

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 cataracte aiguë, 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 ténatomie), 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.

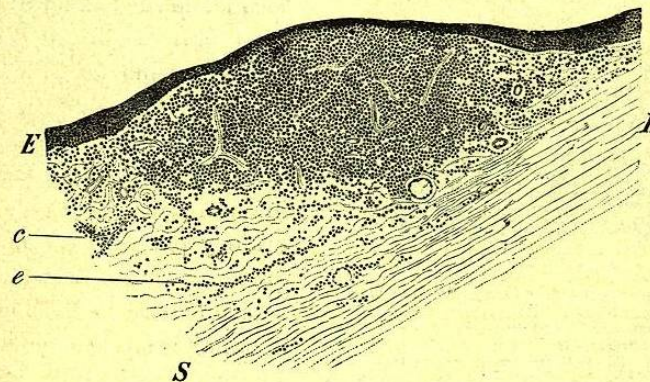


Fig. 33. — Efflorescence eczémateuse du limbe. Gross. 62/1. — La sclérotique S se distingue, par ses faisceaux plus fins et ses vaisseaux sanguins, de la cornée H, plus homogène et privée de vaisseaux. Au niveau de ces deux membranes, mais cependant plus sur la sclérotique que sur la cornée, est situé 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 épiscléaux 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,



le plus souvent il y en a plusieurs, fréquemment on en trouve un grand nombre. D'ordinaire, elles sont d'autant plus grandes qu'elles sont moins nombreuses; dans quelques cas rares, elles gagnent presque la grosseur d'une lentille. Lorsque les efflorescences sont nombreuses, elles sont petites; souvent, on trouve tout le limbe, et même la cornée complètement couverts de toutes fines élevures; on dirait que, sur la surface du globe oculaire, on a répandu du sable. Quand les efflorescences n'ont que ces dimensions, elles disparaissent habituellement, par résorption, au bout de quelques jours, sans s'ulcérer. — Lorsque plusieurs efflorescences se développent à la fois, les triangles injectés de la conjonctive bulbaire appartenant à chacune d'elles deviennent confluents, et le caractère de la

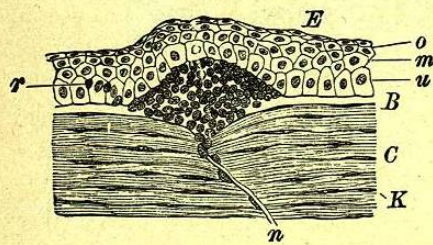


FIG. 34. — Efflorescence sur la cornée dans la conjonctivite eczémateuse, d'après IWANOFF. — La nodosité, composée de cellules, siège entre la membrane de Bowman B et l'épithélium E, qu'elle soulève. Dans l'épithélium, on distingue la couche la plus profonde de cellules cylindriques u, la couche moyenne de cellules polygonales m et la couche superficielle de cellules plates o; entre les cellules épithéliales sont compris quelques leucocytes r. Le parenchyme cornéen C, avec ses corpuscules cornéens K, est traversé par un nerf n, qui aboutit en haut à la nodosité.

antérieure de la conjonctive bulbaire, ou encore en dedans du limbe, dans la cornée même. Dans la cornée, les petites nodosités grises sont situées dans les couches les plus superficielles. La destruction de l'efflorescence occasionne, dans la cornée, une perte de substance superficielle qui ne laisse après elle presque pas d'opacité. Mais souvent il arrive que l'affection revêt un caractère plus grave, en ce sens que les exsudats de la cornée ont de la tendance à s'étendre en profondeur ou en largeur. C'est ainsi que l'infiltration peut perforer la membrane de Bowman et pénétrer dans le tissu propre de la cornée. Dans ce cas, il y a destruction de ce tissu, d'où un ulcère qui s'étend en profondeur et peut même perforer la cornée. Alors, après la cicatrisation de l'ulcère, il reste une opacité permanente.

c) Les ulcères cornéens, qui se sont ainsi développés, peuvent revêtir un caractère serpigneux, c'est-à-dire se propager dans les couches superfi-

cielles. C'est de cette manière que se forme la *kératite en bandelette* (Fischer), ou *kératite fasciculaire*. Voici comment cette affection débute: sur le bord de la cornée se développe une efflorescence, qui laisse après elle un petit ulcère. Au bout de quelques jours, le petit ulcère se déterge dans sa moitié périphérique tournée du côté du bord de la cornée. En même temps, suivant la marche habituelle de l'ulcère cornéen régressif, il se développe, dans le limbe, des vaisseaux qui s'avancent vers le bord de l'ulcère en voie de guérison et qui concourent au travail de cicatrisation. Mais, en même temps, le bord de l'ulcère tourné vers le centre de la cornée reste infiltré et gris. Comme l'infiltration et la destruction purulente consécutive font des progrès constants, l'ulcère s'avance de plus en plus vers le centre de la cornée, tandis qu'il se cicatrise dans la même mesure du côté de la périphérie et qu'il entraîne avec lui les vaisseaux sanguins. C'est ainsi que la *kératite en bandelette* est représentée par une bandelette étroite et rouge, formée de vaisseaux, qui, partant du bord cornéen, s'étend à une certaine distance sur la cornée. A la pointe de la bandelette se trouve un petit croissant gris; c'est le bord progressif, gris et infiltré de l'ulcère. Le mal ne s'arrête et ne se guérit que lorsque le petit ulcère se cicatrise complètement. Mais, avant ce temps, la bandelette vasculaire peut s'étendre jusqu'au centre, et même au delà, de la cornée. L'ulcère cependant reste toujours superficiel, et jamais l'on n'a observé qu'il ait produit la perforation de la cornée. Lorsque finalement la *kératite en bandelette* a cessé de progresser, les vaisseaux disparaissent graduellement, et il ne reste qu'une opacité cornéenne superficielle qui correspond à la forme allongée de la bandelette vasculaire. Cette opacité ne s'éclaircit plus jamais et permet ainsi de diagnostiquer, pendant toute la vie, qu'une *kératite en bandelette* a existé.

b) Le *siège* des efflorescences n'est pas toujours dans le limbe même, il peut se trouver aussi plus en dehors, dans le segment

cielles. C'est de cette manière que se forme la *kératite en bandelette* (Fischer), ou *kératite fasciculaire*. Voici comment cette affection débute: sur le bord de la cornée se développe une efflorescence, qui laisse après elle un petit ulcère. Au bout de quelques jours, le petit ulcère se déterge dans sa moitié périphérique tournée du côté du bord de la cornée. En même temps, suivant la marche habituelle de l'ulcère cornéen régressif, il se développe, dans le limbe, des vaisseaux qui s'avancent vers le bord de l'ulcère en voie de guérison et qui concourent au travail de cicatrisation. Mais, en même temps, le bord de l'ulcère tourné vers le centre de la cornée reste infiltré et gris. Comme l'infiltration et la destruction purulente consécutive font des progrès constants, l'ulcère s'avance de plus en plus vers le centre de la cornée, tandis qu'il se cicatrise dans la même mesure du côté de la périphérie et qu'il entraîne avec lui les vaisseaux sanguins. C'est ainsi que la *kératite en bandelette* est représentée par une bandelette étroite et rouge, formée de vaisseaux, qui, partant du bord cornéen, s'étend à une certaine distance sur la cornée. A la pointe de la bandelette se trouve un petit croissant gris; c'est le bord progressif, gris et infiltré de l'ulcère. Le mal ne s'arrête et ne se guérit que lorsque le petit ulcère se cicatrise complètement. Mais, avant ce temps, la bandelette vasculaire peut s'étendre jusqu'au centre, et même au delà, de la cornée. L'ulcère cependant reste toujours superficiel, et jamais l'on n'a observé qu'il ait produit la perforation de la cornée. Lorsque finalement la *kératite en bandelette* a cessé de progresser, les vaisseaux disparaissent graduellement, et il ne reste qu'une opacité cornéenne superficielle qui correspond à la forme allongée de la bandelette vasculaire. Cette opacité ne s'éclaircit plus jamais et permet ainsi de diagnostiquer, pendant toute la vie, qu'une *kératite en bandelette* a existé.

d) Les cas les plus graves de conjonctivite eczémateuse sont ceux dans lesquels l'exsudat se manifeste dès le début, sous forme d'une large infiltration occupant les couches *profondes* de la cornée. On trouve alors celle-ci envahie sur une grande étendue par une opacité uniformément grise ou jaunâtre, dont les bords ne sont pas nettement limités et qui siège dans les couches profondes de la cornée; au niveau de l'opacité, la cornée paraît picotée. Dans les cas graves, l'infiltration, qui était primitivement grise, devient de plus en plus jaune et subit finalement la transformation purulente, de façon qu'elle amène une large perte de substance dans la cornée. Dans les cas bénins, au contraire, l'infiltration disparaît peu à peu par voie de résorption, et la cornée redevient partiellement ou totalement transparente. On est étonné de voir jusqu'à quel point des infiltrations même étendues peuvent disparaître.

e) Au lieu de se montrer sous forme de foyers circonscrits, l'exsudat



peut se transformer, sur la surface de la cornée, en un tissu nouveau continu, c'est-à-dire en *pannus*. Ce pannus porte le nom de pannus eczémateux, pour le distinguer du pannus trachomateux. Il ne montre pas, comme celui-ci, de la prédilection pour la moitié supérieure de la cornée, mais il prend naissance sur n'importe quel point du bord de cette membrane. Il est habituellement mince, peu vascularisé et susceptible de disparaître complètement.

La conjonctivite eczémateuse est le plus souvent accompagnée d'un larmolement abondant. Il n'existe généralement pas de sécrétion muqueuse ou muco-purulente, comme dans le catarrhe ; c'est pourquoi les paupières ne sont pas collées le matin. Il n'y a d'exception que pour les cas anciens, où l'inflammation, intéressant également la conjonctive palpébrale, y a produit l'effet d'une inflammation catarrhale concomitante.

Les *symptômes subjectifs* consistent en photophobie et crampes des paupières (blépharospasme). Bénins dans beaucoup de cas, ces symptômes acquièrent d'autres fois une intensité inaccoutumée : les enfants se cachent dans quelque coin obscur de la chambre, ils se couvrent la figure de leurs mains et s'opposent si énergiquement à toute tentative d'écartement des paupières, que le médecin éprouve de grandes difficultés pour faire l'examen des yeux. Il n'y a pas rapport constant entre l'intensité de ces symptômes et la gravité de la maladie ; c'est, au contraire, précisément dans les cas où l'affection de la cornée est étendue et profonde que les phénomènes irritatifs sont souvent bénins. En général — à l'inverse de ce qui a lieu pour le catarrhe conjonctival — les souffrances sont plus fortes le matin que l'après midi et le soir.

**MARCHE ET PRONOSTIC.** — La simple efflorescence typique sur le limbe parcourt toutes ses phases, jusqu'à sa disparition complète, en huit ou quinze jours. Si les efflorescences sont multiples, le temps nécessaire à leur guérison est proportionnellement plus long. Malgré cela, la maladie serait encore de courte durée, si elle se bornait à une seule et unique attaque. Mais ce n'est que rarement le cas, car, après un certain temps de repos, ou même avant que la première inflammation soit entièrement terminée, l'œil s'injecte derechef, et de nouveaux boutons poussent sur le limbe ou à côté. Ainsi, avec des intermittences plus ou moins longues, l'affection peut traîner des mois et des années. Elle débute dans l'enfance, mais les attaques reviennent souvent jusqu'au temps de la puberté, quelquefois même au delà. Tantôt l'un des yeux est atteint, tantôt l'autre ou même tous les deux simultanément. Enfin, les atteintes deviennent de plus en plus rares et finissent par cesser entièrement.

L'humectation constante des paupières par les larmes produit souvent de la blépharite, ainsi que de l'eczéma palpébral et, consécutivement, un

ectropion de la paupière inférieure. Souvent on observe des excoriations siégeant à l'angle palpébral externe, et plus tard se développe souvent un blépharophimos.

Le *pronostic* de la conjonctivite eczémateuse est favorable, en ce sens qu'il est rare qu'elle amène la perte complète d'un œil. Les efflorescences superficielles disparaissent sans laisser de traces ; les ulcères, au contraire, qui intéressent le parenchyme cornéen proprement dit, laissent des opacités permanentes, qui sont cependant, dans la plupart des cas, minces et superficielles (taies). Chez les personnes qui ont eu à subir un grand nombre d'atteintes, les cornées portent plusieurs de ces taies, indices d'inflammations antérieures. Elles altèrent la vision et empêchent ces personnes de se livrer à des travaux délicats. En outre, les inflammations oculaires, réapparaissant coup sur coup, ont pour effet d'arrêter les enfants dans leur développement physique et intellectuel. Par conséquent, quoique la conjonctivite eczémateuse n'amène qu'exceptionnellement la cécité, elle est néanmoins si nuisible qu'il faut la combattre, par tous les moyens dont on dispose.

§ 18. **ÉTIOLOGIE.** — La conjonctivite eczémateuse est une des affections oculaires les plus fréquentes. Elle est sous la dépendance de la diathèse scrofuleuse. Cette conjonctivite, comme la scrofuleuse elle-même, est une affection de l'enfance et de la jeunesse. Il est rare qu'on la rencontre chez de tout petits enfants — en dessous d'un an. Elle disparaît habituellement vers l'âge de la puberté. Quant aux adultes, ils n'en sont atteints que dans les cas où ils en ont souffert dans leur enfance. Les enfants frappés de conjonctivite eczémateuse appartiennent, dans l'immense majorité des cas, aux classes pauvres. En effet, ces enfants sont insuffisamment et mal nourris, sont malpropres et vivent dans des habitations humides et mal aérées. L'affection se montre aussi chez d'autres enfants, qui, auparavant en bonne santé, sont affaiblis par des maladies générales (scarlatine, rougeole, fièvre typhoïde, coqueluche, etc.).

Les enfants scrofuleux sont pâles et émaciés, ou bien il sont bouffis. Ils ont les ganglions engorgés sous la mâchoire inférieure, au cou, devant les oreilles. Soit par suppuration de ces ganglions, soit par destruction d'infiltrations scrofuleuses de la peau, ils portent des ulcérations et des fistules qui demandent des mois et même des années pour se guérir, et qui laissent des cicatrices très difformes et caractéristiques. Ces ulcérations et ces fistules proviennent de glandes suppurées et d'infiltrations cutanées ulcérées. On observe des eczémas humides sur divers endroits du corps, le plus souvent à la face ; c'est, au reste, également à une affection eczémateuse de la muqueuse nasale que doit être attribué l'enchifrènement continu dont souffrent beaucoup de ces enfants. Les paupières