

Prendre à jeun 50 grammes de manne fondue dans une tasse de lait chaud. — Bains de pieds salés, matin et soir. — Applications d'eau froide sur l'œil de temps en temps s'il y a des cuissons. — Garder la chambre; repos de l'œil malade. — On reviendra les jours suivants à de légers purgatifs; si l'on craint que la pustule ne devienne une cause d'inflammation plus forte, on la divisera en travers, ou au moins on divisera le sommet des vaisseaux qui l'avoisinent. On prescrira plus tard, lorsque les vaisseaux commenceront à pâlir, un collyre faiblement astringent.

II. *On suppose que chez un sujet de quinze ans la conjonctive bulbaire est presque couverte de vaisseaux, que les pustules, plus ou moins nombreuses, sont placées par moitié sur la conjonctive et sur la cornée, que la conjonctive palpébrale demeure exempte d'inflammation, et qu'il n'y a pas de photophobie.*

Commencer le traitement par une application de huit à dix sangsues à la tempe; donner un purgatif salin (deux à trois verres d'eau de Sedlitz); après le purgatif, prescrire les paquets de poudre suivants, à prendre matin et soir dans un peu d'eau sucrée :

Calomel et carbonate de magnésie, de chaque. . . 20 centigr.
Divisez s. a. en six paquets.

Ces poudres achevées, nouveau purgatif semblable au premier. — Remplacer au besoin le calomel par une cuillerée de cette potion matin et soir, à distance convenable des repas :

Eau distillée. 100 gram.
Tartre stibié. 10 centigr.
Sirop de capillaire. 30 gram.

F. s. a.

Éviter de toucher les pustules avec le crayon de nitrate d'argent. *Point de collyre.*

III. *Les vaisseaux pâlissent et diminuent de nombre. — Prescrivez :*

Eau distillée. 100 gram.
Eau distillée de laurier-cerise. 3 —
Borax. 20 centigr.

F. s. a. — Filtrez.

Bassiner l'œil malade avec le collyre, cinq à six fois par jour; recommander au malade de ne pas se servir d'œilère.

Plus tard, la dose du borax sera portée progressivement jusqu'à 1 gramme, ou bien on prescrira un collyre en instillations comme le suivant :

Eau ordinaire. 10 gram.
Sel marin. 5 centigr.

F. s. a.

Une goutte cinq à six fois par jour entre les paupières.

Traitement général tonique. — Ce traitement sera employé quand la rougeur aura disparu, pour modifier, s'il y a lieu, la constitution, afin d'empêcher les récidives si fréquentes dans cette maladie. On aura soin, au commencement, d'éviter les antilymphatiques excitants.

IV. *Les pustules placées sur la cornée et sur la conjonctive bulbaire se rompent et font place à des ulcérations; la photophobie survient et demeure avec ténacité; des larmes brûlantes s'écoulent des paupières, la cornée se couvre partiellement de vaisseaux.*

Prescrivez comme il sera dit à l'article *Kératite vasculaire*, et à celui d'*Ulcères de la cornée*.

ARTICLE III.

CONJONCTIVITE CATARRHALE.

Ophthalmie catarrhale, ophthalmie granuleuse, trachomateuse, etc.

Sous le nom de *catarrhale, granuleuse, trachomateuse, etc.*, on désigne une conjonctivite dans laquelle un liquide puriforme s'écoule, en quantité variable, à travers l'ouverture des paupières, en même temps que des granulations s'élèvent assez fréquemment sur la muqueuse palpébrale; c'est un véritable catarrhe de l'œil, qui le plus souvent existe seul, mais qui, dans certains cas assez nombreux, est lié au catarrhe bronchique ou au catarrhe nasal, auxquels il est en tout point comparable. Cette maladie attaque ordinairement un seul œil, puis se communique bientôt à l'autre; c'est sans contredit une des plus fréquentes. A Paris, très certainement elle se montre au moins aussi souvent que l'ophthalmie pustuleuse (*ophthalmie scrofuleuse*); elle attaque

des individus de tout âge, tandis que celle-ci, en général, ne frappe que des enfants ou des sujets encore jeunes (1).

SYMPTÔMES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES. — Premier degré.
— On reconnaît sur la portion palpébrale de la muqueuse de fines stries vasculaires, rouge-jaunâtre, légèrement flexueuses, presque parallèles, dont la base est tournée vers le bord libre des paupières, et le sommet en sens inverse. L'extrémité des vaisseaux dans ce degré (qui est le plus simple de la maladie, et qui constitue la conjonctivite palpébrale des auteurs, celle que M. Velpeau a décrite sous les noms de blépharite et conjonctivite granuleuses), ne va pas plus loin que le cul-de-sac conjonctival; de sorte que si l'on n'abaissait pas la paupière inférieure, et si l'on ne voyait pas, en même temps que d'autres caractères sur lesquels nous allons bientôt revenir, une rougeur de la peau vers les bords des paupières, surtout dans le grand angle, la maladie pourrait passer inaperçue.

La conjonctive palpébrale, surtout dans sa portion tarséenne, offre une multitude de villosités, de petites élévations d'une extrême ténuité, et assez semblables; quant à l'aspect, aux papilles de la langue. Écartées les unes des autres, elles sont le plus ordinairement, à ce degré de la maladie, environnées à leur base de ramifications vasculaires, d'un rouge très vif; un léger suintement muqueux apparaît à la surface de la conjonctive et se réunit sous forme de filaments jaunâtres, qui nagent pendant le jour dans le cul-de-sac de la conjonctive, et qui, pendant la nuit, viennent adhérer à la base des cils, qu'ils agglutinent entre eux.

Cette sécrétion (toujours dans le degré de la maladie qui nous occupe) est en général peu importante, du moins pendant la période aiguë; elle ne devient abondante que lorsque l'affection est passée à l'état chronique, et que les follicules muqueux se sont considérablement hypertrophiés; ou bien lorsque la maladie à l'état aigu s'est montrée au deuxième degré. Elle est fournie d'abord par les follicules sébacés et les larmes, et plus tard par toutes les glandes palpébrales enflammées, celles de Méibomius en particulier.

La peau participe à l'inflammation; elle est légèrement gonflée et rose, surtout vers la marge des paupières, et plus encore vers le grand angle, ainsi que nous l'avons déjà dit. Cette rougeur

(1) Pour compléter l'étude de cette maladie et de la conjonctivite purulente, voyez plus loin l'article *Granulations*.

cutanée, accompagnée d'une collection muqueuse légère, jaunâtre, adhérente aux cils, suffit le plus ordinairement à un praticien exercé pour reconnaître de loin la maladie. Le gonflement est porté assez haut quelquefois pour éloigner du globe l'arête interne du tarse.

Indépendamment de ces caractères, la conjonctivite catarrhale offre des *symptômes physiologiques* importants. Lorsque la maladie débute, une démangeaison légère, qui ne tarde pas à devenir vive et incommode, se fait sentir sur toutes les surfaces enflammées, et en particulier au grand angle; les mouvements sont gênés, ce que les malades attribuent à une certaine roideur des paupières ou à la sensation de la présence d'un corps étranger.

Cette sensation désagréable coïncide toujours, soit au début de la maladie, soit dans son cours, avec une exaspération qui a ordinairement lieu le soir. A ce moment, la vue est un peu gênée, plus par les mouvements répétés des paupières que par toute autre cause. Les malades ne résistent presque jamais au désir impérieux qu'ils éprouvent de soulager cette démangeaison par le frottement énergique et réitéré de la main sur les paupières; mais bientôt une légère sécrétion fournie par la muqueuse vient, de même que dans le coryza, faire disparaître cette sécheresse si gênante.

Deuxième degré. — Ici la conjonctivite catarrhale est plus facile à reconnaître. Le sommet des vaisseaux que nous avons laissé dans le cul-de-sac de la conjonctive se relève sur la portion bulbaire de la muqueuse, et envahit bientôt le blanc de l'œil, jusqu'à un millimètre environ de la cornée, qui semble alors entourée par un anneau blanc très remarquable, et légèrement élevé dans quelques cas. Il est probable que cette portion de la conjonctive scléroticale ne demeure ainsi exempte de toute vascularisation que par suite de la densité plus grande du tissu cellulaire qui l'attache aux parties sous-jacentes.

Les vaisseaux ont une couleur encore plus tranchée que dans le premier degré, à cause du fond blanc sur lequel ils reposent; ce n'est plus la vive couleur rouge de la conjonctivite franche, ni, ainsi que nous l'avons vu, la coloration rouge violacée de la conjonctivite pustuleuse; c'est une teinte rouge-vermillon, à laquelle on aurait ajouté une grande quantité de jaune.

Ces vaisseaux forment des stries parallèles, plus nombreuses et plus rapprochées; quelquefois le blanc de l'œil est traversé de

vaisseaux tortueux, qui s'anastomosent les uns avec les autres, surtout lorsque l'inflammation tend à passer à un état encore plus aigu : dans la période chronique de la maladie on voit aussi ces mêmes vaisseaux, mais beaucoup plus développés, et à l'état variqueux.

A ce degré il arrive souvent que des ecchymoses apparaissent entre la sclérotique et la muqueuse, sous forme de plaques rouge foncé, isolées ou réunies, qu'il ne faut pas confondre avec la vascularisation pathologique (voy. *Ecchymose de la conjonctive*). Dans des cas rares, j'ai vu le sang s'extravaser dans les paupières en telle quantité, que ces voiles présentaient un gonflement considérable, et que le malade, au premier aspect, semblait avoir reçu un coup violent.

L'ensemble de la muqueuse bulbaire présente une sorte de gonflement particulier ; elle commence à devenir molle, pulpeuse ; on la croirait infiltrée d'une couche légère de gélatine, facile à déprimer ou à déplacer. Cet état est dû très certainement à une légère infiltration du tissu cellulaire sous-muqueux, infiltration qu'on a comparée à juste titre à celle qu'on observe dans l'œdème de la glotte.

L'infiltration séreuse s'étend souvent, à un degré assez marqué, jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané et sous-muqueux de la paupière ; de là ce gonflement qui empêche les malades d'ouvrir complètement l'œil. La sérosité s'accumule quelquefois à tel point sous la muqueuse oculaire, qu'il se forme, ainsi que nous le verrons dans le troisième degré, un *chémosis séreux*. Les villosités remarquées au premier degré sur la conjonctive palpébrale sont plus développées et plus nombreuses ; déjà elles peuvent prendre l'aspect de granulations, surtout si l'inflammation ne marche pas franchement.

A l'état aigu, l'écoulement muqueux est plus abondant que dans le premier degré. La maladie présente le soir des exaspérations plus marquées ; les cils sont collés le matin sous forme de pinceaux ; le mucus qui les réunit, et dont les parties liquides se sont volatilisées pendant la nuit, se montre sous forme de croûtes minces, jaunâtres, friables, faciles à enlever au moyen d'un linge humide. Le plus souvent on voit depuis le grand angle jusque vers l'aile du nez, des croûtes semblables, adhérentes à la peau. La roideur des paupières est plus marquée que dans le premier degré ; la démangeaison et la sensation d'un corps étranger entre les pau-

pières deviennent plus vives pendant le moment de l'exaspération, qui, ainsi que nous l'avons dit, a lieu le soir. Pendant ce moment la sécrétion tarit, la sécheresse et l'ardeur de l'œil augmentent, et le malade, qui éprouve en même temps un trouble véritable de la vision, cherche à s'en débarrasser, ainsi que de la cuisson, par des frottements répétés.

Troisième degré. — C'est l'état le plus aigu et le plus grave de cette conjonctivite.

Les vaisseaux, dans le degré précédent, s'arrêtaient à environ 1 à 2 millimètres de la cornée, qu'ils laissaient entourée d'un cercle blanc plus ou moins complet. Ici cet anneau blanc péri-cornéen disparaît, et les vaisseaux envahissent d'une manière régulière la cornée, à une étendue de 1 millimètre, et presque toujours dans tout son pourtour. Cette membrane est ainsi entourée sur sa circonférence par une sorte de cercle rouge, existant dans la conjonctive qui la recouvre. Les vaisseaux ne se développent pas plus loin, probablement à cause des adhérences intimes de la conjonctive et de la cornée, au delà de cet endroit. Ce n'est que plus tard, lorsque l'affection passe à un état moins aigu, qu'ils franchissent cette limite. Sur la conjonctive bulbaire, les vaisseaux ont augmenté en volume et en nombre ; le gonflement de la muqueuse est devenu plus considérable, ainsi que l'écoulement muqueux, et les symptômes qui apparaissent le soir, pendant la période de l'exacerbation, sont plus marqués. Je dois me hâter d'ajouter que l'écoulement muqueux est d'autant plus consistant que l'affection est moins aiguë.

Il est très commun de voir survenir un *chémosis séreux* pendant la période aiguë qui nous occupe : alors la muqueuse prend un développement considérable autour de la cornée, qu'elle entoure et qu'elle recouvre, en entier ou en partie, sous la forme d'un bourrelet gélatiniforme, de couleur jaunâtre ; en même temps apparaît aux paupières un gonflement œdémateux si considérable, qu'il empêche les malades d'ouvrir l'œil.

La conjonctive palpébrale présente à ce degré des granulations beaucoup plus nombreuses que dans le précédent. Les ecchymoses sous-conjonctivales sont beaucoup plus fréquentes. L'iris, qui jusque là n'avait point paru se ressentir de l'état morbide de la conjonctive, devient un peu moins mobile, la pupille est un peu plus étroite. Le diaphragme n'est cependant enflammé d'aucune façon, et si la mobilité en est moins grande, ce phénomène tient

simplement à l'engorgement accidentel des vaisseaux qui se distribuent dans son parenchyme. Ce n'est pas dans l'iris seul qu'on retrouve des phénomènes d'hypérémie : la surface de la sclérotique est injectée plus ou moins fortement, ce qu'on reconnaît à une rougeur sous-jacente de la conjonctive, dans toute la partie de la fibreuse qui environne la cornée, et à une étendue de 2 à 4 millimètres.

Il est impossible de reconnaître cette injection lorsque le chémosis séreux est très développé. La lumière devient difficile à supporter par suite de l'état du pourtour de la cornée et peut-être aussi à cause de l'injection des membranes internes et de l'excitation nerveuse qui en est la conséquence. C'est à ce moment, si la maladie augmente encore d'intensité, que de graves lésions peuvent s'opérer dans l'œil ; circonstance que nous noterons en parlant des terminaisons de la conjonctivite granuleuse. Des accidents généraux surviennent aussi quelquefois à cette même période de la maladie ; il est d'autant plus important de les signaler, qu'ils guident le praticien au point de vue du pronostic et surtout du traitement.

CAUSES. — Cette conjonctivite, qui, pour nous comme pour Juengken, n'est qu'un catarrhe de la conjonctive (catarrhe semblable en tout point aux affections de même nature de toutes les autres muqueuses), reconnaît pour cause principale un refroidissement subit, ou la suppression de la transpiration. Quelquefois elle coïncide avec une phlogose de la membrane pituitaire ; cependant il est des cas nombreux dans lesquels cette dernière membrane n'offre point du tout d'inflammation, ou n'en a qu'une consécutive. C'est pour l'ordinaire une affection locale, absolument indépendante d'une disposition générale analogue, et dans laquelle les organes sécréteurs de l'œil sont principalement affectés.

C'est dans les brusques variations de l'atmosphère qu'il faut chercher, le plus souvent, la cause des nombreuses conjonctivites granuleuses qui surviennent au printemps et en automne, surtout lorsque des nuits froides succèdent à de chaudes journées. Les personnes qui couchent dans des chambres dont la fenêtre est ouverte pendant la nuit y sont les plus exposées, surtout si pendant le jour elles ont l'habitude de se couvrir d'habits épais et chauds, et qu'elles soient très impressionnables au froid.

Cette affection est souvent épidémique : ainsi en août 1844, le

quatrième arrondissement de Paris, situé fort près de la Seine, et dont les rues sont en général très étroites, en a présenté des cas excessivement nombreux. L'épidémie m'a même forcé d'isoler un grand nombre d'enfants des salles d'asile de cet arrondissement, et de les renvoyer dans leurs familles. Je reviendrai sur ce sujet à l'article de la conjonctivite catarrhale contagieuse.

TERMINAISONS. — Cette maladie se termine assez souvent par une résolution complète. Elle franchit quelquefois d'emblée les deux premiers degrés, et ne tarde pas à se montrer avec le cortège de symptômes que nous avons décrits au troisième. Arrivée là, l'ophtalmie peut s'accompagner d'un chémosis séreux ou phlegmoneux, ou bien se propager directement à la cornée ou aux membranes internes, ou bien encore disparaître par résolution. Le plus souvent la maladie passe à l'état chronique et laisse sur la muqueuse d'épaisses granulations ; elle devient ainsi quelquefois la cause d'une congestion chronique de la choroïde et de la rétine, et conséquemment d'une amblyopie fort grave. Je l'ai souvent vue suivie d'iritis à marche insidieuse qui finissaient par compromettre la pupille.

Les lésions diverses qui accompagnent les conjonctivites catarrhales à l'état aigu sont celles-ci : 1° *chémosis séreux*, 2° *chémosis phlegmoneux*, 3° *vascularisation du pourtour de la cornée dans une étendue seulement de 1 à 2 millimètres*, 4° *épanchements interlamellaires blanc jaunâtre et semi-lunaires*, situés sur la circonférence de la cornée, et s'étendant plus ou moins vers la pupille ; 5° *ulcérations de la cornée*, 6° *inflammation de l'iris*. Cette dernière terminaison est relativement rare.

On remarque pendant l'état chronique les affections suivantes : 1° *granulations* plus ou moins fortes de la conjonctive, 2° *pannus, épanchements et ulcères de la cornée* ; 3° *taches de la cornée, staphylôme*, etc. ; 4° *choroïdites* sur les sujets âgés ; 5° *fausses membranes* dans la pupille ; 6° *blépharite glandulaire* assez fréquente, surtout chez les sujets lymphatiques ; 7° *pustules* sur la conjonctive, chez les sujets jeunes, après quelque durée de la maladie, etc.

A. — Conjonctivite catarrhale épidémique et contagieuse.

La conjonctivite catarrhale que nous venons de décrire règne très souvent, ainsi que nous l'avons dit plus haut, sous la forme épidémique ; toujours, dans ce cas, l'affection est contagieuse.