

tiques prouvent qu'il s'agit d'une maladie infectieuse, que Parinaud rapportait à un contagion fourni par des animaux. En réalité, on ignore jusqu'ici et l'agent producteur et la voie de propagation de cette affection.

Pour guérir un pannus épais, beaucoup de médecins pratiquent la *péritomie*. Elle consiste à sectionner les vaisseaux conjonctivaux qui se rendent au pannus, soit que l'on coupe simplement la conjonctive circulairement autour de la cornée ou bien qu'on en excise, au moyen de ciseaux, une bandelette mince et circulaire.

Au Brésil, où cette affection est épidémique, le jéquirity (semence de l'*Abrus præcatorius*) est depuis longtemps employé comme remède vulgaire contre le trachome. C'est surtout à Wecker qu'appartient le mérite d'avoir soumis ce remède à des expériences scientifiques et de l'avoir introduit en Europe. L'activité du jéquirity ne dépend pas, comme on l'a cru d'abord, de la présence de microorganismes dans l'infusé, mais d'un ferment non organisé (abrine) qui est toxique à un haut degré (Hippel, Neisser, Salomonson, Vennemann). Une préparation pure, préconisée par Römer sous le nom de *jéquiritol*, peut remplacer la simple infusion.

IV. — CONJONCTIVITE DIPHTÉRIQUE.

§ 16. — La conjonctivite diphtérique (1), comme la blennorrhée aiguë et le trachome, est une inflammation conjonctivale suppurative, d'origine infectieuse et dont la sécrétion est infectieuse elle-même. Mais le germe de cette maladie, différent de celui des deux autres, est constitué par le bacille diphtérique de Löffler. L'inflammation qu'il provoque est toujours vive et, dans les cas graves, appartient aux plus violentes que l'on puisse observer sur la conjonctive. Les paupières sont fortement gonflées, rouges, chaudes et douloureuses au toucher. Dans les cas particulièrement sérieux, les paupières sont dures comme du bois ; aussi ne peut-on les renverser et même on n'arrive qu'avec peine à ouvrir la fente palpébrale. Les ganglions préauriculaires et cervicaux sont tuméfiés. L'aspect de la conjonctive est déterminé par la propriété que possède le bacille diphtérique de provoquer une exsudation intense, avec grande tendance à la coagulation. Celle-ci se produit à la surface de la conjonctive où l'exsudat sécrété se prend en membrane, ou bien elle peut s'opérer déjà dans l'épaisseur même du tissu conjonctival. De là on peut distinguer deux formes de diphtérie conjonctivale :

a) La forme *superficielle* ou croupale. Elle se caractérise par la présence d'une membrane d'un blanc grisâtre, adhérent assez fortement à la surface de la conjonctive, mais s'en laissant cependant d'habitude déta-

(1) Διφθέρια, membrane.

cher à la pince. On trouve alors, par-dessous, la conjonctive très rouge, tuméfiée, saignante à certains endroits, mais sans perte de substance quelconque. La membrane détachée consiste en un fin réseau de fibrilles de fibrine coagulée, dans lequel sont enchâssés des corpuscules de pus et quelques cellules de l'épithélium conjonctival. Les membranes croupales tapissent la conjonctive palpébrale, plus rarement le cul-de-sac ou même la conjonctive bulbaire. Dans la plupart des cas, ces membranes s'éliminent peu à peu après une à deux semaines, et la conjonctive offre l'aspect d'un catarrhe violent, qui guérit sans qu'il persiste aucune altération de la conjonctive. — Dans les cas plus sérieux, l'affection se complique d'ulcères cornéens ; mais ceux-ci n'entraînent que rarement une destruction étendue de la cornée.

b) La forme *profonde*, ou conjonctivite diphtérique au sens strict du mot. Celle-ci a une marche beaucoup plus grave que la forme superficielle, car elle est constituée quand l'exsudat se coagule déjà dans l'intérieur du tissu de la conjonctive. Il s'ensuit que les vaisseaux sont comprimés, la muqueuse est rigide, exsangue et se nécrose. Quand on renverse les paupières, on trouve donc, à côté d'endroits où la conjonctive est rouge et gonflée, des places où elle est déprimée, lisse et d'une coloration jaune grisâtre, souvent tachetée de quelques mouchetures d'un rouge sale (ecchymoses). Dans les cas les plus graves, la conjonctive acquiert cet aspect dans une plus grande étendue, ou même partout ; elle est uniformément grise et dure, comme après une brûlure intense, par exemple avec de la chaux.

L'état que nous venons de décrire et qui s'établit rapidement, après un temps très court d'incubation, est le premier stade de la maladie : on l'appelle stade d'*infiltration*. Suivant l'extension du processus diphtérique sur la conjonctive, ce stade dure de cinq à dix jours. Alors peu à peu les points diphtériques commencent à disparaître. Là où l'infiltration est peu intense, on voit survenir la résorption de l'exsudat ; ailleurs, au contraire, où, par la violence de l'infiltration, la circulation a été entièrement interrompue et le tissu mortifié, l'on voit survenir l'élimination des parties nécrosées. De là des pertes de substance de la conjonctive qui ne tardent pas à se couvrir de bourgeons charnus. Entre temps, la sécrétion est devenue plus abondante et purulente, c'est pourquoi l'on désigne ce second stade sous le nom de stade *blennorrhéique*. Le troisième stade est celui de la *cicatrisation*, où les surfaces bourgeonnantes, résultant de l'élimination des parties gangrenées de la conjonctive, diminuent insensiblement et se recouvrent d'un revêtement épithélial. Comme ce processus s'opère en attirant la conjonctive voisine, le sac conjonctival se raccourcit dans sa totalité ; de même, il n'est pas rare d'observer divers points d'adhérence entre la conjonctive palpébrale et celle du globe (symlépharon). Le rac-

courcissement cicatriciel de la conjonctive, qui survient plus tard, est d'autant plus sensible que le processus diphtérique a été plus étendu. Il peut en résulter plus tard du trichiasis, de l'entropion cicatriciel et même de la xérophtalmie.

La forme profonde de la conjonctivite diphtérique est beaucoup plus grave que la forme croupale, non seulement au point de vue de la conjonctive, mais à beaucoup d'autres points de vue. Elle attaque la cornée bien plus souvent et plus gravement. La cornée suppurera d'autant plus sûrement que le processus diphtérique de la conjonctive sera plus étendu. Lorsque celle-ci est infiltrée et dure dans toute son étendue, la cornée est toujours perdue. — L'état général des petits patients est très altéré. Ils ont une fièvre élevée et sont très débilités. Les enfants faibles succombent assez souvent à l'affection générale. Le pronostic est donc, dans les cas graves, très sérieux, non seulement en ce qui concerne l'œil, mais même pour la vie.

ÉTILOGIE. — Ces deux formes de maladie, si différentes dans leur aspect clinique et dans leur marche, appartiennent pourtant à la même affection, à la diphtérie ; ce qui le prouve, c'est avant tout la présence du bacille de Löffler dans la sécrétion conjonctivale. Fréquemment les patients souffrent d'autres manifestations diphtériques peu douteuses. On trouve de petites plaques de diphtérie aux bords et aux angles des paupières, aux narines, aux commissures labiales ; parfois même il coexiste une inflammation diphtérique du nez ou de la gorge.

On observe la conjonctivite diphtérique principalement dans les pays où la diphtérie règne, et spécialement aux moments où existe une épidémie d'angine diphtérique. Souvent on peut prouver que les enfants atteints de diphtérie oculaire ont été antérieurement en rapport avec d'autres enfants qui, peu après, ont souffert d'angine diphtérique, de même que les premiers peuvent à leur tour propager la contagion. La réceptivité à la diphtérie diminue avec l'âge. Par conséquent, la conjonctivite diphtérique frappe généralement des enfants, le plus souvent entre deux et huit ans. Les adultes ne sont affectés qu'exceptionnellement et, la plupart du temps, à un degré plus léger.

TRAITEMENT. — Dans les cas graves de conjonctivite diphtérique, dès que l'on est fixé sur la nature diphtérique de l'affection, il faut faire une injection de sérum antidiphtérique, de préférence sous la peau des paupières. De plus, on instillera fréquemment du sérum dans le sac conjonctival. Dans les cas plus légers (forme croupale), on peut se borner au traitement local. Celui-ci consiste, dans le premier stade de l'affection, à entretenir la propreté de l'œil. A cet effet, on se servira de préférence de liquides antiseptiques faibles (solution de sublimé, de permanganate

de potasse et principalement d'une solution de quinine). Quant aux compresses froides, qui paraissent indiquées à cause du gonflement et de la rougeur intense des paupières, on ne doit y recourir que si la circulation dans la conjonctive n'est pas trop entravée par l'infiltration diphtérique. Sinon on s'adressera plutôt aux compresses chaudes, qui favorisent la circulation en dilatant les vaisseaux. Pour ce qui concerne la conjonctive elle-même, Fieuzal a recommandé de la badigeonner au jus de citron. On a vanté également le badigeonnage de la conjonctive avec une forte solution de sublimé (1/1.000) immédiatement, ou, s'il y a des membranes, après enlèvement de celles-ci. Autrement il ne sert de rien de se borner à détacher les membranes dans la forme croupale, parce qu'elles se reforment aussitôt. Quand, après élimination des membranes ou de l'escarre, la conjonctive est devenue très rouge, molle et succulente, et qu'une sécrétion abondante apparaît, on peut commencer les attouchements au nitrate d'argent, qui ramèneront plus rapidement la conjonctive à l'état normal. Mais on doit au début procéder avec prudence, employer une faible solution (1 p. 100) et interrompre les cautérisations s'il se reforme des membranes ou une infiltration plus profonde.

On continue les cautérisations de la conjonctive aussi longtemps qu'elle est rouge et gonflée et qu'elle sécrète abondamment. Lorsque, dans la forme profonde, il s'est produit des points de nécrose où existe une élimination de portions de conjonctive, on cherche, pendant la cicatrisation, à prévenir autant que possible les adhérences entre les paupières et le globe oculaire (en détachant souvent les paupières du globe, en intercalant entre eux un petit linge imbibé d'huile), car les adhérences, une fois formées, ne peuvent plus être détruites que par une opération. Les complications du côté de la cornée doivent être soignées suivant les règles que nous donnerons plus loin pour le traitement des suppurations de la cornée en général.

Dans le premier stade, on s'abstiendra de toute espèce d'intervention opératoire à la cornée ou aux paupières, parce que les plaies que l'on pratique dans ces circonstances deviennent habituellement diphtériques à leur tour.

A cause du caractère éminemment infectieux de la diphtérie, il faut porter une attention toute particulière sur la *prophylaxie*. Il faut donc éloigner de l'entourage du malade toutes les personnes qui ne sont pas absolument nécessaires pour son service ; mais, avant tout, il faut avoir soin d'écarter les enfants, qui sont particulièrement accessibles à l'infection. S'il n'y a qu'un seul œil malade, l'autre doit être préservé contre l'infection par un bandage occlusif soigneusement appliqué, absolument comme dans la blennorrhée aiguë. Il faut, du reste, strictement recom-

mander, aux personnes qui soignent le malade, de bien se nettoyer les mains après tout contact avec l'œil affecté et de détruire aussitôt tous les objets ayant servi au pansement.

La première description exacte de la conjonctivite diphtérique, nous la devons à v. Græfe, qui avait l'occasion, à Berlin, d'observer souvent cette maladie. Sa description se rapporte à la forme profonde, qu'il divisait en deux groupes. Dans les cas légers — diphtérie en plaques — on trouve les plaques diphtériques de la conjonctive sous forme d'îlots plus ou moins étendus (particulièrement à la conjonctive palpébrale), séparés par des parties de la conjonctive moins atteintes. Dans les cas graves, au contraire, les foyers diphtériques confluent rapidement, de façon que toute la conjonctive devienne raide et exsangue — diphtérie confluyente. Après que Löffler eut découvert, dans les membranes de la diphtérie pharyngienne, le bacille qui porte son nom, on le retrouva bientôt dans la diphtérie conjonctivale (Babès, Kolisko et Paltauf, etc.). Au contraire, personne ne pensait que l'on dût également rapporter à la diphtérie les cas de formation de membrane sur la conjonctive, jusqu'au jour où l'on prouva la présence du bacille de Löffler dans ces membranes également (C. Fränkel, Uhthoff, Elschmig, Escherich, Sourdille, Schirmer et autres). Il en était de cela comme de la diphtérie du pharynx et du croup du larynx, dont la nature commune ne fut reconnue que plus tard. Mains auteurs pensent que l'inflammation membraneuse d'une muqueuse répond à une action plus faible du bacille diphtérique que la vraie inflammation diphtérique, soit que le bacille ait perdu de sa virulence, soit que le patient soit plus réfractaire à son action. La gravité de l'inflammation dépend aussi de ce que, fréquemment, il existe sur la muqueuse malade, à côté du bacille de Löffler, encore d'autres microbes, tels que le staphylocoque et le streptocoque; ce dernier peut à lui seul produire une affection ayant l'aspect clinique de la diphtérie. Dans ma clinique, c'est précisément le streptocoque que l'on a trouvé dans les cas les plus graves, tandis que les cas plus bénins à forme croupale montraient le bacille de Löffler.

Membrane croupale de la conjonctive. — Les mots croup et diphtérie sont donc des concepts anatomiques qui désignent des formes déterminées de l'inflammation. L'inflammation croupale est caractérisée par le dépôt d'un exsudat à la surface d'un tissu, où il se prend, par la coagulation, en une membrane. L'essence de l'inflammation diphtérique, par contre, réside dans l'existence d'une exsudation en masse dans le tissu même, avec nécrose consécutive de celui-ci. L'inflammation diphtérique peut donc être considérée comme un degré plus élevé de l'inflammation croupale, puisque la même cause développe, quand elle agit légèrement, une inflammation croupale; quand elle agit plus énergiquement, une inflammation diphtérique de la muqueuse. Sourdille a, par ses expériences, établi qu'en badigeonnant la conjonctive avec de l'ammoniaque, on peut à volonté faire naître la forme diphtérique ou la forme croupale de l'inflammation, selon l'application plus ou

moins énergique du caustique. On peut faire la même expérience en pratique; en effet, si l'on touche trop fortement ou trop fréquemment la conjonctive enflammée avec la solution de nitrate d'argent, on fait naître un dépôt croupal sur celle-ci. Que l'on continue néanmoins les cautérisations, et l'on obtiendra une inflammation diphtérique, avec nécrose localisée du tissu. Les irritants chimiques d'origine organique peuvent produire les mêmes résultats. L'application répétée d'une infusion de jéquirity produit une inflammation d'abord croupale, ensuite diphtérique. Mais il en est de même pour certaines inflammations conjonctivales, causées par des microbes. Dans la blennorrhée aiguë, on observe, si l'inflammation a atteint un degré élevé, tantôt un dépôt croupal, tantôt même une infiltration diphtérique de certaines portions de la conjonctive, et de pareils cas sont souvent pris pour de la vraie diphtérie.

Il se peut donc que le même tableau clinique, par exemple la conjonctivite diphtérique, soit produit par les agents les plus variés, de nature chimique ou parasitaire; et inversement, le même agent est capable de fournir des tableaux cliniques différents, par exemple l'inflammation croupale et l'inflammation diphtérique pour le bacille de Löffler. Il n'est donc pas permis d'employer les termes croup et diphtérie de la conjonctive, d'une part, pour caractériser des altérations anatomiques, d'autre part, pour désigner des types morbides déterminés ayant une commune origine; or, c'est ce qu'on avait fait jusqu'à présent. Pour ce qui regarde l'expression diphtérie, je m'en suis tenu à la proposition de Roser. Avec lui, j'emploie le terme diphtérie pour désigner anatomiquement cette forme d'inflammation dans laquelle l'exsudat se coagule à l'intérieur même du tissu; au contraire, si l'on se place au point de vue étiologique, les mots diphtérie et diphtérique désignent ces affections — quel que soit d'ailleurs l'aspect qu'elles affectent — qui sont causées par le bacille de Löffler.

Antérieurement, on réunissait sous la dénomination de conjonctivite croupale ou membraneuse la plupart des conjonctivites qui se développaient spontanément et évoluaient avec production de membranes, dont on faisait un tableau clinique unique et indépendant. Mais les nouvelles recherches bactériologiques ont montré que les agents morbides les plus variés peuvent faire naître des membranes sur la conjonctive. Au point où nous en sommes de nos connaissances sur cette question, une conjonctivite croupale peut être produite par les causes suivantes :

a) *Conjonctivite croupale d'origine spontanée.* — Elle montre d'ordinaire une marche aiguë et constitue ce que l'on décrivait auparavant comme affection propre, sous le nom de conjonctivite croupale. Nous avons vu plus haut qu'une partie de ces cas doivent être rapportés à la diphtérie, comme produits par le bacille de Löffler. Cette notion a une grande importance pratique, parce que nous savons à présent que des cas de conjonctivite, en apparence bénins, sont susceptibles de provoquer le développement d'une diphtérie conjonctivale ou pharyngienne grave, s'ils sont transmis à d'autres enfants, et nous prenons nos mesures en conséquence. Les inflammations croupales, en

partie de nature sérieuse, sont causées par le streptocoque, les plus légères par le pneumocoque, le staphylocoque et d'autres microbes. A ces cas, qui évoluent d'une façon bénigne, appartiennent aussi ceux de catarrhe aigu, produits par le bacille de Weeks et accompagnés de formation de membrane (Morax). Nous avons déjà dit plus haut qu'il n'est pas rare de voir se développer des membranes dans la blennorrhée aiguë, causée par le gonocoque. Une violente conjonctivite avec production de dépôt croupal a été causée par le champignon du muguet (Pichler). — Aux cas de conjonctivite croupale présentant un caractère plus *chronique*, se rapportent les observations très rares d'herpès-iris de la conjonctive. Dans ces cas, la cornée ne court pas de danger. On les reconnaît à ceci que l'exanthème caractéristique de l'herpès-iris se retrouve aussi sur la peau (une plaque centrale de la peau rouge ou pigmentée, entourée d'un anneau de vésicules); parfois, les membranes se forment également sur la conjonctive et sur la muqueuse buccale. Dans certains cas, la maladie récidive fréquemment. Il existe, en outre, des cas où l'on a observé pendant des mois, ou même des années, la formation de membranes sur la conjonctive; on ne sait rien encore de la nature de ces cas (Arlt, Hulme, Morton et autres).

b) Par l'application d'irritants de nature chimique sur la conjonctive, on parvient à produire dans celle-ci une inflammation qui s'accompagne de formation de membranes. Nous avons déjà cité plus haut quelques-unes de ces substances irritantes, les unes de nature organique, les autres de nature inorganique: ce sont l'ammoniaque, la solution de nitrate d'argent, l'infusion de jéquirity.

c) Les pertes de substance de la conjonctive se couvrent très tôt, comme celles des autres muqueuses, d'une membrane de fibrine coagulée, sous laquelle se fait la guérison de la plaie. On observe cela après les opérations (par exemple, la ténotomie), les blessures, ainsi que les pertes de substance survenant spontanément, comme, par exemple, après la déchirure d'une bulle de pemphigus (voir § 18).

V. — CONJONCTIVITE ECZÉMATEUSE (1).

§ 17. SYMPTÔMES. — Dans sa forme typique la plus simple, le tableau symptomatologique de la conjonctivite eczémateuse est le suivant: sur un point du limbe conjonctival, il se forme une petite élevation rouge, à peu près de la grosseur d'un grain de millet; c'est l'*efflorescence* (fig. 33). Au début, celle-ci est conique, et son sommet est couvert de l'épithélium de la conjonctive. Bientôt l'épithélium du sommet de l'efflorescence s'élimine, et le tissu qui se trouve immédiatement sous le revêtement épithélial se

(1) Synonymes: Conjonctivites lymphatique, scrofuleuse, phlycténulaire, pustuleuse, exanthématique, herpès conjonctival (Stellwag).

détruit, de façon que le sommet du cône s'affaisse. Celui-ci porte alors à son sommet un petit ulcère gris, qui proémine par conséquent au-dessus du niveau de la conjonctive saine environnante. Par destruction ultérieure, le cône disparaît finalement tout entier, l'ulcère s'affaisse au niveau de la conjonctive, se déterge rapidement et se recouvre d'épithélium. Alors l'ulcère est cicatrisé, sans laisser de trace visible dans la conjonctive.

Au moment où l'efflorescence apparaît, la conjonctive environnante s'hyperémie, les vaisseaux injectés convergent de tous côtés vers le petit bouton. La partie de la conjonctive devenue rouge ainsi prend la forme d'un triangle, dont la pointe correspond au limbe et au petit bouton; le reste de la conjonctive est complètement pâle.

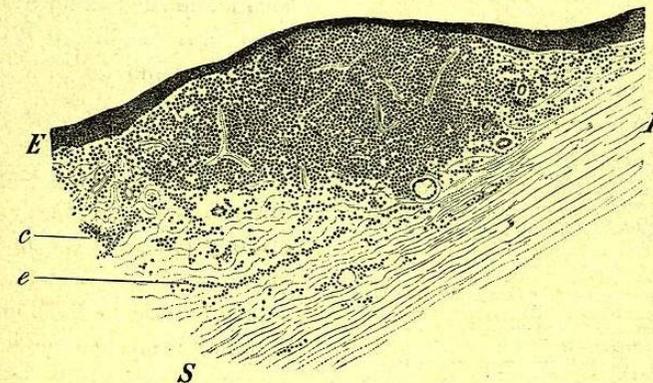


Fig. 33. — Efflorescence eczémateuse du limbe. Gross. 62/1. — La sclérotique S se distingue, par ses faisceaux plus fins et ses vaisseaux sanguins, de la cornée H, plus homogène et privée de vaisseaux. Au niveau de ces deux membranes, mais cependant plus sur la sclérotique que sur la cornée, est situé le bouton lymphatique. Celui-ci consiste en un amas de cellules rondes, entre lesquelles on reconnaît les vaisseaux sous forme de raies claires. Au pourtour du bouton, les vaisseaux conjonctivaux c et épiscléraux e sont entourés de leucocytes émigrés. L'épithélium de la conjonctive E est soulevé par le bouton et aminci au sommet de celui-ci, et a perdu la netteté de ses limites du côté du tissu conjonctif, par suite d'une infiltration des cellules rondes dans les couches épithéliales elles-mêmes.

Le type le plus simple de la conjonctivite eczémateuse est donc représenté par une petite nodosité exsudative nettement circonscrite, à laquelle correspond une certaine étendue de conjonctive injectée. La conjonctivite eczémateuse est, par conséquent, une affection strictement *localisée* sur un point de la conjonctive bulbaire, et c'est ce qui la distingue de toutes les conjonctivites déjà décrites. Celles-ci, en effet, sont toutes des inflammations diffuses, puisqu'elles s'étendent d'une manière uniforme sur de grandes surfaces de la conjonctive.

Les formes cliniques réelles de la conjonctivite eczémateuse présentent les variations les plus diverses de la forme typique simple que nous venons de décrire. Ces variations concernent:

a) Le nombre des efflorescences. Il est rare qu'il n'y en ait qu'une seule,