

mal et persiste souvent après la guérison de ce dernier; elle est ordinaire chez les malades affectés d'ectropion, d'alopécie ciliaire.

Marche. Terminaison. Abandonnée à elle-même, l'hyperhémie se comporte différemment suivant les cas. Chez les adultes, elle demeure parfois circonscrite pendant longtemps à la conjonctive palpébrale; chez les petits enfants, elle se propage promptement à la muqueuse bulbaire, puis à la cornée; chez les nouveau-nés, elle passe promptement à l'état purulent.

Traitement. Il convient d'abord d'éloigner les circonstances qui ont produit l'hyperhémie. Si les malades vivent dans un milieu chargé de poussière ou d'émanations irritantes, on leur conseille l'usage de lunettes à coquilles, pour préserver l'œil du contact des substances délétères; des ablutions fréquentes des yeux avec de l'eau froide. Si des corps étrangers se sont insinués derrière les paupières, on les enlève. Les sujets qui travaillent le soir à la lueur d'une lumière vive porteront des lunettes à verres fumés. Le traitement local consiste dans l'emploi de topiques astringents: solutions de sulfate de zinc, de sulfate de cuivre, d'acétate de plomb cristallisé, de pierre divine, sous forme de fomentations et d'instillations.

Lorsque l'hyperhémie existe depuis longtemps, qu'elle résiste aux moyens précédents, on peut employer une médication substitutive. Dans ce but, on passe sur la conjonctive palpébrale un pinceau trempé dans une solution concentrée de nitrate d'argent, en évitant que le caustique s'étende sur le bulbe. Dans la forme subaiguë ou chronique, lorsqu'il y a tuméfaction considérable de la muqueuse, on fait instiller trois fois par jour, derrière les paupières, un collyre avec parties égales d'eau distillée et de laudanum. Une révulsion permanente sur l'intestin, par l'administration journalière de purgatifs, est très-utile. L'application de topiques irritants, tels qu'une pommade à l'huile de croton et au tartre stibié, derrière l'oreille, de façon à faire naître une éruption, que l'on entretient pendant quelque temps, donne de bons résultats.

ARTICLE II.

Conjonctivite simple.

Je donne le nom de *conjonctivite simple* à celle qui n'est accompagnée que d'une sécrétion muqueuse plus ou moins abondante, par opposition à la conjonctive *purulente* et à la *diphthéritique*, caractérisées: la première, par une sécrétion purulente; la seconde, par la production de fausses membranes.

Envisagée de la sorte, la conjonctivite simple se présente sous quatre formes faciles à reconnaître: dans l'une, la muqueuse oculo-palpébrale est tout entière affectée, c'est la *conjonctivite oculo-palpébrale*; dans l'autre, la muqueuse palpébrale est seule atteinte, c'est la *conjonctivite palpébrale* ou *blépharo-conjonctivite*; dans l'autre encore, c'est la muqueuse palpébrale qui est phlogosée, mais avec cette particularité que l'hyperhémie envahit

le corps papillaire de la conjonctive; c'est la blépharo-conjonctivite *gramuleuse*. Dans le quatrième cas, l'hyperhémie n'occupe qu'une portion de la conjonctive scléroticale, et est accompagnée de papules et de phlyctènes: conjonctivite *phlycténulaire*.

1^o CONJONCTIVITE OCULO-PALPÉBRALE.

Elle affecte le plus souvent les deux yeux, qui sont généralement envahis l'un après l'autre, à de courtes distances. Elle commence par la portion palpébrale, et s'étend plus ou moins promptement à la portion oculaire; alors que celle-ci est revenue à l'état normal, celle-là conserve encore plus ou moins longtemps tous les caractères d'une hyperhémie prononcée.

Symptômes. Le premier phénomène est l'injection du réseau vasculaire de la conjonctive. Au début, la muqueuse palpébrale présente des vaisseaux très-fins, parallèles à la direction des follicules de Meibomius; bientôt il devient impossible de distinguer les contours des vaisseaux, et l'injection est uniforme, d'un rouge vif; parfois on voit la face interne de la paupière hérissée d'un nombre considérable de petites saillies dont le volume ne dépasse pas celui d'une très-petite tête d'épingle. On constate mieux cet état *vilieux*, en essayant avec douceur la muqueuse avec un linge très-fin; alors aussi on reconnaît que souvent ce linge est marqué de taches couleur de rouille, résultant de ce que la muqueuse est imbibée ou sécrète un liquide légèrement sanguinolent. Lorsque la maladie a duré un certain temps, un ou plusieurs mois par exemple, la conjonctive palpébrale est d'un rouge pâle, parsemée d'un nombre plus ou moins considérable de saillies, ce qui lui donne parfois un aspect mamelonné. En même temps qu'elle est injectée, la muqueuse palpébrale est tuméfiée, parfois boursoufflée, c'est-à-dire infiltrée de sérosité. Cette tuméfaction est surtout appréciable au niveau du cul-de-sac supérieur et inférieur, où la muqueuse forme plusieurs replis parallèles les uns aux autres, faciles à découvrir, en renversant les paupières et en commandant au malade de porter l'œil en haut ou en bas. Dans la forme aiguë, il n'est pas très-rare de rencontrer une infiltration œdémateuse, non-seulement du tissu cellulaire sous-muqueux, mais encore du tissu sous-cutané; la paupière est augmentée de volume, pendante, et la peau présente une coloration rougeâtre luisante.

La conjonctive scléroticale présente une injection dont la forme est subordonnée au degré de l'hyperhémie. Lorsque celle-ci est peu prononcée, on voit les vaisseaux constituer, par leur réunion et leurs anastomoses, des *réseaux* plus ou moins serrés. A un degré plus avancé, l'injection est tellement confluyente, que les vaisseaux produisent un *lacis inextricable* composé de mailles de formes diverses. Au premier aperçu, il est difficile de démêler le mode de formation de l'injection; à la loupe, on reconnaît que la conjonctive scléroticale offre une couche de vaisseaux situés superficiellement, de couleur *carmin*, par conséquent *artériels*, et une couche de vaisseaux situés profondément, de couleur *lie de vin*, c'est-à-dire *veineux*. Lorsque, comme cela arrive souvent dans la forme aiguë, le tissu cellulaire

sous conjonctival est infiltré de sérosité, le réseau vasculaire n'est formé que par des ramifications de couleur carmin, c'est-à-dire *artérielles*, parce que la conjonctive est légèrement soulevée, et que l'œdème sous-conjonctival masque le réseau profond. Il existe donc, à la surface du bulbe, deux plans de vaisseaux : un plan superficiel artériel, rampant dans l'épaisseur même de la conjonctive ; un plan profond ou veineux, situé dans le tissu cellulaire sous-conjonctival et accolé à la surface de la sclérotique. L'étude de l'injection conjonctivale, dans les conjonctivites aiguës, apprend mieux que les préparations anatomiques les plus habiles et les plus heureuses la véritable disposition des vaisseaux sanguins à la surface du bulbe.

Quelle que soit l'intensité de l'injection, les vaisseaux qui forment cette dernière s'arrêtent à la circonférence de la cornée ; lorsque cette limite est franchie, une autre phlegmasie, c'est-à-dire la kératite, vient compliquer celle de la conjonctivite (voir, t. II, *Kératite*).

Au degré le plus avancé de l'hyperhémie, l'injection est tellement serrée, c'est-à-dire les vaisseaux tellement rapprochés les uns des autres, qu'on n'en aperçoit plus les contours, et que la conjonctive se présente sous l'aspect d'une membrane d'un rouge uniforme. Si, comme cela arrive alors dans la grande majorité des cas, il se produit une infiltration de sérosité dans le tissu cellulaire sous-conjonctival, la muqueuse est soulevée plus ou moins autour de la cornée et forme un bourrelet d'un rouge plus ou moins pâle, que l'on appelle *chémosis*. Ce dernier reste mou, dans la conjonctivite simple, comme il est facile de le constater avec le doigt, bien différent, en cela, de la consistance *dure* qu'il présente dans l'ophtalmie blennorrhagique. On l'a appelé *chémosis phlegmoneux*, par opposition à une autre forme que l'on rencontre souvent dans les conjonctivites simples, et qui a reçu le nom de *chémosis séreux*. Dans ce dernier cas, la muqueuse oculaire, fort peu injectée, est soulevée de toutes parts par l'infiltration séreuse sous-conjonctivale ; le fluide s'accumule en plus grande quantité dans la portion de conjonctive qui entoure la cornée, d'où la formation, autour de cette dernière, d'un bourrelet ayant la forme d'une grosse vésicule translucide. Parfois ce *chémosis séreux* n'entoure qu'une portion de la circonférence de la cornée.

Chez quelques individus, il se fait dans le tissu cellulaire sous-conjonctival une sécrétion de lymphes plastiques, qui reste presque toujours dans des limites restreintes, et se présente sous forme de petites plaques blanchâtres, généralement situées au voisinage de la cornée. La caroncule lacrymale et le repli semi-lunaire participent presque toujours à l'injection conjonctivale, et sont plus ou moins tuméfiés. Les follicules de la caroncule sont souvent distendus par le mucus qu'ils sécrètent, ce qui donne à l'organe un aspect pointillé.

L'appareil glandulaire des paupières, c'est-à-dire les follicules de Meibomius et les follicules ciliaires, participent souvent à la phlegmasie, ce qu'il est facile de comprendre, en raison de la continuité qui existe entre la muqueuse oculo-palpébrale et la membrane qui tapisse l'intérieur des follicules. Chez un certain nombre de sujets, on voit les cils agglutinés, dans

certain points, par un liquide blanchâtre, ou visqueux et jaunâtre, provenant des follicules ciliaires ; chez d'autres, il y a des croûtes muco-purulentes qui agglutinent également les cils, et résultent d'une dessiccation à l'air du muco-pus sécrété par la conjonctive et ramassé par les cils, pendant les mouvements d'occlusion des paupières. Les orifices des follicules meibomiens sont parfois distendus par un liquide blanc grisâtre, que l'on fait sourdre par la pression sur la paupière.

La conjonctive enflammée sécrète toujours un certain nombre de produits de nature variable. Chez presque tous les malades, on aperçoit des filaments muqueux, soit derrière les paupières, soit à la surface de la muqueuse oculaire ; chez d'autres, c'est un mucus épais ou jaunâtre, ce qui indique une tendance à la formation du pus. Ces mucosités sont portées, par les mouvements des paupières, vers le grand angle de l'orbite, où elles s'accumulent. Chez quelques sujets, il se fait une sécrétion abondante d'un liquide jaune-citron qui s'écoule par le grand angle sur la joue, lorsqu'on ouvre largement les paupières. Lorsqu'il existe un œdème sous-conjonctival, il suffit de comprimer les voiles pour augmenter la quantité de ce liquide à la surface de la conjonctive, ce qui prouve qu'il est sécrété par la muqueuse ou le tissu cellulaire subjacent, et nullement par la glande lacrymale. Lorsque la phlegmasie a eu une certaine durée, la muqueuse fournit quelquefois une petite quantité de muco-pus.

Les troubles fonctionnels sont à peu près uniformes, dans les cas ordinaires. Les malades accusent des picotements dans les yeux, des élancements derrière les paupières, parfois encore la sensation de corps étrangers dans les mêmes points. Il en est qui se plaignent d'un tiraillement au niveau du grand angle et derrière la paupière supérieure ; d'autres d'une douleur constante à la partie supérieure de la région frontale. J'ai constaté aussi parfois, mais rarement, des accès de névralgie sus-orbitaire.

La *photophobie* est généralement très-modérée, quelquefois même nulle. Ce n'est guère que dans les conjonctivites qui ont déjà une certaine durée, que ce symptôme offre de l'intensité. Quelquefois je l'ai trouvé tellement prononcé, qu'il était impossible au patient de se prêter à un examen de l'œil à une lumière un peu forte. La vue est généralement bonne, mais se fatigue promptement ; elle peut être masquée par intervalles, soit par l'arrivée d'un flot de liquide citrin au-devant de la cornée, au moment où les paupières s'entr'ouvrent, soit par l'accolement au miroir de l'œil de quelques mucosités sécrétées par la conjonctive. Lorsque la photophobie est excessive, la vision est complètement entravée, les malades ne pouvant tenir les yeux ouverts. Quelques patients se plaignent d'avoir les paupières collées le matin au réveil. Tant que la conjonctivite existe à l'état simple, la cornée demeure transparente, les chambres de l'œil conservent leur intégrité, la pupille n'offre ni trouble ni déformation aucune, et conserve un degré de dilatation moyen.

Il est rare que la santé générale ne reste pas bonne, au milieu des troubles dont la muqueuse oculo-palpébrale est le théâtre. S'il existe parfois un léger mal de gorge, un coryza ou une légère bronchite, il est bien plus

fréquent de ne voir aucun trouble de la muqueuse des voies aériennes.

Marche. Terminaison. La conjonctivite oculo-palpébrale se termine généralement par résolution, dans l'espace de dix jours à trois semaines; l'hyperhémie disparaît d'abord sur la conjonctive scléroticale et plus tard sur la palpébrale. D'autres fois, la conjonctive du bulbe revient à peu près à l'état normal, pendant que le reste de la muqueuse demeure injecté et tuméfié; l'affection passe alors de l'état aigu à l'état chronique. La conjonctive palpébrale est rouge, villeuse, parfois même granuleuse; elle présente au cul-de-sac supérieur et inférieur un boursoufflement tel qu'elle forme une série de plis, de circonvolutions, parallèles les uns aux autres. Dans le plus petit nombre de cas, la phlegmasie de la conjonctive, à l'état aigu, se propage à la cornée; c'est alors qu'on voit se former des ulcérations arrondies ou en coup d'ongle, en général superficielles. Chez quelques sujets, l'inflammation se propage jusqu'à la chambre antérieure, et il se produit un *hypolympha*; parfois des exsudations se déposent dans l'aire de la pupille et celle-ci s'oblitère en partie ou en totalité.

Il se développe parfois, dans le cours même de la conjonctivite, une véritable blépharite ciliaire. Chez quelques sujets apparaissent du jour au lendemain, dans l'épaisseur de la conjonctive, quelques ecchymoses qui se produisent pendant les efforts de vomissements ou sans raison appréciable.

Diagnostic. Il est généralement facile; l'injection et la tuméfaction de la conjonctive, les sécrétions fournies par cette membrane, l'état d'intégrité des autres membranes et des humeurs de l'œil sont autant de circonstances qui ne permettent pas l'erreur. Il importe de bien se pénétrer de ce fait, que l'injection de la conjonctive ne suffit pas à elle seule pour affirmer que la muqueuse est enflammée. Cette injection se rencontre dans les phlegmasies des diverses membranes de l'œil qui sont alimentées par les mêmes vaisseaux que la conjonctive elle-même. La cornée et l'iris reçoivent, comme la muqueuse oculaire, des branches provenant des artères ciliaires antérieures. Il est impossible que la cornée ou l'iris s'enflamment sans que le réseau conjonctival soit fortement hyperhémé. En cas de kératite ou d'iritis, on découvre sur la cornée, à la surface de l'iris, au pourtour de la pupille, des altérations spéciales qui n'existent pas dans la conjonctivite simple. De plus, pour le même degré d'inflammation, celle de la conjonctive est caractérisée par une injection beaucoup plus serrée que la kératite ou l'iritis, parce que, dans le premier cas, l'hyperhémie envahit les capillaires, tandis que, dans le second, elle n'atteint que les troncs et les branches. Dans la conjonctivite simple, l'injection et le boursoufflement occupent toute l'étendue de la muqueuse, qui forme de nombreux plis parallèles au niveau des culs-de-sac; dans la kératite et dans l'iritis, la conjonctive palpébrale, celle qui tapisse la rainure oculo-palpébrale, n'ont qu'un degré d'injection et une tuméfaction médiocres. Enfin, dans la conjonctivite, il se fait, à la surface de la muqueuse, des sécrétions qu'on ne rencontre ni dans la kératite ni dans l'iritis.

Variétés. Bien que dans la plupart des conjonctivites il existe une certaine infiltration séreuse dans le tissu sous-conjonctival, néanmoins, dans

quelques cas, cet œdème prend d'assez fortes proportions pour former un chémosis séreux. On peut donc admettre une conjonctivite *franche*, *phlegmoneuse*, et une conjonctivite *œdémateuse*. Ces diverses dénominations caractérisent suffisamment les formes de la maladie.

Pronostic. Il n'a généralement rien de grave, surtout lorsque l'affection est traitée d'une manière rationnelle. Toutefois il convient de rappeler que, même dans les circonstances les plus heureuses, la phlegmasie reste parfois circonscrite, pendant des semaines et des mois, sur la conjonctive palpébrale, et qu'elle donne lieu alors à la production de *granulations*.

Etiologie. La plupart des sujets atteints de conjonctivite oculo-palpébrale accusent l'impression d'un courant d'air froid sur les yeux. Il en est d'autres qui ne savent à quelle circonstance rapporter le développement de la phlegmasie. Celle-ci se montre aussi bien sur des individus d'un tempérament sanguin et d'une constitution robuste que chez ceux qui ont les attributs du lymphatisme et d'une constitution délicate. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que les vicissitudes atmosphériques ont une grande part dans la production de la maladie; et c'est ainsi qu'on s'explique pourquoi, à certaines époques de l'année, alors qu'il existe de grandes fluctuations de température, on observe un grand nombre de ces affections; le printemps et l'automne sont particulièrement favorables sous ce rapport. On comprend; de la même manière, que la conjonctivite se montre quelquefois sous forme *épidémique*, sans qu'il soit nécessaire pour cela d'invoquer l'existence d'un principe spécial dans l'atmosphère; et de même que les brusques variations de température ou l'action de certains vents font sentir leur effet sur la muqueuse oculaire, de même aussi ces causes agissent parfois simultanément sur la muqueuse des voies aériennes; d'où la production d'angines, de bronchites. Ces dernières affections étant communément désignées sous le nom de *catarrhales*, on a cru devoir étendre la même dénomination à certaines conjonctivites.

S'il est vrai que les vicissitudes atmosphériques sont la principale cause qui préside au développement de la conjonctivite, on comprend que les sujets qui par leur profession sont le plus exposés à ces changements doivent fournir le plus grand nombre de malades: les soldats, les matelots, les passagers à bord des bâtiments, surtout ceux qui dorment près de quelque sabord ou écoutille ouverte, les sujets de toute profession qui couchent près d'une porte ou d'une fenêtre. Tout refroidissement, de quelque nature qu'il soit, peut être considéré comme cause occasionnelle; et c'est ainsi que la maladie se développe, après une suppression de la transpiration. La cessation brusque d'une hémorragie habituelle ou de la menstruation, une constipation opiniâtre, l'hypertrophie du cœur, les excès de table, l'abus des liqueurs alcooliques, des efforts immodérés de vision, etc., ne sont que des causes prédisposantes. Quelques personnes sont atteintes, sans cause appréciable, de conjonctivites qui se montrent tous les ans, à des périodes variables, pendant plusieurs années consécutives.

Traitement. A toutes les périodes de la conjonctivite oculo-palpébrale aiguë, le meilleur remède est un collyre à l'azotate d'argent, à la dose de

20 centigrammes pour 30 grammes d'eau distillée. Lorsque la conjonctive est peu intense, ou qu'elle est arrivée à la période de déclin, on remplace le collyre lunaire par une solution de *sulfate de zinc*, d'*acétate de plomb cristallisé*. Les purgatifs sont utiles aux diverses périodes. Les émissions sanguines n'ont qu'une importance médiocre, à moins qu'il ne s'agisse d'un sujet très-robuste, ou que la phlegmasie ne présente une intensité inaccoutumée. Les scarifications de la conjonctive palpébrale doivent être rejetées dans la période aiguë, alors même qu'il existe un chémosis. Les topiques *émollients* sont nuisibles; s'ils calment la douleur, ils relâchent la conjonctive et prédisposent à la sécrétion de muco-pus par cette membrane. On recommande au malade un régime modéré, l'abstention de tout aliment excitant, de toute boisson stimulante; l'emploi de sinapismes sur les membres inférieurs, de pédiluves chauds, une coiffure légère. Le repos des yeux constitue un point essentiel du traitement.

La photophobie, qui accompagne, rarement comme nous l'avons dit, certaines conjonctivites, cède difficilement aux divers topiques: collyres laudanisés, onctions sur l'orbite avec une pommade belladonée; application, sur la même région, de vésicatoires volants pansés avec l'acétate de morphine. C'est alors qu'il convient de faire porter au malade des lunettes à verres bleus, garnis, sur les côtés, de taffetas de même couleur; de leur recommander impérieusement de renoncer complètement à l'exercice des yeux, et de les faire tenir dans une chambre non tout à fait sombre, mais éclairée d'un demi-jour.

2° CONJONCTIVITE PALPÉBRALE.

Elle est encore désignée sous les noms de *blépharo-conjonctivite*, *blépharite muqueuse*. Elle diffère de la variété précédente, en ce que la portion palpébrale de la muqueuse est seule affectée, la portion scléroticale étant indemne de toute lésion, ou ne présentant qu'un léger degré d'hyperhémie. Elle est caractérisée par des symptômes qui varient suivant que l'affection est à l'état aigu ou chronique.

Symptômes. A. *Etat aigu*. La muqueuse palpébrale est fortement injectée, boursoufflée; si on l'essuie doucement avec un linge fin, celui-ci est taché en jaune de rouille; elle offre parfois un aspect légèrement granuleux. La conjonctive bulbaire présente une injection réticulée médiocre, ou est indemne de toute altération. La cornée est saine. Il existe une *photophobie* très-prononcée, au point qu'il est impossible de faire ouvrir les yeux à certains malades. Lorsqu'on écarte les paupières, il s'échappe de leur intervalle un flot de liquide transparent ou d'un jaune citron. Une sécrétion de mucus épais blanchâtre, concrété en filaments, est accolée à la muqueuse.

Chez les petits enfants, j'ai observé une forme spéciale. La conjonctive s'injecte et se boursoufle dans toute la portion comprise entre le bord adhérent du cartilage tarse et le cul-de-sac oculo-palpébral. La portion de muqueuse qui tapisse le cartilage tarse lui-même est indemne d'injection. Les

paupières sont très-gonflées et forment une sorte de bourrelet entre le rebord de l'orbite et une ligne qui passe à 2 ou 3 millimètres des cils. Il y a une sécrétion muco-purulente qui agglutine les cils. Les astringents, la solution de nitrate d'argent, et surtout la cautérisation à la pierre infernale, exaspèrent le mal et font développer promptement des granulations. Le collyre avec laudanum de Sydenham et eau distillée, à parties égales, l'application permanente de compresses d'eau glacée sur les paupières triomphent en général de cette affection.

B. *Etat chronique*. La muqueuse palpébrale est généralement d'un rose pâle, parfois même légèrement injectée, quelque peu granuleuse; elle forme des plis parallèles au niveau des culs-de-sac oculo-palpébraux. Chez quelques malades on voit, par places, de petites vésicules d'un blanc grisâtre. Il existe une sensation de grains de sable derrière les paupières, et celles-ci sont quelquefois collées le matin, au réveil.

Marche. Terminaisons. La forme aiguë cède généralement au bout d'un ou de deux septénaires; la forme chronique est bien plus rebelle, et la maladie peut durer des mois entiers.

Traitement. Les collyres astringents, tels que ceux que l'on prépare avec le caustique lunaire, le sulfate de zinc, le sulfate de cuivre, la pierre divine, etc., réussissent généralement dans la forme aiguë chez l'adulte. Ils n'ont pas la même efficacité, dans les cas où la blépharite muqueuse est accompagnée d'une photophobie prononcée et d'un écoulement abondant de liquide, quand on écarte les paupières l'une de l'autre. C'est alors que les collyres laudanisés, les onctions sur l'orbite et les paupières avec une pommade bellado-opiacée procurent un soulagement notable et une prompt amélioration, surtout chez les petits enfants. L'état chronique s'améliore très-lentement, sous l'influence des attouchements de la muqueuse avec le crayon de pierre infernale. Les collyres au tannin et au laudanum, les attouchements de la muqueuse avec un pinceau trempé dans le laudanum pur ou dans de la teinture d'iode affaiblie sont utiles.

3° BLÉPHARO-CONJONCTIVITE GRANULEUSE.

La blépharo-conjonctivite *granuleuse* est caractérisée par la production, à la surface de la conjonctive palpébrale, d'un nombre considérable de petites saillies résultant d'une hyperhémie des papilles. C'est la forme précédente, c'est-à-dire la conjonctivite palpébrale, arrivée à un degré plus avancé.

On rencontre cette affection aussi bien chez les sujets d'une bonne santé, d'une bonne constitution, que chez ceux qui ont les apparences du lymphatisme. Elle atteint les enfants aussi bien que les adultes. On l'observe souvent chez un grand nombre d'individus simultanément, alors qu'ils habitent un même lieu. Il y a quelques probabilités en faveur de la nature contagieuse de la maladie. Parmi les faits que j'ai eu occasion d'observer, et qui viennent à l'appui de cette opinion, je citerai le suivant: une malade, femme de trente-sept ans, couturière, se présenta à ma clinique, le 4 mars 1861; elle était affectée, depuis huit mois, d'une blépharo-con-

jonctivite granuleuse; avant que la maladie se développât, elle avait couché avec son fils, atteint lui-même de *granulations* palpébrales. Postérieurement au début de l'affection, elle avait couché avec sa fille, qui fut bientôt atteinte.

Symptômes. La conjonctive palpébrale est injectée. Au début, la vascularisation se compose de stries parallèles aux follicules de Meibomius; plus tard, l'injection est tellement serrée, qu'on n'aperçoit plus les contours des vaisseaux, et que la muqueuse présente une coloration uniforme, en général d'un rouge carmin, quelquefois d'un rouge pâle. La conjonctive est en même temps boursoufflée, et la tuméfaction s'étend parfois au tissu cellulaire subjacent, de façon que les paupières paraissent elles-mêmes augmentées de volume. La surface de la muqueuse est hérissée d'un nombre considérable de saillies d'un rouge vif, pas plus volumineuses que la pointe d'une épingle et ressemblant aux villosités de l'intestin grêle. On les rend plus apparentes en essuyant légèrement la muqueuse avec un linge fin, parce que, de cette façon, on enlève le liquide sécrété par la conjonctive qui les masque. Elles sont généralement plus nombreuses au niveau du bord adhérent du cartilage tarse; on les rencontre plus fréquemment à la paupière supérieure qu'à l'inférieure. Chez quelques sujets, on voit, indépendamment d'un état granuleux de la muqueuse, une autre particularité: au niveau de la ligne correspondant au bord adhérent de chaque cartilage tarse existe une *série de vésicules aplaties d'avant en arrière*, de la grosseur d'un grain de millet, de couleur blanche-grisâtre; ces vésicules sont parfois rangées sur plusieurs lignes parallèles; lorsqu'on les pique avec la pointe d'une lancette, on en fait sortir une goutte de sérosité. Dans l'un et l'autre cas, la muqueuse fait un grand nombre de plis parallèles, au niveau des culs-de-sac oculo-palpébraux.

La conjonctive scléroticale est médiocrement ou pas du tout injectée. Quand l'affection est ancienne, qu'elle a passé par des périodes d'amendement et de recrudescences, la cornée peut être vascularisée à la partie supérieure, et offrir, par places, des épanchements plastiques. Il se fait parfois une sécrétion muqueuse; il est bien plus fréquent de noter un autre phénomène: au moment on l'on écarte les paupières, il s'échappe de leur intervalle un flot de liquide transparent ou légèrement citrin. La vision est bonne, mais se fatigue promptement, à cause précisément de l'arrivée incessante du liquide à la surface de la cornée. Quelques malades accusent, au début, une sensation de démangeaison derrière les paupières, et, plus tard, la présence de grains de sable.

Marche. Terminaisons. La blépharo-conjonctivite granuleuse cède promptement à un traitement méthodique, surtout lorsque le sujet qui en est atteint est soustrait à la cause productrice. Dans des conditions opposées, et alors surtout que le malade se livre à un exercice continu et forcé des yeux, l'affection s'aggrave; bientôt la vascularisation s'étend à la conjonctive scléroticale et à la cornée. Les saillies de la muqueuse palpébrale deviennent plus nombreuses et plus volumineuses, et c'est ainsi que se développe une nouvelle maladie (voy. *Granulations de la conjonctive*).

Traitement. La médication astringente est celle qui fournit les résultats les plus prompts, surtout lorsqu'elle est employée au début; ainsi les pommades de sulfate de cuivre, les collyres au tannin, etc. Les scarifications de la muqueuse palpébrale, répétées plusieurs fois, sont d'une utilité incontestable; elles procurent un soulagement immédiat. Lorsque la maladie présente des rechutes, qu'elle est accompagnée de photophobie, d'un larmoiement abondant, de douleurs frontales, elle cède plutôt aux collyres laudanisés et à des onctions sur les paupières avec une pommade belladonopiacée. Lorsqu'elle passe à l'état chronique, que les granulations conjonctivales prennent de l'accroissement, le traitement comporte des indications spéciales (voy. *Granulations de la conjonctive*).

4^o CONJONCTIVITE PHLYCTÉNULAIRE.

On l'a encore nommée conjonctivite *angulaire*, *papuleuse*, *aphthoïde*, *pustuleuse*. C'est une forme très-rare; si quelques auteurs ont émis une opinion opposée, c'est qu'ils ont confondu avec elle la kératite phlycténulaire, qui est au contraire une affection très-fréquente. Les deux phlegmasies diffèrent l'une de l'autre, en ce que, dans le premier cas, l'injection conjonctivale et la papule, ou la pustule, n'anticipent jamais sur la circonférence de la cornée, à une certaine distance de laquelle elles s'arrêtent.

La conjonctivite phlycténulaire offre des caractères qui permettent de la reconnaître facilement. La conjonctive scléroticale est *légèrement* injectée dans toute son étendue, excepté dans une portion où cette injection est *beaucoup plus prononcée*. Là, on voit un paquet vasculaire irrégulier, ou de forme triangulaire, à base tournée en avant, c'est-à-dire vers la cornée, composé de deux plans de vaisseaux, les uns superficiels, de couleur carmin ou artériels; les autres profonds, de couleur lie de vin ou veineux. Quelquefois les artères se divisent, à une très-petite distance de la cornée, en plusieurs ramifications formant bientôt un réseau tellement serré, qu'on croirait voir une suffusion sanguine de la conjonctive plutôt qu'une véritable injection. C'est à ce niveau qu'existent tantôt une petite exsudation blanchâtre, en forme de *papule* ou d'*aphthe*; tantôt une exsudation plus volumineuse et plus saillante, ayant la forme d'une *phlyctène*. Je n'y ai jamais vu de pus, tandis qu'on en trouve assez souvent dans les kératites phlycténulaires. Les *papules*, les *aphthes*, les *phlyctènes* de la conjonctive sont le résultat d'une exsudation de lymphé plastique dans le tissu cellulaire sous-conjonctival.

Cette forme est généralement sans gravité. Elle cède dans l'espace de sept à dix jours à l'emploi d'un collyre laudanisé ou d'un collyre astringent. Les phlyctènes et les papules de la conjonctive se *résorbent spontanément* sous l'influence de la médication que nous venons d'indiquer.