée.

Dans certaines régions à hygiène insuffisante, on peut assister à de véritables épidémies de conjonctivite gonococcique favorisées par la malpropreté, la cohabitation, la promiscuité et la misère. C'est ainsi que dans certains pays où il existe des épidémies saisonnières de conjonctivite aiguë, surtout à bacille de WEEKS ou tout autre germe, on voit, avec l'apparition de ces épidémies saisonnières, de véritables explosions de conjonctivites gonococciques épidémiques ne paraissant pas d'origine génitale. Il s'agit vraisemblablement d'une contamination de masse provoquée par les attouchements intempestifs de malades atteints de blennorragie et de conjonctivite aiguë saisonnière vivant en promiscuité avec le reste de la population. De tels sujets "installent" au niveau de leur yeux une conjonctivite gonococcique qui se transmet aussitôt à l'entourage atteint plus ou moins massivement de conjonctivite saisonnière. Il se produit alors de véritables épidémies explosives localisées, d'abord familiales, puis plus ou moins tendues à un village ou même à toute une région.

Il semble que l'influence saisonnière qui a été notée dans certains pays sur l'apparition de ces conjonctivites gonococciques épidémiques soit liée à l'influence saisonnière sur bacille de WEEKS plutôt que sur le *gonocoque* lui-même. La conjonctivite aiguë saisonnière à bacille de WEEKS dans ces régions est le véritable "pionnier" de la conjonctivite épidémique à *gonocoque*.

Dans le bassin méditerranéen, se sont les périodes de printemps et d'automne qui sont les plus favorables à l'éclosion de ces épidémies.

II - CLINIQUE :

Chez l'adulte et chez l'enfant, il est difficile de préciser la période de l'incubation de l'affection, en dehors de certains cas de contamination accidentelle. Certains faits cliniques à caractère véritablement expérimental, permettent d'affirmer que l'incubation, chez l'adulte, ne dépasse guère 48 heures.

C'est ainsi qu'un médecin qui, faisant un lavage uréthral à un blennorragique, reçut une projection de lavage dans l'œil ; 24 heures après il présentait une conjonctivite blennorragique. Dans un autre cas, une maman qui soignait son enfant âgé de 05 ans, atteint de blennorragie, par contamination domestique, à fait une conjonctivite gonococcique 48 heures après "incident de soins" analogue au précédent.

Dans la conjonctivite blennorragique de l'adulte, comme dans celle du nouveau-né, on retrouve les mêmes symptômes cliniques : gonflement et tuméfaction des paupières, rougeur et chémosis des conjonctives, sécrétions abondantes, jaunâtres ou plutôt jaune verdâtre, purulentes, ayant tendance à couler sur les joues.

Chez l'adulte et surtout chez l'enfant, le chémosis est quelquefois tellement important qu'il peut faire saillie par la fente palpébrale.

En même temps que ces signes, il existe toujours ici une douleur vive, une photophobie intense et un malaise général accentué.

On trouve presque constamment une adénopathie pré-auriculaire avec un ganglion petit, mobile et peu douloureux.

III - DIAGNOSTIC :

Chez l'adulte et l'enfant, le diagnostic mérite d'être envisagé d'une façon spéciale, surtout au début de la maladie.

Plusieurs types de conjonctivites (*pneumocoque, streptocoque...*) peuvent présenter une intensité suffisante pour prêter à confusion.

En dehors des cas où l'on peut rapporter d'une façon précise la contamination à une gonococcie, seul l'examen bactériologique permettra d'affirmer le diagnostic. Ce diagnostic reste difficile lorsqu'il y a des infections associées.

Chez les blennorragiques, en outre, un corps étranger ou la coïncidence d'une conjonctivite quelconque peut toujours faire craindre l'éclosion d'une gonococcie oculaire. Seul, l'examen de laboratoire permettra de préciser le diagnostic.

IV - EVOLUTION :

Lorsque l'affection de la maladie évolue vers la guérison, les symptômes cliniques s'amendent peu à peu, mais la muqueuse conjonctivale reste longtemps rouge, papuleuse et velvétique. Le biomicroscope permet de noter, pendant de nombreuses semaines une réaction papillaire intense au niveau de la conjonctive.

V - COMPLICATIONS :

Les complications cornéennes sont plus fréquentes chez l'adulte et chez l'enfant, que chez le nouveau-né ; cette fréquence constitue même la caractéristique la plus importante de la conjonctivite gonococcique de l'adulte .

Les ulcères de la cornée sont d'évolution rapide avec risque de perforation et de panophtalmie. On observe aussi des iritis et des irido-cyclites à hypopion .

les traitements modernes ont, certes, diminué la fréquence de ces formes graves, mais c'est surtout un problème de prophylaxie et d'hygiène, en particulier dans les contrées où les épidémies de conjonctivite saisonnière peuvent entraîner une très grande diffusion de la maladie (Egypte).

Les autres complications articulaires et cardiaques, sont d'autant plus fréquentes chez l'adulte que l'urétrite blennorragique est très souvent associée à la conjonctivite.

VI - TRAITEMENT :

Le traitement est le même que chez le nouveau-né ; seules, les doses d'antibiotiques et de sulfamides par voie générale sont à adapter à l'âge, au poids et à la tolérance du sujet.

VII - PROPHYLAXIE :

Celle-ci se résume à de simples soins hygiéniques. Tout sujet atteint de blennorragie uréthrale ou vaginale doit connaître les dangers qu'il fait courir à son appareil visuel s'il ne prend pas de précautions chaque fois qu'il aura souillé ses mains.

C'est ainsi l'hygiène corporelle individuelle qui mettra à l'abri des contaminations épidémiques.

CHAPITRE VIII : CONJONCTIVITE GONOCOCCIQUE METASTATIQUE (OU ENDOGÈNE)

I – EPIDEMIOLOGIE.

II – CLINIQUE.

III – COMPLICATIONS.

IV – ETIOLOGIE.

V – TRAITEMENT.

I - EPIDEMIOLOGIE :

Deux diagnostics s'imposent d'abord:

a) il peut se produire une contamination exogène discrète, et il existe des formes très légères de conjonctivites gonococciques.

b) il peut s'agir d'une irido-cyclite ou d'une uvéite plus ou moins accusée que l'examen biomicroscopique permet de différencier et qui constituent bien plus une atteinte du globe qu'une véritable conjonctivite endogène.

Il existe, cependant, une véritable conjonctivite endogène proprement dite ; elle survient, en général, chez des malades atteints d'infection susceptible de se disséminer par voie sanguine, telle que gonococcie, méningococcie... Elle peut apparaître, en général, en même temps que des manifestations articulaires, ce qui lui a valu le nom d'"ophtalmie rhumatismale" donné par FOURNIER qui, le premier, a séparé cette forme clinique de la conjonctivite blennorragique par contamination.

II - CLINIQUE :

Cette forme est caractérisée par l'apparition d'une rougeur plus ou moins intense de la muqueuse oculaire avec légère sécrétion conjonctivale et agglutination des paupières, surtout au réveil. Cette sécrétion n'est jamais importante, elle simule simplement un catarrhe conjonctival plus ou moins marqué et ne se renouvelle que lentement.

L'affection est généralement bilatérale et dans tous les cas les deux yeux, s'ils ne sont pas pris simultanément, sont atteints à quelques heures d'intervalle.

Les paupières sont peu gonflées, mais la rougeur de la muqueuse est telle, surtout au niveau du globe, que l'on croit être en présence d'une sclérite ou d'une affection intraoculaire.

Il faut souligner que lorsqu'il n'y a ni participation cornéenne, ni irienne, l'injection périkeratique proprement dite reste peu marquée, l'hyperhémie étant surtout intense dans le voisinage des cul de sac.

Les troubles fonctionnels sont généralement peu importants : photophobie légère, endolorissement plutôt que douleur...

Les signes généraux sont ceux des autres localisations lorsque celles-ci coexistent, car la conjonctivite métastatique est elle-même une complication d'une gonococcie uréthrale ou autre.

III - COMPLICATIONS :

Dans cette affection, les complications cornéennes sont rares et la maladie évolue en trois ou quatre semaines avec des alternatives de poussées et de remissions correspondant à celles des autres localisations.

IV - ETIOLOGIE :

On ne trouve que très rarement le *gonocoque* dans la conjonctivite métastatique blennorragique. MORAX, ainsi qu'AUST, ont établi qu'on peut, cependant, trouver le germe dans la sécrétion conjonctivale, le gonocoque pouvant exceptionnellement filtrer au travers de la muqueuse.

Il est possible que cette conjonctivite métastatique soit une inflammation causée par une toxine gonococcique, plutôt que par le *gonocoque* lui-même.

V - TRAITEMENT :

Le traitement, tant local que général, sera celui de l'ophtalmie gonococcique proprement dite.

CHAPITRE IX : CONJONCTIVITE PURULENTE A PNEUMOCOQUE

I – EPIDEMIOLOGIE.

II – CLINIQUE.

III – DIAGNOSTIC.

IV – ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

V – FORMES CLINIQUES.

a- Forme aiguë purulente..

b- Forme pseudomembraneuse.

c- Forme lacrymale des nouveaux-nés.

d- Forme catarrhale a œdème marqué.

VI – ETIOLOGIE.

VII – TRAITEMENT.

I - EPIDEMIOLOGIE :

Cette affection fait parti des conjonctivites purulentes a germes banals (*streptocoques, staphylocoques, méningocoques, micrococcus...*).

Ces germes microbiens ne présentent pas d'affinité particulière pour la conjonctive ; on les trouve, cependant, assez souvent dans les culs de sac conjonctivaux, mais a l'état de saprophytes non pathogènes. Leur virulence parait déclenchée par un concours de circonstances favorables, locales ou générales.

L'exaltation de la virulence de ces germes est parfois acquise sur une muqueuse de voisinage et, en particulier, la muqueuse nasale. Dans d'autre cas, et sans doute plus souvent, une modification de l'état de défense local en est la cause (altération du lysozyme, traumatisme). Une cause importante de l'exaltation de virulence de ces germes est souvent la diminution des réactions de défense de l'organisme par maladie intercurrente (rougeole, scarlatines broncho-pneumonie, grippe...).

Toutes ces modifications locales ou générales, peuvent être, elles-mêmes, favorisées par les conditions extérieures: climatiques, météorologiques, et autres. Ce sont ces phénomènes qui font souvent accuser le fameux "coup d'air" d'être la cause de ces conjonctivites.

II - CLINIQUE :

Le type clinique des conjonctivites aiguës purulentes est réalisé par la conjonctivite a *pneumocoque*. Le début en est généralement brusque par des sensations de corps étrangers, brûlures et photophobie ; parfois chez un sujet en parfaite santé, mais assez souvent au décours d'une affection des voies respiratoires.

L'atteinte est le plus souvent bilatérale, même lorsqu'elle débute par un seul oeil. Il existe une sécrétion assez abondante purulente franche ou muco-purulente, qui se reproduit rapidement après lavage, en formant des flocons baignant dans le cul de sac inférieur, plein de larmes.

Les paupières sont tuméfiées et rouges, et leur bord libre présente le plus souvent une légère infiltration, parfois de petites lésions ulcéreuses.

L'ensemble de la muqueuse oculaire est hyperhémicié, rouge violacé. La conjonctive bulbaire, plus ou moins injectée, peut présenter des suffisions sanguines, de fines pétéchies et un chémosis plus ou moins volumineux.

La muqueuse palpébrale est hyperplasiée et rouge avec quelques hémorragies (mais moins intenses que dans la conjonctivite a bacille de WEEKS).

Au biomicroscope, on peut mettre en évidence des papilles centrées par des bouquets de néo-capillaires, surtout après quelque jours d'évolution. On découvre souvent une adénopathie pré-auriculaire, peu importante, mais sensible à la palpation.

III - DIAGNOSTIC :

C'est l'examen microscopique de la sécrétion qui va permettre de préciser le diagnostic on montrant de nombreux polynucléaires, quelques cellules épithéliales et surtout le germe en cause.

IV - ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

LONDSGAARD a particulièrement étudié l'anatomie pathologique de cette affection ou l'on note une infiltration leucocytaire diffuse de toutes les couches de la muqueuse, avec œdème et exsudation fibrineuse. On trouve les *pneumocoques* aussi bien dans l'épithélium que dans le tissu sous conjonctival.

Il est intéressant de noter le caractère brutal et soudain du début de l'affection, et certains auteurs suggèrent, a ce propos, le rôle de l'allergie dans les déterminations infectieuses.

L'affection semble subir une influence saisonnière, l'affection étant le plus souvent survis dans les périodes froides.

V - FORMES CLINIQUES :

✓ La forme aiguë purulente :

C'est la plus fréquente ; elle est contagieuse assez souvent reconnue chez les enfants. Elle évolue très rapidement vers la guérison sous traitement, mais des complications peuvent survenir, surtout dans les formes tardivement traitées et chez les sujets débilisés. Il s'agit alors surtout de lésions cornéennes.

✓ La forme pseudomembraneuse :

Un exsudat mince, léger, superficiel, grisâtre peut, dans certains cas, recouvrir la conjonctive tarsienne. Cet exsudat se détache facilement, contrairement à celui de la conjonctivite diphtérique.

Il n'y a pas d'œdème, mais on trouve parfois une adénopathie légère.

Les complications cornéennes sont assez rares.

✓ La forme lacrymale des nouveau-nés :

Cette forme est généralement liée à une imperforation ou à un manque de perméabilité des voies lacrymales.

Le diagnostic différentiel doit être fait avec l'ophtalmie des nouveau-nés.

La sécrétion est abondante, jaunâtre, mais ce qui domine c'est un larmoiement intense. La pression au niveau de l'angle interne de l'œil fait refluer les larmes et même quelquefois un petit flocon de pus.

Il n'y a généralement ni œdème, ni chémosis.

La muqueuse palpébrale présente un aspect rouge et velouté caractéristique : "les yeux sont larmoyants et sales", selon l'expression employée par les mamans.

Il peut se produire quelquefois des complications cornéennes, mais le plus souvent cette forme évolue vers la guérison dès que les voies lacrymales deviennent suffisamment perméables, soit spontanément soit après intervention.

✓ La forme catarrhale a œdème marqué :

L'exsudation est minime, alors que l'œdème, peut être important, avec un chémosis de la conjonctive bulbaire pouvant atteindre même les cul de sac.

La sécrétion est peu abondante, avec agglutination des éléments microbiens (véritable culture agglutinée), alors que la réaction leucocytaire est extrêmement réduite, sinon nulle.

VI - ETIOLOGIE :

Le *pneumocoque* est le germe trouvé le plus fréquemment. Ce germe a été isolé et découvert par PASTEUR en 1881. C'est MORAX, dans sa thèse en 1894, qui a établi l'existence de la "conjonctivite a pneumocoque".

Le *pneumocoque* se trouve très fréquemment (40 à 70% des cas selon les statistiques) dans la flore conjonctivale normale et dans les fosses nasales, et toute modification de l'état de défense locale ou générale exaltant la virulence du germe, peut permettre l'apparition d'une conjonctivite purulente.

C'est un diplocoque Gram positif, lancéolé un flamme de bougie, isolé ou en courtes chaînettes et habituellement encapsulé (polysaccharide). Il se colore facilement par les colorants habituels. Il se cultive assez facilement, mais sur des milieux enrichis en aérobiose et en sucrobiose à 35 °.

Il existe de très nombreux types sérologiques de *pneumocoques*. Il est intéressant de noter que les anticorps anti-pneumococciques sont induit par les polysaccharides de la capsule et qu'ils sont spécifiques. Mais, malheureusement, il n'existe pas d'immunisation stable, ni durable.

Le *pneumocoque* ne provoque pas l'apparition de toxines. La maladie est due a l'invasion et a la multiplication du germe. L'inoculation expérimentale a la conjonctive humaine reproduisant la maladie a été faite en premier par GIFFORD .

VII - TRAITEMENT :

C'est le traitement de toutes les conjonctivites purulentes à pyogènes banals.

Dans la plus part des cas le traitement sera essentiellement local ; les soins d'hygiène locaux sont déjà souvent notablement efficaces. Il faut insister sur le nettoyage des paupières à l'eau et au savon et le lavage des croûtes et des sécrétions. L'essentiel consiste, cependant, en instillation de collyres.

Ce traitement ne doit commencer qu'après un prélèvement des secrétions purulentes pour examen bactériologique direct sur frottis, cultures et, si possible, antibiogramme. Le laboratoire fera ainsi une étude de la sensibilité du germe isolé aux sulfamides et antibiotiques.

Quoi qu'il en soit, le traitement est commencé sans attendre les résultats de cette enquête et, si c'est nécessaire, modifié ultérieurement pour que l'on utilise l'antibiotique adapté à la souche microbienne en cause.

Au début de l'évolution, les antiseptiques locaux (sulfate de zinc à 1%, nitrate d'argent à 1%, mercurochrome à 2%) et les sulfamides trouvent ici leur meilleure application.

Il faut insister sur la nécessité d'instillations fréquentes, 6 et même 8 fois par jour, pendant 4 à 5 jours pour obtenir rapidement un résultat satisfaisant.

Les antibiotiques sont très souvent utilisés ; il est cependant, préférable d'attendre l'identification du germe en cause et d'employer un antibiotique exactement adapté.

Le traitement oculaire proprement dit, doit toujours être associé à une désinfection des voies aériennes supérieures, des fosses nasales et des voies lacrymales, dont il est utile de vérifier la perméabilité avec une solution anti-infectieuse.

En cas de complications cornéennes ou lorsque l'état général est déficient, il faut associer au traitement local, d'une part, une sulfamidothérapie ou une antibiothérapie générale et, d'autre part, tous d'autres modificateurs du terrain.

CHAPITRE X : CONJONCTIVITE PURULENTE A STREPTOCOQUE

I – CLINIQUE – FORMES CLINIQUES.

- ✓ La forme aiguë purulente.
- ✓ La forme grave pseudomembraneuse.
- ✓ La forme lacrymale de l'adulte.

II – ETIOLOGIE.

III – TRAITEMENT.

I - CLINIQUE - FORMES CLINIQUES :

Cette affection présente trois formes cliniques distinctes :

✓ La forme aiguë purulente classique :

avec début brutal, sécrétions purulentes et risque de complications cornéennes.

✓ La forme grave pseudomembraneuse :

Retrouvée le plus souvent chez des enfants et fréquemment au décours de fièvres éruptives, scarlatine ou rougeole. Il s'agit d'enfants dans l'état général est déficient, pouvant présenter des lésions impétigineuses ou érysipélateuses de la face.

L'affection est le plus souvent bilatérale. les paupières sont tuméfiées, rouges et violacées, avec un œdème dur. Il existe presque toujours des lésions ulcéreuses de bords libres avec des croûtes brunâtres saignant lorsque 'on tente de les nettoyer.

La muqueuse conjonctivale palpébrale et bulbaire est fortement hyperémiée avec un chémosis plus ou moins marqué.

Les sécrétions purulentes sont abondantes et, surtout, il existe un véritable exsudat pseudomembraneux, grisâtre, qui recouvre la conjonctive tarsienne et parfois les cul de sac et la muqueuse bulbaire, évoquant une conjonctivite à fausses membranes. Mais cet exsudat se détache facilement, formant un magma pulpeux, et ne constitue pas une fausse membrane dans le sens du mot. C'est un exsudat fibrineux, coagulé, pénétrant l'épithélium et les tissus sous épithéliaux.

Une adénopathie satellite douloureuse, existe dans la plus part des cas.

L'état générale est altéré, avec fièvre à 39 à 40°.

Les complications locales graves par infiltration et atteinte de la cornée sont fréquentes : ulcères à hypopion évoluant rapidement vers la perforation et la panophtalmie. Des complications générales septicémiques peuvent survenir, surtout dans les formes graves de l'enfant.

✓ La forme lacrymale de l'adulte :

Bien étudiée par PARINAUD, MORAX et GUENOD, il s'agit souvent de sujets atteints d'infection naso-pharyngée chronique évoluant par poussées. La conjonctivite est secondaire à l'infection streptococcique des voies lacrymales avec tuméfaction palpébrale et sécrétions peu intenses, parfois une adénopathie satellite douloureuse, pré-auriculaire, et quelques signes généraux.

Parfois des réactions iriennes seraient dues, pour certains auteurs, à l'action d'une toxine streptococcique (BARDELLI).

Des complications cornéennes et même des complications septicémiques peuvent s'observer dans les formes négligées.

II - ETIOLOGIE :

Il existe de nombreuses races de streptocoque ayant parfois des caractéristiques biologiques différentes. On distingue ainsi le *streptocoque alpha* ou *viridans* ; le *streptocoque bêta* ou le *streptocoque hémolytique* (ou *streptocoque pyogène*) et le

streptocoque gamma ou *non hémolytique*. On peut aussi classer les *streptocoques* selon les types sérologiques (classification de LANCEFIELD).

Le *streptocoque*, découvert en 1879, par PASTEUR, à l'aspect microscopique en chapelet de grains. C'est un coccus à pole légèrement aplati, se présentant soit isolé, soit en chaînette plus ou moins longue.

Il est immobile, non sporulé, et mesure 0.5 à 1 μ de diamètre. Coloré par les agents basiques, il montre un petit espace clair, linéaire, central, donnant à ces chaînettes l'aspect de perles enfilées à la queue-leu-leu.

C'est un germe Gram positif.

Il peut quelquefois être entouré d'une capsule.

Le *streptocoque* est aérobic et pousse entre 20 et 42° dans des milieux à pH 7.2 contenant des facteurs de croissance (sérosité, sang...)

Il élabore plusieurs substances pathogènes, toxines et enzymes : la streptokinase et la streptodornase ou désoxyribonucléase ; une hyaluronidase qui est responsable de la diffusion et l'extension des infections streptococciques ; il existe aussi des hémolysines, streptolysines et plusieurs autres toxines.

III - TRAITEMENT :

C'est le traitement de toutes les conjonctivites purulentes a pyogènes banals.

CHAPITRE XI : CONJONCTIVITE PURULENTE A STAPHYLOCOQUE

I – FORME AIGUE PURULENTE.

II – FORME SUBAIGUE CHRONIQUE.

III – ETIOLOGIE.

IV – TRAITEMENT.

I - FORME AIGUE PURULENTE :

Elle s'observe habituellement chez l'enfant et est assez caractéristique : début brutal, prédominance de l'hyperémie dans le cul de sac conjonctival inférieur, sécrétions purulentes assez épaisses, mais modérées, adénopathie pré-auriculaire peu accusée.

L'affection est habituellement bilatérale, d'évolution d'abord aiguë, elle passe à la chronicité avec apparition de complications cornéennes si elle n'est pas traitée. On peut aussi observer des conjunctivites purulentes aiguës du nouveau-né, à *staphylocoque*.

MICHAEL a décrit une forme d'aspect assez particulier : c'est une inflammation caractérisée par une infiltration diffuse de la muqueuse, avec de petits abcès staphylococciques donnant l'impression de petits nodules gris et superficiels au niveau des conjonctives palpébrales. Cette forme est presque toujours accompagnée d'une adénopathie légère et non suppurée ; son évolution est rapide et bénigne.

La conjunctivite à staphylocoque peut aussi présenter une forme pseudo-membraneuse discrète.

Il faut noter, que l'on observe souvent chez les enfants des formes folliculaires prédominant au cul de sac inférieur ; les examens bactériologiques mettront en évidence le *staphylocoque*.

II - FORME SUBAIGUE CHRONIQUE :

Elle se voit surtout chez l'adulte. Elle vient compliquer une blépharite ou d'autres manifestations staphylococciques locales (orgelets, rhinites surtout) ou générales (affections cutanées, furonculose).

III - ETIOLOGIE :

Le *staphylocoque* est, en effet, un saprophyte de la muqueuse oculaire, comme l'a autrefois montré GUENOD ; il ne devient virulent pour la conjonctive qu'à la suite de certaines circonstances endogènes ou exogènes.

Le *staphylocoque* a été découvert par PASTEUR en 1880. C'est un coccus de 1 μ de diamètre, quelquefois en diplocoque, mais le plus généralement en amas (grappe de raisins). Il prend facilement les colorants usuels ; il est Gram positif. Il se cultive en aérobie ou anaérobie facultatif, à la température optimum de 37°.

Il est doué de fonctions pigmentaires (doré, bleu et même rouge) que l'on peut modifier par certains facteurs ajoutés aux cultures. Sa vitalité est assez longue dans les lésions et produits organiques ; la chaleur le détruit en une heure à 54°. Son pouvoir toxique et pyogène est variable.

On distingue habituellement trois types de *staphylocoques* : doré, blanc et citrin. Le premier est presque toujours pathogène, mais les deux autres variétés peuvent aussi être douées de propriétés pathogènes. Pour préciser ce pouvoir, il faut avoir recours à des tests spéciaux : fermentation du mannitol, liquéfaction de la gélatine et surtout production de coagulase.

IV - TRAITEMENT :

C'est la traitement de toutes les conjonctivites purulentes a pyogènes banals.

CHAPITRE XII : CONJONCTIVITE PURULENTE A MENINGOCOQUE

I – CLINIQUE.

II – COMPLICATIONS.

III – ETIOLOGIE.

IV – TRAITEMENT.

I - CLINIQUE :

C'est une affection rare qui se rencontre le plus souvent chez l'enfant. Ses formes cliniques sont variables et ne se différencient cliniquement pas des autres conjonctivites purulentes.

Certaines de ses formes, les plus graves, présentent le type pseudomembraneux, ou les caractères des conjonctivites métastatiques avec infiltration diffuse de la muqueuse sans sécrétion.

La conjonctivite à *méningocoque* survient le plus souvent chez des sujets déjà profondément atteints par une méningite ou une autre affection sérieuse.

II - COMPLICATIONS :

Les complications cornéennes sont assez fréquentes et graves.

III - ETIOLOGIE :

Le *méningocoque* ou *diplococcus intracellularis meningitidis* se présente le plus souvent en diplocoques parfois encapsulés. Il prend facilement les colorants usuels et se rencontre très souvent sous forme d'un bactérium court à coloration bipolaire avec un espace central clair qui lui donne l'aspect du diplocoque. Il est Gram négatif.

Le plus souvent intracellulaire, il est trouvé parfois à l'état libre. Ses cultures sont difficiles et il lui faut des facteurs de croissance (sérum, œuf, amidon...).

Il fermente le glucose et le maltose, mais non le lévulose.

C'est un microbe fragile dont la vitalité in vitro à l'étude ne dépasse guère un mois. Il est très toxique et virulent in vivo. On a pu déterminer plusieurs souches (**A, B, C, D**) qui présentent chacune certaines caractéristiques par la provocation d'anticorps spécifiques.

IV - TRAITEMENT :

C'est le traitement de toutes les conjonctivites purulentes à pyogènes banals.

CHAPITRE XIII : CONJONCTIVITE PURULENTE A MICROCOCCUS CATARRHALIS

I – CLINIQUE.

II – ETIOLOGIE.

III – TRAITEMENT.

I - CLINIQUE :

C'est une affection rare dont quelques observations ont été rapportées par MORAX, HAMBURGER, NASTRI, NACI BENGISSU...

Elle se traduit par une inflammation modérée de la muqueuse conjonctivale avec des signes réactionnels peu marqués et une sécrétion muco-purulente peu abondante. Elle ne donne pas de complications cornéennes.

Les symptômes subjectifs sont peu intenses, mais les malades accusent une légère douleur qui cède dès l'institution du traitement.

II - ETIOLOGIE :

L'examen bactériologique révèle la présence d'un diplocoque en grain de café, Gram négatif, ayant les caractères morphologiques de *gonocoque* et ne se s'en différenciant que par certains caractères cultureux (isolement facile sur gélose peptonée et absence de pouvoir fermentatif sur les sucres).

III - TRAITEMENT :

C'est le traitement de toutes les conjonctivites purulentes à pyogènes banals.

CHAPITRE XIV : CONJONCTIVITE PSEUDO-MEMBRANEUSE DIPHTERIQUE

I – EPIDEMIOLOGIE.

II – CLINIQUE.

III – BIOMICROSCOPIE.

IV – ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

V – EVOLUTION.

VI – COMPLICATIONS.

a- Complications cornéennes.

b- Complications oculaires locales.

c- Autres complications.

VII – FORMES CLINIQUES.

✓ **Forme catarrhale.**

✓ **Forme grave.**

✓ **Forme ligneuse.**

VIII – DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.

IX – TRAITEMENT.

X – PROPHYLAXIE.

I - EPIDEMIOLOGIE :

Cette affection est une conjonctivite à fausses membranes. Maladie très grave autrefois, son pronostic a été nettement transformé par la sérothérapie.

Elle est devenue assez rare dans les pays à vaccination antidiphthérique obligatoire systématique, mais reste une entité morbide fréquente et grave dans de très nombreux pays.

II - CLINIQUE :

Il s'agit le plus souvent d'un enfant en bas âge dont les paupières sont oedématisées, tuméfiées, légèrement violacées et collées par une sécrétion cependant peu abondante. Il est souvent difficile d'écarter ces paupières pour voir la conjonctive bulbaire fortement injectée, présentant un chémosis généralement important. Oedème et chémosis rendent difficile l'éversion des paupières pour l'examen de la conjonctive.

La conjonctive palpébrale présente un aspect blafard, livide, dû à un exsudat blanchâtre plus ou moins continu, formant une fausse membrane qui recouvre la muqueuse. Cette formation exsudative présente toutes les caractéristiques de la fausse membrane diphthérique typique, cohérente, adhérente, laissant sous elle, lorsqu'on la détache, une ulcération sanguinolente et ne se dissociant pas dans l'eau.

La cornée n'est généralement pas atteinte dans les formes moyennes. Les lésions cornéennes, relativement peu fréquentes, ne surviennent en général que tardivement.

Il existe le plus souvent une adénoopathie pré-auriculaire et sous maxillaire importante et douloureuse.

Les signes subjectifs sont assez intenses, à type de photophobie marquée et phénomènes douloureux.

Dans cette conjonctivite, même lorsque nez et gorge ne semblent pas touchés, l'état général est atteint de façon plus ou moins profonde par l'intoxication : asthénie, pâleur, respiration et pouls accélérés sont assez manifestes. La température est peu élevée.

L'affection est le plus souvent bilatérale, rarement unilatérale.

III - BIOMICROSCOPIE :

Elle met en évidence, au travers du voile formé par la pseudomembrane, une néo-vascularisation anarchique avec suffusions sanguines plus ou moins abondantes.

IV - ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

L'examen anatomo-pathologique de la muqueuse oculaire montre une congestion vasculaire avec une infiltration leucocytaire marquée, tant en surface qu'en profondeur.

De son côté, la cornée présente souvent une desquamation épithéliale avec aussi une infiltration leucocytaire et, plus rarement, une nécrose des lames cornéennes et des cellules fixes de la cornée.

V - EVOLUTION :

Son évolution est presque toujours bénigne. Elle se fait vers la guérison en 10 à 15 jours sous l'influence de la sérothérapie.

VI - COMPLICATIONS :

a- Complications cornéennes :

Elles sont dues, soit au bacille diphtérique, soit à une infection surajoutée (surtout streptococcique ou pneumococcique).

Au début, les lésions de la cornée dues au bacille ou à sa toxine sont assez caractéristiques, elles sont généralement tardives et périphériques. C'est une infiltration d'abord sous-épithéliale localisée, qui s'ulcère en absence de traitement spécifique entrepris à temps.

Ces lésions peuvent s'infecter secondairement et donner lieu à d'autres complications d'autant plus graves que les défenses de l'organisme sont déjà diminuées par la toxine. Il se produit alors un ulcère à hypopion, évoluant plus ou moins vite vers la perforation, qui peut survenir en 24 à 48 heures, aboutissant à la perte de l'œil.

Une nécrose cornéenne peut s'observer dans certaines formes graves. Dans ces cas, la cornée est détruite dans toute son épaisseur en partie ou en totalité. Le pronostic en est très sombre, car l'élimination du cristallin et l'infection secondaire surajoutée entraînent la perte complète et définitive de l'œil.

b- Complications oculaires locales :

Ce sont des complications moins fréquentes, on observe surtout des brides cicatricielles, atrophie des culs de sac, symblépharon ; plus rarement xérosis.

c- Autres complications :

La conjonctivite diphtérique peut donner lieu à toutes les complications toxiques de la diphtérie, formant un tableau clinique aisé à reconnaître : angine, adénopathies, croup, paralysie, troubles cardiaques et respiratoires.

VII - FORMES CLINIQUES :

On trouve :

- ✓ La forme catarrhale, qui est bénigne.
Les sécrétions sont plus abondantes, glaireuses et filamenteuses.
Pas de fausses membranes.
- ✓ La forme grave, qui est rare.

Hyperhémie conjonctivale avec chémosis.

Les sécrétions sont purulentes.

Les fausses membranes qui tapissent la conjonctive palpébrale et les cils de sac, sont franchement grises, très adhérentes.

La cornée présente des lésions graves, avec nécrose, évoluant vers la perforation.

Des adénopathies pré-auriculaires et sous-maxillaires, douloureuses, non mobiles.

- ✓ La forme ligneuse, qui est généralement grave et fatale par ses complications.

Les fausses membranes sont associées à des tumeurs dures, aplaties.

Atteint souvent les fillettes de 2 à 10 ans.

VIII - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

Le diagnostic différentiel se pose surtout avec certaines formes de conjonctivites : de WEEKS, à gonocoques, à pneumocoques et à streptocoques, qui donnent quelques fois des formations ressemblants cliniquement aux fausses membranes diphtériques.

Il faut penser aussi à l'association fréquente du bacille de LOFFLER, avec d'autres germes.

N.B : Dans les cas douteux, et en attendant la réponse du laboratoire, il faut toujours instaurer une sérothérapie spécifique.

IX - TRAITEMENT :

Le traitement de la conjonctivite diphtérique relève surtout et presque exclusivement de la sérothérapie antidiphtérique.

Les doses de sérum sont variables selon l'âge et le poids du sujet. Il ne faut pas hésiter à employer des doses suffisantes (10 000 unités par jour) jusqu'à guérison complète. Il faut prendre, évidemment, toutes les précautions d'usage applicables à l'occasion de toute sérothérapie : méthode de BESREDKA, association de vitamine C, de calcium ou d'antihistaminiques. Il est conseillé aussi d'ajouter la vitamine B1, B6 et B12 pour aider à prévenir les complications d'ordre nerveux.

Il est prudent cependant d'y associer des antibiotiques (pénicillinothérapie surtout), qui accélèrent la guérison et améliorent les résultats par leur action sur les infections secondaires ou associées.

Il est utile aussi d'instituer, en même temps que le traitement général, un traitement local, léger, en se gardant bien d'employer des collyres irritants ou caustiques. Il faut surtout employer localement des collyres antibiotiques (auréomycine, terramycine, streptomycine) ou des antiseptiques doux (argyrol, mercurochrome).

En cas de complications cornéennes, il faut associer au traitement les thérapeutiques nécessitées par la cornée (vitamine A...).

X - PROPHYLAXIE :

C'est la prophylaxie de la diphtérie elle-même : dépistage, vaccination et sérothérapie...

Cette prophylaxie a permis, d'ailleurs, de réduire la diphtérie oculaire, qui tend à devenir de plus en plus rare.

L'isolement du malade doit toujours être immédiatement appliqué dès qu'un cas de conjonctivite diphtérique est observé.

CHAPITRE XV : CONJONCTIVITES BACTERIENNES SPECIFIQUES (CONJONCTIVITES ET MALADIES BACTÉRIENNES)

I – TUBERCULOSE DE CONJONCTIVE.

1 – CLINIQUE.

A – TUBERCULOSE CONJONCTIVALE PRIMAIRE OU DE PRIMOINFECTION.

- Ulcération.
- Adénopathie.
- Evolution.

B – TUBERCULOSE CONJONCTIVALE SECODAIRE.

- Forme ulcéreuse.
- Forme végétante.
- Biomicroscopie.

C – CONJONCTIVITE PHLYCTENULAIRE.

2 – DIAGNOSTIC POSITIF.

- ✓ Recherche du BK au niveau de la lésion.
- ✓ Inoculations expérimentales aux animaux de laboratoire.
- ✓ Recherches biologiques et sérologiques.
- ✓ Examens radiologiques.

3 – ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

4 – PRONOSTIC.

5 – TRAITEMENT.

- Traitement local.
- Traitement général.

II – SYPHILIS DE LA CONJONCTIVE.

1 – CLINIQUE.

A – CHANCRE SYPHILITIQUE DE LA CONJONCTIVE.

B – LESIONS SYPHILITIQUES SECONDAIRES DE LA CONJONCTIVE.

B.1 – Conjonctivite syphilitique simple.

B.2 – Plaques muqueuses.

B.3 – Syphilis conjonctivale pseudo-granuleuse.

C – LESIONS SYPHILITIQUES TARDIVES DE LA CONJONCTIVE..

2 – DIAGNOSTIC POSITIF.

- ✓ La constatation du *Treponema pallidum*.
- ✓ Les réactions sérologiques.

3 – TRAITEMENT.

III – LEPRE CONJONCTIVALE.

1 – CLINIQUE.

2 – ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

3 – EVOLUTION.

4 – ETIOLOGIE.

5 – TRAITEMENT.

- Traitement local.
- Traitement général.

IV – MORVE CONJONCTIVALE.

1 – EPIDEMIOLOGIE.

2 – CLINIQUE.

3 – EVOLUTION – COMPLICATIONS.

4 – DIAGNOSTIC POSITIF.

- ✓ La séro-agglutination.
- ✓ La réaction à la malléine.
- ✓ La réaction de fixation du complément.

5 – ETIOLOGIE.

6 – TRAITEMENT.

- Traitement local.
- Traitement général.

V – CHANCRE MOU DE LA CONJONCTIVE.

1 – CLINIQUE.

2 – EVOLUTION – COMPLICATIONS.

3 – ETIOLOGIE.

4 – TRAITEMENT.

- **Traitement local.**
- **Traitement général.**

I - TUBERCULOSE DE LA CONJONCTIVE :

I - CLINIQUE :

Le tableau clinique réalisé par la tuberculose conjonctivale est variable, assez large et dépend de la forme clinique rencontrée.

A - TUBERCULOSE CONJONCTIVALE PRIMAIRE OU DE PRIMO-INFECTION :

La primo-infection tuberculeuse de la conjonctive est rare. Elle constitue un complexe primaire conjunctivo-pré-tragien : l'ulcération conjonctivale et une adénopathie volumineuse, caractérisent cette primo-infection de la muqueuse oculaire.

- **L'ulcération (chancre tuberculeux) :**

L'incubation est de 15 jours à 6 semaines.

Le début de l'affection se manifeste par une sensation de corps étranger, avec gonflement de la paupière et rougeur de la conjonctive.

Une ulcération irrégulière à bords surélevées et déchiquetées, formant un léger bourrelet, apparaît au niveau de la conjonctive le plus souvent palpébrale, soit inférieure, soit supérieure. Le fond de l'ulcération est irrégulièrement grisâtre, parsemé de tout petits nodules jaunâtres et de points rouges.

L'œdème de la paupière et le chémosis entourant l'ulcération s'étendent en profondeur.

La lésion, peu douloureuse, est généralement unique.

- **L'adénopathie :**

Elle affecte le ganglion prétragien ; elle peut précéder, et en tout cas, elle accompagne l'ulcération de la conjonctive. Le ganglion intéressé, quoique hypertrophié, reste peu volumineux, mais l'empatement péri-ganglionnaire est important, provoquant une véritable tuméfaction en avant de l'oreille. La peau à ce niveau devient rouge et la palpation révèle, en même temps que l'indolence de la lésion, la consistance du ganglion, qui peut se ramollir, devenir caséeux et s'ulcérer.

- **Evolution :**

L'état général reste bon, il est assez rarement atteint. La température reste le plus souvent normale ; quelques fois cependant une fièvre légère peut se manifester.

L'ulcération va persister pendant plusieurs mois. La guérison peut survenir progressivement. Mais quelques fois la lésion gagne en profondeur et vient s'ouvrir à la peau, déterminant un trajet fistuleux à travers de toute la paupière.

De son côté, le ganglion se ramollit et s'ulcère fréquemment, donnant issue à un pus jaunâtre et grumeleux caractéristique, puis tarit à la longue pour tendre à la cicatrisation.

Souvent, le champs ganglionnaire voisin sous-angulo-maxillaire est infiltré.

B - TUBERCULOSE CONJONCTIVALE SECONDAIRE :

- **Forme ulcéreuse :**

Il existe des ulcérations tuberculeuses de la conjonctive, qui se manifestent chez des sujets déjà tuberculisés de façon apparente ou latente. Il ne s'agit plus ici de primo-infection, mais de manifestation de tuberculose conjonctivale secondaire.

Les ulcérations sont le plus souvent multiples et associées à des petits saillies de la muqueuse plus ou moins volumineuses et granuleuses. L'intensité de ces lésions associées, peut donner les formes ulcéro-végétantes de la tuberculose conjonctivale.

L'adénopathie pré-auriculaire existe dans la tuberculose secondaire de la conjonctive, mais l'adénite est moins importante que dans la primo-infection ; elle a moins tendance à se ramollir et à s'ulcérer, se résorbant le plus souvent avec la guérison des lésions.

Chez certains tuberculeux graves, on peut voir apparaître sur la conjonctive un plus ou moins grand nombre de granulations, qui s'ulcèrent et fusionnent, donnant naissance à une ulcération étendue, à bords déchiquetés, à fond recouvert d'un produit prenant souvent l'aspect d'une fausse membrane. Dans ces cas, l'épaississement de la paupière est généralement peu important et il n'y a pas d'adénopathie.

- **Forme végétante :**

Elle s'observe le plus souvent chez des sujets jeunes déjà tuberculisés.

L'épaississement de la paupière est généralement apparent, diminuant plus ou moins fortement la fente palpébrale ; c'est souvent ce qui amène le malade à consulter.

Les réactions inflammatoires sont peu marquées.

La muqueuse présente, surtout au niveau du cul de sac et de la conjonctive tarsienne, des saillies irrégulières et inégales, véritables néoformations souvent polyploïdes, serrées les unes contre les autres. On note fréquemment entre ces végétations des ulcérations petites et plus ou moins nombreuses. Certaines de ces végétations peuvent atteindre un développement considérable et former de véritables polypes.

Il existe toujours une adénopathie pré-auriculaire assez marquée.

Le diagnostic de ces formes est généralement facile. Elles ne seront confondues ni avec la conjonctivite printanière, dont le pavage est régulier, ni avec le trachome, dans lequel follicules translucides et papilles charnues n'atteignent jamais le volume des néoformations tuberculeuses.

- **Biomicroscopie :**

Le biomicroscope fait ressortir le polymorphisme des lésions tuberculeuses secondaires de la conjonctive.

Il fait ainsi ressortir l'aspect grumeleux de certains follicules et montre que les tubercules peuvent être formés par l'agglomération de plusieurs follicules ou nodules. Cet examen fait aussi ressortir l'existence de petits tuberculomes dus à la

fusion de plusieurs tubercules. Il existe ici des papilles plus ou moins exubérantes, qui forment parfois de véritables champignons polyploïdes.

Le biomicroscope montre aussi, plus nettement, l'aspect nécrotique de certaines lésions de la conjonctive.

Le follicule de la tuberculose conjonctivale est généralement plus volumineux et plus opalescent que celui du trachome. Il présente une vascularisation beaucoup plus intense et souvent une dépression centrale ombiliquée

Les papilles dans la tuberculose peuvent atteindre un développement considérable. Certaines deviennent géantes, s'étalent et recouvrent plus ou moins la muqueuse. Leur vascularisation est intense et l'on peut noter soit à leur niveau, soit entre elles, des zones nécrotiques punctiformes ou en plages.

C - CONJONCTIVITE PHLYCTENULAIRE :

Il s'agit plutôt d'une kérato-conjonctivite.

2 - DIAGNOSTIC POSITIF :

La preuve d'une tuberculose conjonctivale est basée sur les constatations cliniques, complétées par différents procédés :

✓ **Recherche du BK (*Mycobacterium tuberculosis*) au niveau de la lésion :**

Il est rare que ce bacille soit découvert à l'examen direct des prélèvements effectués au niveau de ces lésions. Le plus souvent, il est révélé dans les cultures mises en train ou dans les inoculations expérimentales effectuées à partir de ces prélèvements.

Le bacille de KOCH, découvert en 1882, a 2 ou 3 μ de long sur 0.3 μ de large. Il est immobile, acido-résistant, se colore facilement par le ZIEHL-NIELSON. Différents procédés de coloration montrent l'existence de granulations intra-bacillaires.

Le bacille de KOCH est aérobique ; il se cultive entre 30 et 40° dans les milieux présentant un PH variant entre 7.2 et 7.5. Les cultures se développent lentement, en 12 à 30 jours.

Le bacille de KOCH, quoique très résistant, est sensible aux rayons solaires.

✓ **Inoculations expérimentales aux animaux de laboratoire :**

Le produit pathologique est inoculé par voie sous cutanée à la région ombilicale ou à la face interne de la cuisse.

L'inoculation du BK reproduit chez l'animal la maladie expérimentale : adénopathies plus ou moins généralisées, granulations du foie, des poumons, de la rate et du péritoine...en un temps variable.

✓ **Recherches biologiques et sérologiques :**

Cuti-réaction, réaction de Vernes-résorcine, hémogramme, vitesse de sédimentation...

✓ **Examens radiologiques.**

3 - ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

L'examen anatomo-pathologique révèle les réactions habituelles des muqueuses au bacille de KOCH : réactions inflammatoires, infiltration lymphoïde, présence de cellules géantes.

Il n'y a aucune caractéristique particulière à la conjonctive.

4 - PRONOSTIC :

Le pronostic de la tuberculose conjonctivale est très variable. Qu'il s'agisse de lésions de primo-infection ou de formes secondaires, le pronostic est généralement bénin. Il n'est pas moins vrai qu'elles indiquent une tuberculisation du sujet, dont on ne sait quel sera le pronostic ultérieur.

Le pronostic local, de son côté, est lui aussi généralement bénin, mais toutefois réservé à cause de la ténacité et de l'évolution lente des lésions, qui peuvent atteindre la cornée et entraîner la diminution ou la perte de la vision.

Les formes de tuberculose conjonctivale chez les tuberculeux anergiques, comportent un pronostic local et général très grave, contrairement à celui des formes précédentes.

5 - TRAITEMENT :

• **Traitement local :**

Le plus souvent, il doit être réduit au minimum : collyre antiseptique léger, collyre à la streptomycine...

Cependant dans les formes végétante, exubérantes, il sera bon d'avoir recours à la galvano-cautérisation prudente.

• **Traitement général :**

Il prime dans tout traitement de tuberculose conjonctivale, comme dans celui de toute autre forme de tuberculose : repos, grand air, altitude, héliothérapie, exaltation des moyens de défense de l'organisme, sont des règles générales qu'il ne faut pas négliger, même à l'heure actuelle.

La streptomycine, le **P.A.S** et l'**I.N.H** utilisés dans le schéma international de lutte contre la tuberculose, ont été un progrès immense.

La tuberculinothérapie, autrefois très employée, les antigènes anti-tuberculeux, la chrysothérapie, ont montré souvent une action efficace dans les tuberculoses conjonctivales.

II - SYPHILIS DE LA CONJONCTIVE

I - CLINIQUE :

Les manifestations syphilitiques de la conjonctive sont rares. Elles peuvent être constituées soit par l'accident initial, soit par des lésions secondaires ou plus tardives de la maladie.

A - CHANCRE SYPHILITIQUE DE LA CONJONCTIVE :

C'est l'un des plus rares parmi les chancres extra-génitaux. Ce chancre siège le plus souvent au niveau du cul de sac ou de l'angle interne. Il peut néanmoins se trouver sur tout autre point de la muqueuse, tant palpébrale que bulbaire. Contrairement à celui de la paupière, le chancre de la conjonctive est rarement dû à un contact vénérien.

On le voit quelquefois survenir à la suite d'extraction de corps étrangers, soit au moyen de linge ou de coton imbibé de salive, soit par la pratique du massage lingual, encore en usage dans les compagnes.

Assez souvent, le chancre de la conjonctive peut être d'origine professionnelle, surtout chez les médecins.

Le début se signale par un léger gonflement de la paupière avec suintement muco-purulent plus ou moins accusé. La paupière étant retournée, la conjonctive, hyperhémisée, présente en un point, une petite érosion, arrondie, à fond lisse et souvent masquée par la sécrétion. Cette lésion présente un minimum d'induration à sa base, ce qui rend souvent son diagnostic clinique difficile.

L'adénopathie est toujours caractéristique. Non douloureux, le ganglion prétragien est volumineux, consistant, sans péri-adenite marquée ; le deuxième relais ganglionnaire sous-angulo-maxillaire est constitué par une chaîne de ganglions plus petits.

Comme les autres chancres, celui de la conjonctive se résorbe en quelques semaines en laissant des traces peu visibles.

Dans la pratique, il est très souvent méconnu, et son diagnostic clinique assez difficile, si l'on ne pense pas à cette éventualité.

Le diagnostic différentiel se fait avec toute autre ulcération conjonctivale (herpes, diphtérie, épithélioma...).

B - LÉSIONS SYPHILITQUES SECONDAIRES DE LA CONJONCTIVE :

Se présentent sous trois formes :

B.1 - Conjonctivite syphilitique simple (type catarrhale) :

La muqueuse est rouge, lisse ; la sécrétion, très modérée et l'affection généralement bilatérale. Le diagnostic en est très difficile et se fait surtout par exclusion et par l'anamnèse.

C'est une manifestation bénigne, qui guérit sans laisser de traces.

B.2 - Plaques muqueuses :

Au niveau de la conjonctive, les plaques de la syphilis secondaire présentent le même aspect que sur les autres muqueuses. Ce sont le plus souvent des syphilides papulo-érosives, petits éléments arrondis de 3 à 5mm de diamètre, qui parsèment la conjonctive.

Ces plaques sont souvent à cheval sur le bord libre, d'où elles semblent déborder quelquefois sur le rebord palpébral cutané.

On peut voir, rarement, des manifestations papuleuses au niveau des différentes régions de la conjonctive. Elles forment des mamelons légèrement saillants et sont mobiles avec la conjonctive, dont elles font partie. Elles provoquent peu de gêne, un léger larmolement et coexistent généralement avec d'autres localisations du même genre.

Le diagnostic de toutes ces lésions est facile lorsqu'on connaît l'existence de la syphilis, sinon on peut les confondre avec toutes les éruptions de la muqueuse conjonctivale.

B.3 - Syphilis conjonctivale pseudo-granuleuse :

La conjonctive tarsienne est épaissie, de coloration pâle. Des éléments de coloration jaunâtre parsèment les culs de sac. La conjonctive bulbaire est également hyperhémisée et infiltrée. Cette forme se voit dans les périodes tertiaires de la maladie vénérienne.

A la biomicroscopie, les granulations de cette affection sont constituées par des papilles et non par des follicules.

Cette forme de conjonctivite syphilitique peut quelquefois ressembler au trachome. Elle peut en tout cas lui être souvent associée dans les pays à endémie trachomateuse. C'est ainsi que l'on peut voir disparaître les éléments syphilitiques sous l'influence du traitement spécifique, alors que les éléments trachomateux persistent tant que l'on n'aura pas mis en œuvre la thérapeutique indiquée.

C- LESIONS SYPHILITIQUES TARDIVES DE LA CONJONCTIVE :

Il s'agit essentiellement des GOMMES de la conjonctive. Ces lésions ne sont pas, à proprement parler, conjonctivales, car elles prennent à vrai dire naissance dans le tissu profond sous muqueux, soit au niveau du bulbe, soit au niveau des paupières. Elles n'atteignent la conjonctive qu'à un stade tardif de leur évolution, au moment où elles s'ulcèrent.

Comme toutes les lésions gommeuses, elles ne présentent qu'un minimum de réaction et ont l'aspect de petites tumeurs ovalaires ou arrondies, qui deviennent jaunâtres, se ramollissent et s'ulcèrent.

Après guérison, elles laissent des cicatrices perceptibles, qui simulent l'aspect ptérygoïde au niveau de la conjonctive bulbaire. Elles sont à diagnostiquer au début avec les nodules d'épisclérite et plus tard avec des lésions tuberculeuses, mycosiques ou tumorales.

L'ulcération de ces gommages peut gagner en profondeur et amener à la destruction du bord libre des paupières.

2 - DIAGNOSTIC POSITIF :

En plus de la clinique, le diagnostic de syphilis sera retenu par :

✓ **La constatation du *Treponema pallidum* :**

Le *tréponème* de la syphilis a été découvert en 1905 par SCHAUDINN et HOFFMANN.

A l'état frais, à l'ultramicroscopie, il se présente sous forme d'un filament fin, spiralé, brillant sur fond noir.

Après coloration (Giemsa ou imprégnation argentique Fontana-Tribondeau), il se présente sous la forme d'un spirochète de 4 à 5 μ de long sur 0.25 μ de large, avec 6 à 12 spires généralement régulières. Les extrémités effilées se continuent par un filament ; il n'a pas de membrane ondulante et se dispose quelquefois en plusieurs éléments formant **Y** ou **V**.

✓ **Les réactions sérologiques :**

On a le test de NELSON, BORDET-WASSERMANN... Ces réactions ne deviennent positives qu'à un stade plus tardif, et le plus souvent avec l'apparition des lésions secondaires de la maladie.

3 - TRAITEMENT :

C'est le traitement de la syphilis : antibiotiques (surtout pénicillines), produits mercuriels, bismuthiques et arsenicaux. Ce traitement est du ressort du syphiligraphe.

Le traitement local est réduit au minimum : lavages, instillation de collyres antiseptiques, antibiotiques et topiques légers.

III - LEPRE CONJONCTIVALE :

I - CLINIQUE :

L'atteinte de la conjonctive dans la lèpre est presque toujours secondaire. Comme ailleurs, les lésions lépreuses de la conjonctive sont constituées tout d'abord par les lépromes, petites néoformations (uniques ou multiples), papuleuses au début, puis de plus en plus saillantes au fur et à mesure que ces petites tumeurs se développent.

Ces lépromes qui peuvent siéger sur toutes les parties de la muqueuse conjonctivale, ont une coloration blanchâtre et une teinte mate assez particulière ; à leur niveau, la conjonctive n'a plus son aspect brillant et humide.

L'ensemble de la muqueuse est épaissie, plus ou moins hyperémié ; la sécrétion est d'abord peu abondante.

Les lépromes, dont la consistance est ferme au début, se ramollissent peu à peu et finissent par s'ulcérer. La conjonctive est alors couverte d'ulcères plus ou moins

étendues, profonds, recouverts d'enduits et de fongosités caséuses en même temps que la sécrétion devient abondante.

Suivant le degré d'intensité et d'évolution, on a : sensation de cuisson, sécheresse au début, chaleur, photophobie, douleur, de plus en plus accusées.

2 - ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

Le léprome conjonctival présente les mêmes particularités que les autres lésions lépreuses.

3 - EVOLUTION :

Les lésions conjonctivales peuvent évoluer vers la guérison. Laissant des séquelles cicatricielles pigmentées et importantes, pouvant, à leur tour, entraîner des ectropions ou des entropions par les destructions conjonctivales et palpébrales consécutives.

La muqueuse prend alors un aspect typique, atrophique, lisse, pâle et sec.

4 - ETIOLOGIE :

Le bacille de la lèpre, appelé bacille de HANSEN (*mycobacterium leprae*), a été le premier découvert parmi les germes microbiens de la pathologie humaine. Décrit par HANSEN en 1869, c'est un bâtonnet de 4 à 5 μ de long sur 0.2 à 0.4 μ de large. Ressemblant au bacille tuberculeux, il est acido-résistant. La coloration de Ziehl-Neelson est le procédé de choix pour le mettre en évidence.

Il est presque exclusivement intracellulaire et disposés en groupes juxtaposés les uns aux autres comme des brindilles dans un fagot. Ces amas de bacilles, entourés d'une gelée résistante aux acides et aux alcalis, constituent les globies caractéristiques.

5 - TRAITEMENT :

• **Traitement local :**

Il s'impose dans la lèpre conjonctivale, basé sur :

1 → Excision des lépromes et cautérisations des lésions ouvertes, si elles sont bien délimitées, peu nombreuses et peu étendues.

Application locale des sulfones employés dans le traitement de la lèpre.

2 → Soins d'hygiène et lutte contre les infections surajoutées, qui viennent aggraver l'état de ces malades.

• **Traitement général :**

C'est celui de la lèpre elle-même, basé sur l'utilisation des sulfones.

IV - MORVE CONJONCTIVALE

1 - EPIDEMIOLOGIE :

La morve est une affection contagieuse de certains animaux domestiques (âne, cheval en particulier), pouvant passer à l'homme par contamination.

La transmission peut se faire d'homme à homme, et les contaminations de laboratoire ne sont pas exceptionnelles

2 - CLINIQUE :

Les lésions conjonctivales dans la morve sont rares. Elles sont exceptionnellement primitives (et constituer la porte d'entrée de la maladie), plus souvent secondaires à une atteinte généralisée.

La morve de la conjonctive se manifeste par de petites ulcérations de la muqueuse, qui présente des petites plages nécrotiques plus ou moins nombreuses, aussi bien sur les conjonctives palpébrales qu'au niveau des culs de sac. Ces ulcérations donnent une exsudation tendant à la suppuration. Le fond de ces lésions présente des fongosités plus ou moins importantes, véritables magmas caséux.

Plusieurs ulcérations peuvent confluer et constituer des placards nécrotiques plus ou moins étendus.

L'ensemble de la conjonctive présente une hyperhémie marquée à tendance hémorragique, avec infiltration de la muqueuse. La sécrétion est variable, mais peu importante.

L'adénopathie est constante ; l'engorgement des ganglions pré-auriculaires et sous-maxillaires est le plus souvent considérable. Il existe en même temps une réaction péri-ganglionnaire intense, donnant un empâtement constitué par un œdème diffus, consistant, peu douloureux.

Ces manifestations conjonctivales sont accompagnées d'un état fébrile accentué, courbatures et atteinte marquée de l'état général.

3 - EVOLUTION-COMPLICATIONS :

Généralement l'évolution est longue, elle peut donner des complications cornéennes, allant jusqu'à la nécrose et entraînant la perte totale de la vision.

La complication la plus redoutable est la généralisation de la maladie morveuse, avec toute sa gravité.

4 - DIAGNOSTIC POSITIF :

Trois épreuves, en particulier, étayeront le diagnostic :

✓ **La séro-agglutination :**

Appliquée à des taux variant entre 1% et 1‰.

✓ **La réaction à la malléine :**

Précipitation persistant plus de 24 heures du sérum de morveux au contact de la malléine à 1%.

✓ **La réaction de fixation du complément :**

5 - ETIOLOGIE :

Le bacille morveux est facilement mis en évidence au niveau des lésions évolutives. C'est un bacille grêle, Gram négatif, de 2 à 5 μ de long sur 0.5 à 0.8 μ de large, immobile, d'aspect parfois encapsulé, il ne forme pas de spores.

Il prend les colorants d'aniline de façon plus ou moins régulière, ce qui lui donne parfois un aspect granuleux.

L'inoculation aux animaux est souvent nécessaire pour faire la preuve de la spécificité morveuse des lésions, étant donné la morphologie peu caractéristique du bacille.

6 - TRAITEMENT :

- **Traitement local :**

On aura recours aux collyres usuels (antiseptiques, antibiotiques, sulfamides) et à la cautérisation ignée des lésions lorsqu'elles sont limitées.

- **Traitement général :**

Très important, basé sur la médication iodée intensive, malléinothérapie et antibiotiques.

V - CHANCRE MOU DE LA CONJONCTIVE

1 - CLINIQUE :

Le chancre mou de la conjonctive se localise exceptionnellement à la conjonctive ; il y présente ses caractères habituels : ulcérations peu profondes à bords taillés à pic, fond jaunâtre et purulent.

Il s'accompagne d'un œdème plus ou moins considérable de la muqueuse et des paupières, avec une adénoopathie pré-auriculaire et cervicale importante, généralement douloureuse.

Le diagnostic est confirmé par l'examen bactériologique et, dans les cas douteux, par l'intradermoréaction de Ito-Reenstiera.

2 - EVOLUTION-COMPLICATIONS :

Les complications cornéennes sont rares, et la guérison survient le plus souvent en 2 ou 3 semaines. Le chancre mou est ré-inoculable et ne confère pas l'immunité.

3 - ETIOLOGIE :

L'agent étiologique du chancre mou est un bacille découvert en 1889 par DUCREY. C'est un germe coccoïde, court, à extrémités arrondies de 1.5 μ de long et 0.5 μ de large. Il ne donne pas de spores.

Il se présente soit isolé, soit en diplobacille, soit en chaînette (streptobacille). Il est inoculable aux animaux de laboratoire.

Il est facilement coloré par la fuchsine, bleu de méthylène, thionine...

4 - TRAITEMENT :

- **Traitement local :**

Il consistera en soins hygiéniques et en applications de collyres peu irritants.

- **Traitement général :**

Il est actuellement amélioré par l'emploi des sulfamides et des antibiotiques à large spectre. La vaccinothérapie a donné pendant longtemps de très bons résultats (vaccin de NICOLLE et DURAN, vaccin de HABABOU-SALA).

CONCLUSION :

Au terme de ce travail, nous sommes amenés à connaître et à découvrir les différents agents responsables de la conjonctivite bactérienne.

Devant tout cas de conjonctivite bactérienne, un médecin doit diagnostiquer le type de cette conjonctivite et déterminer le germe responsable, en se basant sur l'histoire de l'affection, le tableau clinique et son examen ophtalmologique (notamment le prélèvement des sécrétions, culture et examen bactériologique), afin d'instaurer le traitement le mieux approprié et le plus efficace.

Ceci dit, dans notre pays, devant le manque de moyens, la rapidité de transmission et de propagation de la conjonctivite bactérienne, ainsi que le niveau socio-économique et le niveau d'hygiène de la population, on préfère prescrire un traitement antibiotique à large spectre type *tobramycine* en collyres.

Dans le cadre des conjonctivites bactériennes, le mieux serait de prévenir et de casser la chaîne de transmission par de simples gestes :

- Surveiller les signes et symptômes de conjonctivite surtout chez l'enfant si d'autres enfants en sont atteints.
- Communiquer avec le médecin si on est atteint de conjonctivite.
- S'assurer de bien se laver les mains et de laver celles des enfants soigneusement, chaque fois qu'on touche ou s'essuie les yeux infectés.
- Éviter au maximum de toucher ou d'essuyer ses yeux contaminés, pour diminuer les chances de transmission.
- Respecter le délai d'éviction scolaire pour les enfants.
- Utilisation personnelle de serviettes, de lingerie, et de literie, quand on est atteint afin d'éviter la contamination des personnes vivants sous le même toit.
- Ne pas partager serviettes, oreillers ou lunettes avec des personnes pouvant être contaminés.

BIBLIOGRAPHIE :

BOUSSALAH,M. : *Enseignement d'ophtalmologie, sixième année de médecine.* Tlemcen.

COUTANSAIS,J. : *Lettre d'information médicale* 11/85. St nazaire, Publimedec, 1985.

Fiche d'information destinée au public. Canada, New Brunswick, Septembre 2003.

GILBERT,C. SENARATNE,T. : *Revue de santé oculaire communautaire,* volume 3, n°1. Paris, janvier 2006.

Guide de l'examen clinique. Alger, OPU, 1980.

NATAF,R. COSCAS,G. CLAY,CL. DERREUMAUX,C. : *Encyclopédie médico-chirurgicale.* Paris, éditions techniques, 1980.

PECHERE,J-C. ACAR,J. ARMNGAUD,M. CHERUBIN,C. GRENIER,B. MOELLERING,R. SANDE,M. WALDVOGEL,F. ZINNER,S. : *Les infections,* 2é édition. Québec/Edisem, Paris/Maloine,1985.

PERDRIAU,J. GERMAN,C. : *Médecine d'Afrique noire* n°37. 1990.

RUESCH,R. HELBIG,H. : *Forum med suisse* n°12.Mars 2001.

SARAUX, H. : *Abrégé d'ophtalmologie,* 3é édition. Paris, Masson, 1975.

Sites Internet

www.ophtalmologia.be

www.esculape.com

www.medisource.qc.ca