

SECONDE PARTIE

MALADIES DE L'OEIL

CHAPITRE PREMIER

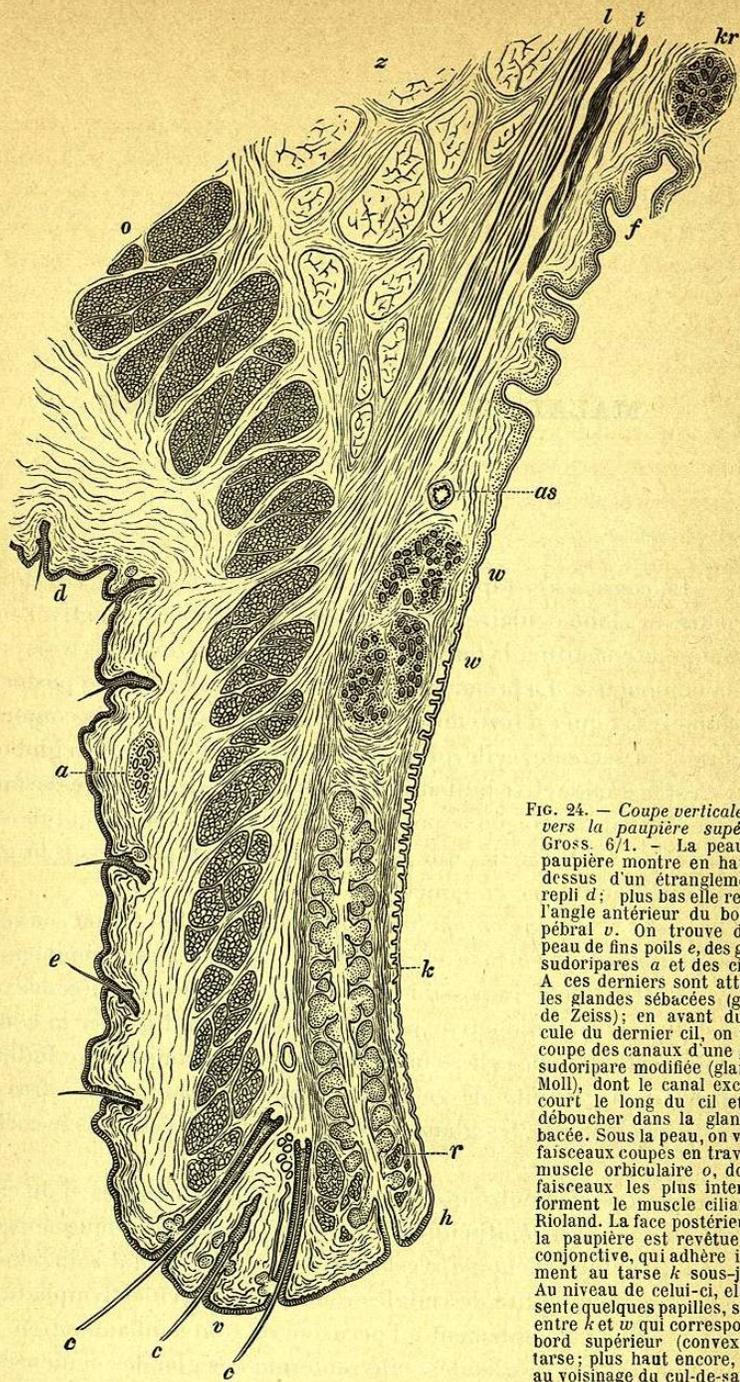
MALADIES DE LA CONJONCTIVE

ANATOMIE

§ 7. — La *conjonctive* tapisse la face postérieure des paupières et la face antérieure du globe oculaire. Elle forme un sac, le sac conjonctival, ouvert en avant pour constituer la fente palpébrale. Nous distinguons trois parties dans la conjonctive. La première est celle qui recouvre la face postérieure des paupières et qui est fortement adhérente au tarse : c'est la conjonctive palpébrale; la seconde, celle qui recouvre la face antérieure du globe oculaire : c'est la conjonctive bulbaire. L'union de ces deux parties se fait par l'intermédiaire de la troisième portion, celle que l'on appelle cul-de-sac de la conjonctive. Cette partie, qui se réfléchit des paupières sur le globe, constitue le fond du sac conjonctival.

On parvient à voir la *conjonctive palpébrale* sur l'œil vivant, en renversant les paupières. La surface en est lisse et elle adhère intimement au tarse (fig. 24, *k*). (Il est donc impossible de couvrir par une opération des pertes de substance de la conjonctive palpébrale en faisant glisser la conjonctive avoisinante, comme cela se fait souvent pour la conjonctive bulbaire). En raison de la ténuité de cette membrane, on peut voir, à travers la conjonctive palpébrale, les glandes de Meibomius logées dans le cartilage tarse.

Le microscope démontre que la conjonctive des paupières et du cul-de-sac est tapissée par un épithélium cylindrique stratifié. La muqueuse elle-même est de nature adénoïde, c'est-à-dire que, déjà à l'état sain, elle contient une grande quantité de cellules rondes (corpuscules lymphatiques), qui se multiplient notablement à l'occasion de toute inflammation de la conjonctive. En fait de glandes, elle renferme des glandes acineuses, qui se trouvent en partie le long du bord convexe du tarse (fig. 24, *w*), en partie dans le cul-de-sac (glandes de Krause, fig. 124, *kr*), et dont la structure est la même que la glande lacrymale.



leur orifice en avant de l'angle postérieur du bord palpébral *h*; au-dessus d'elles sont les glandes acineuses *w w*, et plus haut encore les glandes de Krause *kr*; devant elles le muscle tarsal supérieur ou muscle de Müller *t* et le releveur de la paupière supérieure *l*. De ce dernier partent des tractus fibreux vers la peau de la paupière, à travers les faisceaux de l'orbiculaire. *z*, tissu conjonctif lâche; *as*, arc tarsal supérieur. Au-dessus de la racine des cils, on voit la coupe de l'arc tarsal inférieur.

FIG. 24. — Coupe verticale à travers la paupière supérieure. Gross. 6/1. — La peau de la paupière montre en haut, au-dessus d'un étranglement, le repli *d*; plus bas elle recouvre l'angle antérieur du bord palpébral *v*. On trouve dans la peau de fins poils *e*, des glandes sudoripares *a* et des cils *ccc*. A ces derniers sont attachées les glandes sébacées (glandes de Zeiss); en avant du follicule du dernier cil, on voit la coupe des canaux d'une glande sudoripare modifiée (glande de Moll), dont le canal excréteur court le long du cil et vient déboucher dans la glande sébacée. Sous la peau, on voit les faisceaux coupés en travers du muscle orbiculaire *o*, dont les faisceaux les plus internes *r* forment le muscle ciliaire de Rioland. La face postérieure de la paupière est revêtue de la conjonctive, qui adhère intimement au tarse *k* sous-jacent. Au niveau de celui-ci, elle présente quelques papilles, surtout entre *k* et *w* qui correspond au bord supérieur (convexe) du tarse; plus haut encore, en *b*, au voisinage du cul-de-sac, elle possède une structure adénoïde. Les glandes de Meibomius ont

La conjonctive de la paupière supérieure est nourrie par deux arcs artériels, appelés l'arc tarsal supérieur et l'arc tarsal inférieur. L'arc tarsal inférieur (fig. 25, *ai*) siège dans la face antérieure du tarse, près du bord inférieur. Pour atteindre la conjonctive, ses branches traversent le tarse dans toute son épaisseur à 2 ou 3 millimètres au-dessus du bord libre (fig. 25, *rp*). La ligne le long de laquelle les branchioles émergent du tarse, est marquée par un sillon peu profond qui se trouve sur la surface conjonctivale de la paupière (sillon subtarsal). L'arc tarsal supérieur (fig. 25, *as*) siège un peu au-dessus du bord supérieur du tarse, sur le fascia tarso-orbitaire qui va du tarse au rebord orbitaire et à travers lequel passent les rameaux de l'arc supérieur qui se rendent à la conjonctive. A la paupière inférieure, il n'existe qu'un seul arc artériel.

La conjonctive du cul-de-sac est très aisée à voir à la paupière inférieure, quand on tire celle-ci en bas pendant que l'œil regarde en haut. A la paupière supérieure, au contraire, il est difficile de voir le cul-de-sac. Pour y arriver, on saisit la paupière par les cils, et on la tire fortement en bas, en l'écartant en même temps du globe; puis, à l'aide d'une mince baguette, on déprime la peau sous le sourcil jusqu'à ce que le cul-de-sac soit visible. Le cul-de-sac est la partie la plus lâche de la conjonctive; celle-ci y est si abondante qu'elle forme des plis horizontaux. Cette disposition assure la liberté des mouvements de l'œil. Si la conjonctive passait directement de la paupière sur l'œil, comme on l'observe après certaines affections conjonctivales, alors, à chaque mouvement du globe oculaire, les paupières seraient entraînées, et si, dans ce cas, on immobilisait, au moyen du doigt, l'une des paupières, l'œil serait lui-même gêné dans ses mouvements. Mais la conjonctive est si abondante, au niveau du cul-de-sac, que l'œil peut se mouvoir tout à fait indépendamment des paupières, tandis que la conjonctive du cul-de-sac se plisse ou se déplisse suivant la position de l'œil. — A travers la conjonctive du cul-de-sac inférieur, on voit paraître le riche réseau veineux sous-jacent ainsi que le fascia blanc. La laxité du tissu, ainsi que la richesse vasculaire du cul-de-sac conjonctival rendent celui-ci particulièrement enclin à se tuméfier, à l'occasion de toute inflammation de la conjonctive.

La conjonctive bulbaire recouvre la surface antérieure du globe oculaire. Elle ne s'interrompt pas au niveau de la cornée, mais passe sur cette membrane en changeant toutefois de nature. Cette continuité de la conjonctive nous explique pourquoi ses processus pathologiques ne s'arrêtent

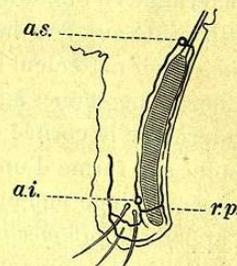


FIG. 25.
Artères de la paupière supérieure. Gross. 3 = 1.

pas au bord de la cornée, mais s'y propagent à la surface, comme on l'observe particulièrement bien dans le trachome et la conjonctivite eczémateuse. Les deux portions de la conjonctive bulbaire se distinguent en conjonctive sclérale et en conjonctive cornéenne. La conjonctive cornéenne est complètement transparente et si intimement unie à la cornée proprement dite, qu'on la considère comme en constituant les couches les plus superficielles; il vaut donc mieux en parler à propos des maladies de la cornée (voir § 27).

La conjonctive sclérale revêt, sous forme d'une membrane mince, le segment antérieur de la sclérotique. Elle est si lâchement unie à la sclérotique par du tissu conjonctif peu dense (le tissu épiscléral) qu'elle est mobile en tous sens. C'est seulement à la périphérie de la cornée, où la conjonctive se termine en biseau, au limbe (1) conjonctival, qu'elle est plus intimement adhérente aux couches sous-jacentes. Elle est très mince et extensible et laisse voir nettement la sclérotique qu'elle recouvre. C'est le *blanc de l'œil*. Chez les personnes âgées, une petite place située au bord externe et au bord interne de la cornée contraste avec ce blanc par sa couleur jaunâtre. Ce point a la forme d'un triangle, dont la base correspond au bord cornéen et proémine légèrement au-dessus du niveau du tissu conjonctival voisin. On l'appelle la *pinguécule* (2). Elle est due à une modification du tissu de la partie de la conjonctive qui se trouve au niveau de la fente palpébrale et qui est constamment exposée aux influences atmosphériques.

La conjonctive scléroticale est tapissée d'un épithélium pavimenteux stratifié et ne contient pas de glandes. Au niveau de l'angle interne de l'œil, elle présente un repli en forme de croissant. C'est le repli semilunaire, qui représente un reste peu développé de la troisième paupière des animaux. En dedans du repli semilunaire, se trouve une petite élevation rougeâtre, verruqueuse : c'est la caroncule (3), qui occupe le fond de l'échancrure en forme de fer à cheval de l'angle de l'œil (fig. 38, C). Au point de vue histologique, c'est un petit îlot cutané qui possède des glandes sébacées et de petites glandes pareilles aux glandes de Krause, et dont la surface est couverte de poils fins et pâles.

La conjonctive du bulbe reçoit ses *vaisseaux nourriciers* principalement des vaisseaux du cul-de-sac — vaisseaux conjonctivaux postérieurs (fig. 26, *h* et *h'*). — De plus, les vaisseaux ciliaires antérieurs (fig. 26, *c* et *c'*) prennent part à la nutrition de la conjonctive bulbaire. Ces derniers proviennent des quatre muscles droits de l'œil (fig. 26, *R*), et, sous la conjonctive, derrière laquelle ils paraissent bleuâtres, ils se rendent au bord

(1) *Limbus*, ourlet.

(2) *Pinguis*, graisse.

(3) *Caruncula*, diminutif de *caro*, chair.

de la cornée, où ils disparaissent brusquement, en traversant la sclérotique, pour pénétrer dans l'intérieur de l'œil. Mais, avant de disparaître,

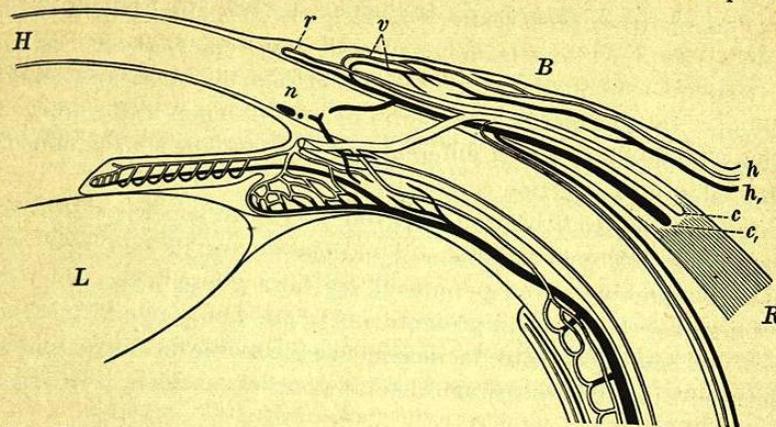


FIG. 26. — Vaisseaux sanguins du segment antérieur. Schématique d'après Leber. — Les vaisseaux conjonctivaux postérieurs *h* et *h'* communiquent avec les vaisseaux conjonctivaux antérieurs *v*, qui vont à leur rencontre et qui, eux, sont des branches de vaisseaux ciliaires antérieurs *c* et *c'*. A eux tous, ils forment le réseau périkeratique *r*; *n*, canal de Schlemm; *H*, cornée; *B*, conjonctive; *R*, muscle droit; *L*, cristallin.

ils fournissent des branches qui se terminent près du bord cornéen, dans le limbe conjonctival, par des anses vasculaires — réseau périkeratique

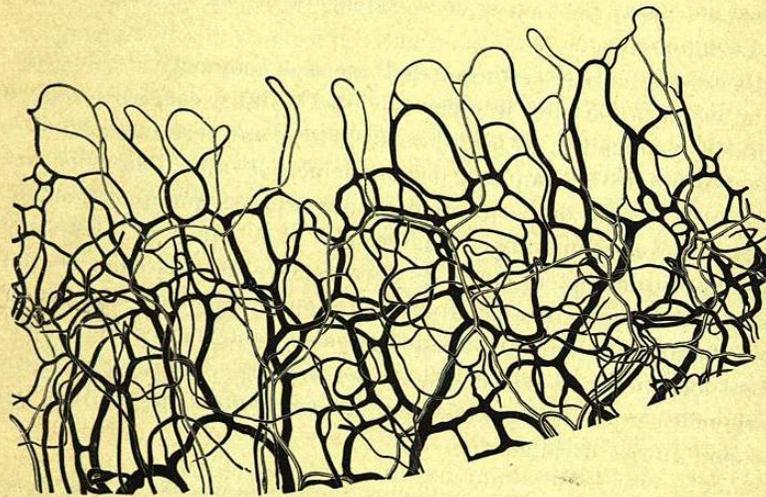


FIG. 27. — Réseau périkeratique, d'après Leber. — Les artères sont pâles et les veines foncées. Dans les anses marginales, on distingue le segment artériel plus mince du segment veineux plus foncé.

(fig. 26, *r*, et 27). Ce réseau est très important pour la cornée, qui, au point de vue de sa nutrition, en dépend principalement. D'autres branches des

artères ciliaires se dirigent en arrière, dans l'épaisseur de la conjonctive (vaisseaux conjonctivaux antérieurs, fig. 26, *v*), à la rencontre des vaisseaux conjonctivaux postérieurs, avec lesquels elles s'anastomosent.

Nous avons donc, dans la conjonctive, deux systèmes vasculaires, celui des vaisseaux conjonctivaux postérieurs et celui des vaisseaux ciliaires antérieurs. Suivant que l'un ou l'autre de ces systèmes est engorgé, la conjonctive prend un aspect différent, que l'on désigne sous le nom d'injection ciliaire ou injection conjonctivale.

L'*injection conjonctivale* nous fait voir un réseau superficiel formé de vaisseaux de différents calibres, et l'on démontre qu'ils sont bien situés dans la conjonctive, parce qu'on peut les faire glisser avec elle sur la sclérotique. Cette injection présente une teinte d'un rouge vif ou rouge brique; on peut reconnaître facilement chaque maille du réseau en particulier. Cette injection est caractéristique pour les maladies de la conjonctive.

L'*injection ciliaire* entoure la cornée (d'où le nom d'injection périkératique) sous forme d'une zone rosée ou violet pâle, sans que l'on y puisse distinguer chaque ramuscule vasculaire en particulier. Si l'injection devient plus intense, on remarque encore, à une certaine distance de la cornée, un réseau constitué par de gros vaisseaux; ils ont une teinte violette et paraissent voilés, ce qui démontre que leur siège se trouve dans les couches profondes; aussi ne se déplacent-ils pas quand on fait mouvoir la conjonctive.

L'injection ciliaire se distingue de l'injection conjonctivale, surtout par son ton violet, aussi bien que par son aspect diffus, car si les vaisseaux se laissent reconnaître, ce n'est jamais qu'avec une certaine difficulté. — L'injection ciliaire accompagne principalement les affections de la cornée, ainsi que de l'iris et du corps ciliaire, tous organes qui appartiennent au domaine des vaisseaux ciliaires antérieurs. — A cause des nombreuses anastomoses qui existent entre les deux espèces de vaisseaux conjonctivaux, les deux systèmes se trouvent toujours injectés à l'occasion de toute inflammation un peu violente des parties antérieures du globe. Très souvent, cependant, il est possible de reconnaître, en outre de l'injection superficielle conjonctivale, l'injection ciliaire profondément située immédiatement autour de la cornée.

Ce n'est que chez les jeunes individus que la conjonctive du tarse est en réalité entièrement lisse. Chez les personnes âgées, au niveau des angles du tarse de la paupière supérieure et souvent aussi tout le long de son bord convexe, on lui reconnaît un aspect velouté (fig. 24, entre *k* et *w*). C'est ce qu'on appelle l'état papillaire de la conjonctive. En réalité, ce ne sont pas à proprement parler des *papilles* que l'on trouve alors sur la conjonctive,

mais de petits plis que forme la surface de la conjonctive un peu hypertrophiée. Sur des coupes microscopiques transversales, les plis de la conjonctive ainsi modifiée ont l'apparence de papilles entre lesquelles le revêtement épithélial plonge dans la profondeur. Si les faces de deux saillies se trouvent vis-à-vis l'une de l'autre et tout à fait voisines, la dépression couverte d'épithélium qui se trouve entre les deux peut, sur des coupes transversales, en imposer pour le canal excréteur d'une glande (fig. 30, *t*). C'est bien ainsi qu'il faut expliquer la prétendue formation nouvelle de glandes tubuleuses, que l'on a trouvées dans certains cas d'hypertrophie pseudo-papillaire de la conjonctive. Cependant l'on ne saurait nier que, exceptionnellement, l'on trouve des glandes tubuleuses, aussi bien dans la conjonctive normale que dans celle qui est malade. Elles s'appellent glandes de Henle, du nom de l'auteur qui les a découvertes (fig. 31, *d*).

Chez des sujets adultes ou âgés, on voit fréquemment dans le cul-de-sac, rarement dans la conjonctive palpébrale, de petits points jaunes ayant le même aspect que les infarctus des glandes de Meibomius (§ 109). Ce sont des glandes tubuleuses, renfermant des concrétions, qui apparaissent à travers la conjonctive sous forme de petits points jaunes.

Dans l'épithélium de la conjonctive, particulièrement dans ses couches superficielles, on rencontre des cellules qui ont subi la transformation muqueuse, cellules caliciformes. Elles se montrent isolées dans la conjonctive normale, mais en cas d'inflammation elles se multiplient.

Au sujet de l'état papillaire de la conjonctive au niveau du bord supérieur et aux angles du tarse, on se demande s'il faut le considérer comme entièrement normal ou si ce n'est pas plutôt un produit d'hyperémies répétées de la conjonctive. Il faut se poser la même question au sujet de la structure adénoïde de la conjonctive, que beaucoup d'auteurs considèrent également comme un reliquat d'une irritation inflammatoire antérieure. En effet, la muqueuse conjonctivale étant plus exposée qu'aucune autre aux influences extérieures, il n'y a personne chez qui, dans le cours de la vie, il ne se développe des hyperémies conjonctivales répétées, qui finissent par provoquer des altérations permanentes dans cette membrane. Rien n'indique mieux l'action des influences extérieures que la formation de la *pinguécula*. Celle-ci siège, en effet, tout juste à l'endroit de la conjonctive qui est le plus exposé au vent, à la poussière, etc. On lui donne le nom de *pinguécula*, à cause de sa couleur, que l'on attribuait autrefois à un dépôt graisseux dans la conjonctive. En réalité, il n'existe qu'un épaissement de la conjonctive, par suite surtout de la multiplication et de l'épaississement des fibres élastiques. De plus, elle contient de nombreux amas d'une substance hyaline jaune qui donne sa teinte à la *pinguécula*. En raison de ces altérations, la conjonctive est moins transparente en ce point; c'est pourquoi l'on voit surtout bien la *pinguécula*, quand la conjonctive bulbaire est très rouge, soit par injection, soit par suffusion sanguine. Elle laisse alors apparaître la teinte rouge du sang moins vivement qu'aux points où elle n'est pas épaissie. La *pinguécula* se détache ainsi, sous forme de triangle, sur le fond rouge, de façon que

les commençants la prennent facilement pour une infiltration diphtérique de la conjonctive, ou, dans le cas où elle est très jaune, la confondent avec une pustule remplie de pus.

I. — CONJONCTIVITE CATARRHALE.

a) Conjonctivite catarrhale aiguë.

§ 8. SYMPTOMES. — La conjonctivite catarrhale aiguë s'attaque, dans les *cas légers*, principalement à la conjonctive des paupières et du cul-de-sac. La conjonctive palpébrale est d'un rouge vif, elle est ramollie. L'injection présente généralement la forme d'un réseau, c'est-à-dire que l'on peut encore y distinguer chaque vaisseau comme tel; ce n'est que lorsque l'injection est particulièrement serrée, que la conjonctive gagne un aspect uniformément rouge. La surface de la conjonctive est lissée; c'est là un signe qui distingue la forme catarrhale, particulièrement des inflammations purulentes de la conjonctive, dans lesquelles elle est infiltrée et, plus tard, hypertrophiée, état qui se trahit par les inégalités de sa surface. Le cul-de-sac (ainsi que le repli semi-lunaire) est également très rouge et quelque peu gonflé, tandis que la conjonctive bulbaire ne présente que peu ou point de changement.

Les *cas graves* se distinguent des cas plus légers en ce que, dans les premiers, le processus pathologique envahit la conjonctive bulbaire. L'injection et le gonflement de la conjonctive palpébrale sont plus prononcés, et souvent il s'y joint un léger œdème des paupières. La conjonctive bulbaire présente une injection réticulaire dense et un léger degré de tuméfaction. Très souvent, au milieu de l'injection réticulaire, on trouve des taches d'un rouge diffus: ce sont de petites hémorragies, des ecchymoses conjonctivales provenant de la rupture de petits vaisseaux. Ces cas graves, où la conjonctive est atteinte dans toute son étendue, on les désigne sous le nom d'*ophtalmie catarrhale*, pour les distinguer des cas légers limités particulièrement aux paupières, que l'on appelle simplement conjonctivite catarrhale.

La conjonctivite est accompagnée d'une augmentation de *sécrétion* de la conjonctive. On peut voir la sécrétion conjonctivale naître, sous forme de flocons muqueux, dans le liquide lacrymal abondamment sécrété. L'abondance de la sécrétion et la tendance de celle-ci à passer à la suppuration sont d'autant plus grandes que l'inflammation est plus violente. C'est ainsi qu'au début les cas d'ophtalmie catarrhale grave sont difficiles à distinguer d'une blennorrhée aiguë légère, mais la marche ultérieure jette

de la lumière sur le diagnostic. — Pendant la nuit, la matière sécrétée, qui s'accumule entre les paupières, se dessèche sur les bords palpébraux et les agglutine.

Les *symptômes subjectifs* consistent en de la photophobie, picotements et sentiment de brûlure aux yeux. L'intensité des symptômes dépend naturellement du degré de l'inflammation elle-même. Cependant il est rare qu'il existe des douleurs vives et, quand elles se font sentir, elles ne sont pas dues au catarrhe lui-même, mais à des complications (particulièrement à des ulcères de la cornée). Souvent la sensation de corps étranger dans l'œil est très incommode; cette sensation est due à la présence de flocons et de filaments de mucosités visqueuses dans le cul-de-sac conjonctival. Lorsque ces filaments se placent devant la cornée, il en résulte un trouble de la vision, dont les patients se plaignent quelquefois. Ce trouble se distingue de ceux qui revêtent un caractère plus sérieux en ce que, par les mouvements des paupières, les mucosités se déplacent et la vue se rétablit aussitôt. — Un signe caractéristique du catarrhe est l'amendement de tous les symptômes dans la matinée et leur aggravation graduelle pendant le reste de la journée jusqu'au soir, où ils acquièrent leur apogée.

MARCHE. — Si le catarrhe est exempt de complications, la marche en est favorable; en effet, l'inflammation disparaît spontanément au bout d'un ou de deux septénaires. Cependant il n'est pas rare qu'il persiste un état d'inflammation chronique — catarrhe conjonctival chronique — qui produit sans doute moins de gêne que le stade aigu, mais qui, en revanche, traîne en longueur. Le catarrhe conjonctival aigu atteint le plus souvent les deux yeux, soit simultanément, soit le second quelques jours après le premier.

Les *complications* qui s'observent dans le catarrhe sont, avant tout, les ulcères de la cornée. L'apparition d'une affection de la cornée s'annonce par l'augmentation des douleurs et la photophobie. On voit apparaître d'abord, dans le voisinage du bord cornéen, de petits points gris rangés en une série concentrique à la marge de la cornée. Bientôt ces infiltrations cornéennes punctiformes se multiplient et deviennent finalement confluentes, de telle sorte qu'elles finissent par former un petit croissant grisâtre. Par la destruction de leur surface, il se développe un sillon, c'est-à-dire un ulcère en forme de croissant, situé tout près du bord de la cornée et concentrique à ce bord. Les ulcères de ce genre sont caractéristiques pour le catarrhe conjonctival; pour ce motif, on les nomme *ulcères catarrhaux*. Ordinairement l'ulcère se déterge rapidement et se guérit, en laissant après lui une légère opacité arciforme. Cependant, dans les cas particulièrement graves, il peut survenir une perforation de la cornée.