

libre. Les pustules qui se développent sur la conjonctive bulbaire, près du limbe, deviennent dangereuses, parce qu'elles provoquent une kératite suppurée dans les parties voisines de la cornée (cette kératite suppurée ne doit pas être confondue avec l'ulcère rampant qui se développe dans le cours de la variole). (Voir § 36.)

b) *Exanthèmes chroniques.*

Acné rosacé de la conjonctive. — Cette affection de la conjonctive, décrite par Arlt, débute par l'apparition d'une petite nodosité du limbe, accompagnée de phénomènes inflammatoires. Cette efflorescence disparaît au bout de quelques jours, et le petit ulcère qui en est la suite se guérit sans laisser de cicatrice apparente. Cette affection présente la plus grande analogie avec la forme typique simple de la conjonctivite eczémateuse, avec laquelle elle partage, d'ailleurs, la propriété de récidiver fréquemment. C'est le motif pour lequel elle devient pénible pour le patient. Un fait qui facilite singulièrement le diagnostic différentiel, c'est que la conjonctivite *ex acne* ne s'observe que chez les adultes qui sont en même temps atteints d'acné rosacé. Il est important d'établir le diagnostic exact, sinon on pourrait en vain chercher à prévenir les récidives. En effet, ce résultat ne peut être obtenu que par un traitement prolongé et approprié de la couperose elle-même. Quant à la conjonctivite, elle se guérit très promptement, par les insufflations de calomel.

Pemphigus de la conjonctive. — La conjonctive, rouge dans son ensemble, porte des points gris, isolés, privés d'épithélium. Tandis que ces points se cicatrisent lentement, en rétractant la conjonctive sur laquelle ils reposent, de nouvelles taches de même espèce se développent ailleurs. De cette manière, la rétraction cicatricielle de la conjonctive fait de nouveaux progrès, très lents, il est vrai, mais constants (pendant des mois et même des années). Entre temps, la conjonctive devient blanchâtre, opaque et tendue. D'abord les plis du cul-de-sac s'effacent, ensuite il se forme des plis qui, partant des paupières, se dirigent perpendiculairement sur le globe oculaire; enfin, les paupières sont tirées en arrière, ce qui produit un trichiasis. La conjonctive devient donc toujours plus sèche et la sécrétion lacrymale se tarit, parce que les canaux excréteurs de la glande lacrymale sont oblitérés par la rétraction de la conjonctive. La cornée devient le siège d'ulcères; plus tard, elle se trouble entièrement et se dessèche à la surface. Enfin, dans les cas graves, les paupières contractent adhérence avec le globe oculaire dans toute leur étendue, de sorte que la cornée est constamment couverte par les paupières et que l'œil est irrémédiablement aveugle (symblépharon total). Le pronostic du pemphigus est donc très grave, d'autant plus que les deux yeux sont toujours atteints simultanément.

Dans le pemphigus, contrairement à ce que l'on voit sur la peau, on ne trouve sur la conjonctive qu'exceptionnellement des vésicules; en général, on rencontre seulement des excoriations. Cette particularité s'explique par la structure anatomique de la conjonctive. En effet, l'épithélium en est si

délicat et si mou qu'il ne supporte pas, comme l'épiderme, d'être soulevé par l'épanchement sur une grande étendue, mais il se déchire et s'élimine sous forme de lambeaux. De là viennent les érosions de la conjonctive, qui se recouvrent aussitôt d'un enduit gris, comme c'est si fréquemment le cas dans les plaies des muqueuses. Le pemphigus de la conjonctive s'accompagne habituellement d'une affection semblable de la peau. Plus souvent, avec le pemphigus conjonctival, existe du pemphigus des muqueuses buccale, pharyngienne ou nasale. Le pemphigus y revêt alors le même caractère que sur la conjonctive et peut, particulièrement en ce qui concerne la cavité buccale, amener la rétraction de la muqueuse et l'occlusion de la bouche. Enfin, on voit des cas où la conjonctive offre les symptômes de l'affection que nous venons de décrire, sans que, sur le reste du corps, on observe de traces de pemphigus. Que ces cas, décrits d'abord par v. Græfe sous le nom de phtisie essentielle, soient réellement des cas de pemphigus, ce n'est pas certain, mais c'est très probable.

Le traitement de cette affection est impuissant à en enrayer la marche. Contre le pemphigus, on donne, à l'intérieur, l'arsenic; pour soulager le patient, on instille dans l'œil des substances mucilagineuses, comme dans la xérophtalmie (voir p. 84). Pour remplacer les pertes de la conjonctive, on peut essayer la transplantation, dans le cul-de-sac conjonctival, de fragments empruntés à une autre muqueuse.

Lupus de la conjonctive. — Le lupus de la peau se propage quelquefois à la conjonctive en passant sur les bords palpébraux. Sur la conjonctive, le lupus prend l'aspect d'un ulcère dont le fond est couvert de granulations, dans lesquelles on trouve des bacilles de la tuberculose. C'est pourquoi le lupus de la conjonctive doit être considéré comme une affection tuberculeuse; nous renvoyons donc, pour plus de détails, à la tuberculose de la conjonctive (§ 20).

Dans d'autres exanthèmes encore, tels que les syphilides maculaires et papuleuses, dans le pityriasis, le psoriasis, l'ichtyose, l'herpès-iris, la dermite herpétiforme, dans la lèpre, etc., la conjonctive participe quelquefois à l'affection d'une manière toute caractéristique. Dans la lèpre, il se produit habituellement, dans le voisinage du bord cornéen, de petites nodosités jaunâtres, translucides, pauvres en vaisseaux, qui siègent aussi bien dans la conjonctive que dans la sclérotique sous-jacente et se développent bientôt sur la cornée. Les nodosités qui naissent sur la cornée ont souvent l'apparence d'un néoplasme. Elles s'accompagnent quelquefois d'iritis, avec formation de nodules lépreux dans l'iris, et plus tard de cyclite. Les nodosités qui se trouvent dans les différentes parties de l'œil tombent finalement en dégénérescence, et l'œil se perd.

VI. — CATARRHE PRINTANIER.

§ 19. SYMPTOMES ET MARCHÉ. — Le catarrhe printanier (Saemisch) est une affection chronique, traînant pendant des années et produisant des

altérations caractéristiques aussi bien dans la conjonctive du tarse que dans celle du bulbe. La conjonctive du tarse est couverte de papilles qui sont larges et aplaties, de telle manière que la surface de la conjonctive ressemble à un pavage grossier et irrégulier (fig. 35). Sur le tout s'étend un voile délicat de teinte blanc bleuâtre, comme si l'on avait versé une mince couche de lait sur la surface de la conjonctive. — Les altérations que l'on observe à la conjonctive du bulbe sont encore plus frappantes. En effet, du limbe, on voit s'élever, aux bords interne et externe de la cornée, des végétations en forme de nodosités, brunâtres, bosselées et dures, d'apparence gélatineuse (fig. 36). Ces nodosités empiètent, d'un

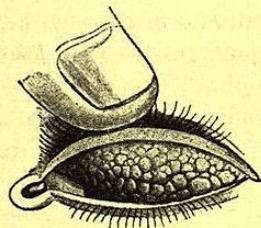


FIG. 35. — *Catarrhe printanier.* — Végétations de la conjonctive chez un jeune homme de dix-huit ans souffrant, depuis deux ans, de cette affection. La paupière renversée montre les papilles formant une sorte de pavage. Les plus grosses sont situées au bord supérieur du tarse; elles diminuent au fur et à mesure que l'on descend et disparaissent absolument tout près du bord libre de la paupière. Le limbe était normal.

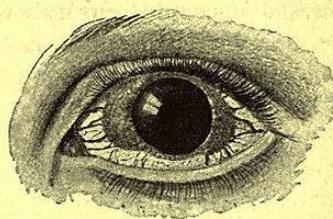


FIG. 36. — *Catarrhe printanier.* — Végétations du limbe chez un jeune garçon de treize ans, souffrant depuis deux ans. Elles ont un développement anormal, car elles forment un anneau complet et très large. De cet anneau partent les veines dilatées, qui courent dans la conjonctive et se dirigent en arrière. A la conjonctive de la paupière supérieure, on remarquait seulement un aspect légèrement velouté.

côté, un peu sur la cornée transparente, de l'autre, plus loin encore, sur la conjonctive, et les vaisseaux qui se trouvent dans le voisinage de ces nodosités sont dilatés. A la différence des efflorescences de la conjonctive eczémateuse qui se détruisent promptement, ces nodosités ne s'ulcèrent jamais; elles sont, au contraire, très persistantes, au point que souvent elles résistent, pendant des années, sans modifications très sensibles.

Non moins caractéristiques que les altérations objectives sont les renseignements fournis par les patients. Ceux-ci racontent que, tant que dure l'hiver, les souffrances qu'ils ressentent du côté des yeux sont nulles ou à peine appréciables. Mais, dès qu'au printemps arrivent les premiers beaux jours, les yeux s'infectent et deviennent larmoyants. Les malades sont alors très incommodés par de la photophobie, mais surtout par un prurit continuel des yeux. A mesure que le temps devient plus chaud, la gêne augmente. Au contraire, les patients se sentent soulagés, quand,

par exemple, pendant l'été, il y a une série de jours pluvieux et frais. En automne, les sensations désagréables diminuent de nouveau et disparaissent entièrement pendant la saison froide, pour recommencer encore au printemps suivant. La différence dans l'état objectif pendant les diverses saisons est bien moins sensible qu'on ne le soupçonnerait, à voir le changement notable de l'état subjectif du malade. La différence consiste principalement en ce que, pendant l'hiver, les yeux sont pâles, tandis qu'ils sont injectés pendant l'été; d'autre part, pendant l'hiver, les végétations conjonctivales ne paraissent qu'un tant soit peu moins développées que pendant l'été.

Le catarrhe printanier est une affection assez rare. Il attaque de préférence le sexe masculin, surtout pendant l'enfance et la jeunesse. Certains patients paraissent d'ailleurs bien portants; d'autres, sans être scrofuleux, sont pâles et montrent de nombreux ganglions lymphatiques gonflés, spécialement sous la mâchoire inférieure et au cou. Les deux yeux sont presque toujours atteints simultanément. Les récurrences annuelles de cette affection se répètent d'habitude pendant une série de trois ou quatre ans, et même plus longtemps encore, quelquefois pendant dix ou vingt ans, jusqu'à ce qu'enfin elles disparaissent sans laisser de traces très visibles. Eu égard à la terminaison de l'affection, le pronostic en est favorable, mais il est mauvais au point de vue de la durée, car nous ne connaissons encore aucun remède pour guérir la maladie, ni pour en prévenir les récurrences. La cause de cette affection est inconnue.

Le traitement, impuissant à guérir la maladie elle-même, doit se borner à adoucir les souffrances. On combat l'inflammation par l'instillation d'astringents légers (sulfate de zinc, acide borique); contre les démangeaisons, on se trouve bien de prescrire une solution diluée d'acide acétique (une goutte d'acide acétique dilué pour 10 grammes d'eau). Dans certains cas, le xéroforme projeté dans l'œil ou l'adrénaline en instillations rendent des services. A-t-on affaire à un malade pâle, aux ganglions engorgés, on lui fait prendre de l'arsenic ou du fer. Enfin on recommandera, en été, de se tenir dans des endroits frais, de séjourner dans les montagnes, de prendre des bains froids et des douches. Si les végétations se développent outre mesure, on peut les exciser.

Le catarrhe printanier n'est pas un véritable catarrhe, comme semble l'indiquer pourtant le nom assez mal choisi qu'on lui a donné; c'est plutôt une affection *sui generis*. Cette maladie a été d'abord décrite par Arlt, qui la regarda comme une variété particulière de la conjonctivite eczémateuse (1846). Plus tard, Desmarres la mentionne sous le nom de : hypertrophie périkératique. V. Græfe l'appelle un épaissement gélatiniforme du limbe; Hirschberg, enfin, *phlyctæna pallida*. Saemisch, le premier, fit remarquer

les exacerbations caractéristiques de l'affection pendant la saison chaude, d'où il lui donna le nom de catarrhe printanier; c'est celui sous lequel on le désigne aujourd'hui habituellement. Horner découvrit l'état particulier de la conjonctive du tarse et compléta ainsi la description de l'affection :

Les papilles de la conjonctive du tarse sont dures, quelquefois même comme du cartilage. Elles sont constituées par l'hypertrophie du tissu conjonctif sous-conjonctival et des fibres élastiques sous-jacentes, qui appartiennent aux couches les plus superficielles du tarse. Les fibres élastiques en voie d'hypertrophie font saillie sur la surface du tarse et pénètrent en touffes dans le tissu conjonctif hypertrophié. Dans les couches les plus superficielles, elles subissent une dégénérescence vitreuse, ce qui confère à ces couches un aspect plus homogène, en opposition avec les couches profondes, riches en cellules. L'épithélium se modifie en second lieu, par suite de l'altération du tissu sous-jacent; il s'hypertrophie et envoie des prolongements dans la profondeur (Schieck).

Les végétations du limbe se développent comme les papilles de la paupière, seulement ici c'est le tissu épiscléral qui fournit les fibres élastiques hypertrophiées. Les végétations s'arrêtent nettement au bord de la cornée, qui reste saine. Parfois, on voit dans la cornée, parallèlement au bord de la nodosité, une strie mince et grise, semblable à l'arc sénile, qui est séparée du bord de la nodosité par un mince liséré de cornée transparente. Très rarement les végétations se propagent à la cornée sous la forme d'un tissu analogue au pannus, mais très peu vascularisé, par conséquent pâle, infiltré, lequel peut recouvrir la cornée entière.

Il est rare que les lésions de la conjonctive palpébrale et celles du limbe soient également développées. Le plus souvent les unes sont plus marquées que les autres ou manquent même. Il est plus fréquent de trouver des altérations à la paupière avec un limbe normal que l'inverse. Il ne faut pas s'attendre à rencontrer toujours les altérations aussi marquées que les dessins les figurent, parce qu'ils représentent précisément des cas typiques. Les papilles sont souvent petites ou manquent totalement, de telle sorte que l'affection se traduit uniquement par ce voile blanc bleuâtre qui tapisse la conjonctive du tarse. Parfois on n'observe, comme signe de l'affection, qu'une rougeur blafarde, constante, du globe oculaire, consistant en une injection conjonctivale formant un réticulum grossier, combinée à une injection ciliaire nette. Dans les cas douteux, on ne peut assurer le diagnostic que par le rapport, que signale le malade, entre la température et les démanagements.

Les végétations papillaires du catarrhe printanier le font habituellement confondre avec le trachome; si l'on a recours au nitrate d'argent ou au crayon de sulfate de cuivre, qui ne détruisent pas du tout les végétations, on irrite l'œil plus encore. Les papilles sont plus grosses (plus larges), plus dures et plus pâles dans le catarrhe printanier que dans le trachome; elles se distinguent tout particulièrement par le revêtement de couleur bleuâtre pâle qui manque dans le trachome. L'anamnèse est aussi d'un grand secours

pour le diagnostic. Souvent, avant d'examiner l'œil, on se doute que l'on a affaire à un catarrhe printanier, parce que le patient accuse l'affection de récidiver tous les ans au printemps. Il faut cependant retenir que la conjonctivite de la fièvre des foins (voir p. 58) réapparaît également au printemps. Mais celle-ci est aiguë et ne dure que quelques semaines, tandis que les symptômes du catarrhe printanier persistent pendant toute la saison chaude.

Dégénérescence amyloïde de la conjonctive. — Cette rare affection n'a encore été observée jusqu'ici qu'en Russie et dans les pays limitrophes; elle a été d'abord décrite par Oettingen (de Dorpat). Dans cette affection, la conjonctive subit une dégénérescence particulière, qui la rend cassante, jaunâtre, translucide comme de la cire et pauvre en vaisseaux. En outre, la membrane conjonctivale acquiert un épaissement si notable qu'elle présente des parties gonflées ressemblant à des néoplasmes. La maladie débute dans le cul-de-sac, d'où elle gagne la conjonctive du bulbe et des paupières; plus tard et en dernier lieu, le tarse est également envahi par la dégénérescence. Dans les cas de longue durée on constate les symptômes suivants: le malade est incapable d'ouvrir l'œil couvert par les paupières, qui ont la forme de deux grosses tumeurs informes. Si l'on écarte les paupières autant que possible, on voit la conjonctive à l'apparence cireuse qui, sous forme d'un bourrelet induré, s'élève circulairement autour de la cornée, encore transparente ou couverte d'un pannus. Entre les paupières et le globe oculaire, font saillie des bourrelets épais qui appartiennent au cul-de-sac agrandi; le repli semilunaire lui-même est souvent transformé en une masse volumineuse et informe. Ces tumeurs sont si friables qu'elles se déchirent souvent déjà, rien que d'essayer d'écarter suffisamment les paupières pour les examiner. Ces déchirures ne sont néanmoins accompagnées que d'une hémorragie insignifiante. La marche de l'affection est chronique; elle traîne pendant des années, sans montrer de symptômes inflammatoires proprement dits, jusqu'à ce que, finalement, le patient perde l'usage de l'œil, parce qu'il lui est impossible d'ouvrir les paupières déformées.

L'examen microscopique a démontré que la dégénérescence de la conjonctive prend son origine dans le tissu cellulaire sous-conjonctival. On trouve d'abord ce tissu pénétré de nombreuses cellules (hypertrophie adénoïde); ensuite, il se forme des écailles mates, homogènes, que l'on doit considérer comme de la substance amyloïde ou hyaline, suivant la réaction aux substances colorantes; mais souvent il survient une dégénération des tissus indépendante, ne se terminant pas par la dégénérescence amyloïde — la *dégénérescence hyaline* de la conjonctive. Celle-ci présente presque le même aspect clinique que la dégénérescence amyloïde, au point qu'on ne peut les distinguer que par l'examen de fragments de conjonctive excisés. Enfin il arrive que la muqueuse dégénérée se calcifie ou s'ossifie.

La maladie attaque les personnes à l'âge moyen de la vie, et les deux yeux sont habituellement atteints. Très souvent la dégénérescence amyloïde est précédée d'un trachome de la conjonctive. Ce trachome, cependant, ne doit pas être regardé comme la cause de la dégénérescence amyloïde, puisque

celle-ci peut aussi s'observer sur des yeux antérieurement sains. La cause intime de la maladie est inconnue. Toujours est-il qu'elle constitue un processus pathologique purement local, car les individus atteints jouissent d'ailleurs d'une bonne santé, et aucun autre organe interne ne souffre de dégénérescence amyloïde. La dégénérescence amyloïde de la conjonctive n'a donc aucun rapport avec celle des organes internes.

Le traitement médical est impuissant contre cette maladie. Il faut donc se borner à détruire les hypertrophies de la conjonctive, au point de permettre l'ouverture des paupières et de rendre ainsi la vision possible. Il n'est pas du tout nécessaire, pas même utile, de détruire radicalement tous les tissus malades, car les tissus hypertrophiés non détruits se rétractent plus tard spontanément.

Leber décrit, sous le nom de *conjonctivite pétrifiante*, une affection dans laquelle la conjonctive se couvre d'ulcères dont le fond est blanc et dur par suite d'un dépôt calcaire.

VII. — TUBERCULOSE DE LA CONJONCTIVE.

§ 20. — La tuberculose de la conjonctive se manifeste sous la forme d'ulcères. Ils ont habituellement leur siège dans la conjonctive du tarse.

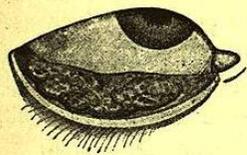


FIG. 37. — Tuberculose de la conjonctive, chez une jeune fille de dix-huit ans, d'apparence florissante mais portant, au sommet des deux poumons, des signes indubitables de tuberculose. — La conjonctive de la paupière inférieure est occupée, dans une grande étendue, par une production d'un rouge grisâtre, limitée par un bord escarpé en partie saillant sur le reste de la conjonctive. A sa surface, cette production porte de nombreux points ulcérés, à fond grisâtre. A la conjonctive de la paupière supérieure, on ne voit que de l'hypertrophie papillaire. Le ganglion préauriculaire était gros comme un pois.

A la simple inspection, la paupière malade paraît déjà épaissie. Mais, lorsqu'on renverse la paupière, on voit sur la surface conjonctivale un ulcère couvert de granulations rouge grisâtre ou à fond rouge jaunâtre d'aspect lardacé (fig. 37). Dans la conjonctive, au pourtour de ces ulcères, se trouvent souvent de petites nodosités grises (nodosités tuberculeuses), ou des hypertrophies de la conjonctive, en forme de crête de coq. L'ulcère ne montre aucune tendance à se cicatriser ; au contraire, il s'élargit sans cesse, mais très lentement. Il peut s'étendre jusque sur la conjonctive bulbaire, et la cornée même se couvre quelquefois d'une espèce de pannus. Dans les cas très graves, l'ulcère ne se borne pas à la conjonctive seulement, mais il corrode encore la paupière dans toute son épaisseur, tellement que l'on remarque déjà extérieurement une perte de substance dans la paupière. De bonne heure, les

glandes lymphatiques préauriculaires se gonflent ; plus tard, celles de la mâchoire inférieure et du cou se tuméfient à leur tour. — Le tableau

symptomatique de cette affection est donc suffisamment caractéristique ; cependant le diagnostic ne doit être considéré comme établi d'une manière certaine que lorsqu'après avoir enlevé un fragment du tissu ulcéré, l'on y a découvert, par les procédés ordinaires, des bacilles tuberculeux, ou que l'on a produit une tuberculose de l'iris, en l'inoculant dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin.

La tuberculose de la conjonctive n'atteint le plus souvent qu'un œil. Le patient ne ressent pas de douleurs ; mais il est incommodé par le gonflement de la paupière et la sécrétion purulente ; plus tard, la vue s'affaiblit aussi, et le mal commence à inquiéter le patient. L'affection ne s'observe pour ainsi dire que chez les individus jeunes. Elle est extraordinairement chronique, car elle traîne pendant de longues années. En outre, bien que radicalement guérie en apparence, elle montre beaucoup de tendance aux récurrences et, en infectant le reste de l'organisme, elle peut faire succomber le patient à la tuberculose.

Quant au traitement, dans les cas où l'extirpation complète de tous les produits malades est encore possible, il consiste à exciser ou à curetter l'ulcère, ensuite à cautériser aussi largement que possible la plaie qui en résulte. On devra saupoudrer chaque jour cette plaie d'iodoforme, soit porphyrisé, soit en pommade à 10-20 p. 100, qui se montre particulièrement actif dans les processus tuberculeux. On a également, dans certains cas, obtenu la guérison en faisant des injections de la lymphé de Koch.

La tuberculose et le lupus de la conjonctive doivent être considérés comme des affections de nature identique, en tant que tous les deux produisent des processus ulcéreux, provoqués et entretenus par la présence de bacilles tuberculeux. Et, en effet, les premiers cas d'ulcères tuberculeux de la conjonctive ont été décrits comme étant un lupus primitif de la conjonctive (c'est-à-dire sans lupus concomitant de la peau (Arlt). Les deux processus ne se distinguent donc que par des différences extérieures qui concernent leur aspect et leur marche. Ainsi l'ulcère du lupus conjonctival se distingue généralement de l'ulcère tuberculeux en ce qu'il débute par la peau, d'où il se propage sur la conjonctive, et qu'ensuite, comme le lupus cutané, il se cicatrise spontanément sur l'un de ses bords, tandis que, sur l'autre, il fait des progrès. (Voir aussi p. 99 et p. 119).

La tuberculose de la conjonctive peut être primitive ou secondaire. Elle est primitive lorsque, au moment où l'affection de la conjonctive débute, il n'y a pas de traces de tuberculose dans le reste de l'organisme. Dans ce cas, la tuberculose conjonctivale constitue une affection purement locale, due sans aucun doute à une infection directe de la conjonctive. Par exemple, un grain de poussière chargé de bacilles pénètre dans le sac conjonctival, où, par ses angles aigus, il occasionne une petite lésion superficielle de la conjonctive,