

**Anatomie pathologique.** — Mode de développement. Le mode de développement des kystes dermoïdes a déjà été exposé dans le premier volume de cet ouvrage, nous savons que leur origine remonte jusqu'à la période embryonnaire. Ces tumeurs se forment au niveau de la fente branchiale fronto-maxillaire. Au moment de la soudure des deux bords de la fissure, survient un arrêt de développement, les bourgeons limitant cette fente se soudent superficiellement sans se réunir dans toute leur étendue; une certaine quantité de peau reste incluse dans les points où la réunion n'a pas eu lieu, formant une petite poche close de toutes parts qui se développe plus tard. Les produits que l'on pourra rencontrer dans son intérieur sont ceux qui se trouvent normalement à la surface de la peau ou qui sont sécrétés par cette membrane; ainsi s'explique la présence de poils, de matière sébacée. Cependant, comme le fait remarquer NICAISE: « La membrane enveloppante d'un kyste dermoïde peut ne présenter la structure de la peau que dans une partie de son étendue, le reste étant formé par une simple membrane cellulo-fibreuse. » Il faudrait donc admettre alors avec cet auteur que, dans certains cas, il y a inclusion non d'un sac de peau, mais d'un simple lambeau cutané. On a rencontré quelques tumeurs de même nature au-dessous du sourcil près du sac lacrymal (kystes prélacrymaux de VERNEUIL). D'autres auteurs, en particulier LE DENTU, en ont signalé près de la racine du nez.

La tumeur est naturellement recouverte par la peau, le tissu sous-cutané et le muscle sourcilier. Sa base adhère au périoste et même aux os sous-jacents qui sont parfois comme creusés d'une dépression. Son volume est d'ordinaire celui d'une noisette, rarement celui d'une noix; quelquefois cependant on en a vu qui avaient le volume d'une mandarine.

**Symptômes. Marche.** — Ces kystes se présentent sous forme d'une petite masse indolente, régulièrement arrondie, de consistance molle. La peau glisse facilement sur eux et lorsqu'on essaie de les mobiliser, on sent qu'ils sont comme appendus, implantés sur l'apophyse orbitaire externe. Les parents ne manquent pas de raconter que cette petite tumeur remonte à la première enfance. — Généralement, vers l'âge de sept à huit ans, le volume du kyste augmente assez vite, puis reste ensuite stationnaire.

**Traitement.** — L'énucléation est la seule intervention chirurgicale rationnelle. Pour éviter les difformités, on aura soin de raser la région couverte de poils, de la dévier jusqu'au niveau de la production et de faire porter l'incision sur la partie rasée, plus tard les poils en repoussant masqueront la cicatrice. Le chirurgien doit s'efforcer d'énucléer la production aussi complètement que possible, sous peine de voir survenir une récidive ou s'établir une fistule. Les adhérences profondes rendent souvent cette énucléation difficile; si l'on craint de dénuder l'os sur une trop grande étendue, mieux vaut réséquer la masse morbide dont on détruira ensuite le pédicule par les caustiques.

## CHAPITRE IV

## MALADIES DE LA CONJONCTIVE

§ 1<sup>er</sup>. — Inflammations simples de la conjonctive1<sup>o</sup> HYPERÉMIE DE LA CONJONCTIVE. — CATARRHE SEC

On désigne sous ce nom l'injection anormale de la conjonctive; elle peut être étendue à la totalité de la membrane, ou au contraire limitée à certaines régions. En général, cet état n'occasionne aucun trouble de sécrétion, c'est à peine si le matin les paupières sont un peu humides. De là le nom de catarrhe sec, sous lequel on désigne la maladie.

**Symptômes.** — Cet état détermine des picotements, des démangeaisons, une sensation spéciale de corps étranger. Les paupières semblent lourdes, le malade éprouve une sorte de somnolence; tout travail soutenu lui est absolument impossible. Les phénomènes douloureux augmentent le soir, à la lumière artificielle.

**Étiologie.** — Parmi les causes qui favorisent le développement de cette affection, signalons tout d'abord le séjour dans un milieu rempli de poussière. Cela nous explique la fréquence de la maladie chez les ouvriers qui se livrent à certains travaux. A ce facteur il faut ajouter les lésions de l'appareil lacrymal, puis quelques troubles de réfraction: hypermétropie, astigmatisme.

**Traitement.** — La thérapeutique variera naturellement avec la cause même du mal. Souvent quelques injections dans les voies lacrymales amèneront une amélioration sensible; dans d'autres cas, il suffira de corriger la réfraction du malade. Lorsque la lésion est produite par une cause inhérente à la profession du sujet, il se trouvera bien de porter des lunettes protectrices; en même temps on prescrira des lavages ou des pulvérisations à l'eau chaude et l'usage d'un collyre légèrement astringent.

2<sup>o</sup> CONJONCTIVITE CATARRHALE

**Bibliographie.** — Le lecteur trouvera dans le traité de DE WECKER et LANDOLT, une bibliographie très complète pour toutes les maladies de la conjonctive; elle se termine en 1876. — GALEZOWSKI, *Essai sur la conj. lacrym.*, in *Gaz. des Hôp.*, 1868. — GOSSE-LIN, *Mém. sur l'origine par contagion des conj. cat.*, in *Arch. gén. de méd.*, 6<sup>e</sup> série, t. XIII, p. 385, 1869. — DE WECKER, *Origine des conj. cat.*, in *Gaz. hebdom.*, 1869. — GUENEAU DE MUSSY, *Conj. épidém. dite des foins*, in *Recueil d'opht.*, 1874. — CUIGNET,

*Conj. chron. simple*, in *Ibid.*, 1881. — BRACHET, *Les conj. simples, nat. et trait.*, in *Recueil d'ophth.*, 1882.  
Thèses de Paris. — 1857, RAOUT. — 1867, VAUTRIN. — 1873, QUÉNETTE, BLAZY. — 1879, COQUIARD, GUÉRINEAU, GIFFO.

**Étiologie.** — Le catarrhe de la conjonctive est une affection des plus fréquentes. Parmi les causes qui peuvent lui donner naissance, signalons l'impression du froid : courants d'air, variations brusques de température ; le séjour dans une atmosphère chargée de vapeurs irritantes, de poussière, puis les causes précitées : mauvais état des voies lacrymales, vices de réfraction.

La constitution du sujet a sur la production et l'intensité de la maladie une influence indiscutable. La conjonctivite catarrhale est commune chez les rhumatisants ; de plus, elle acquiert chez ces sujets un caractère de ténacité tout particulier. Enfin, dans quelques circonstances, cette maladie est certainement contagieuse : ceci nous explique son mode d'apparition sous forme épidémique, dans les quartiers populeux, les prisons, les asiles.

**Symptômes objectifs.** — L'injection de la muqueuse plus considérable que dans le catarrhe sec, occupe surtout la face postérieure des tarses, et les culs-de-sac, dans lesquels on trouve çà et là de petites taches blanches ecchymotiques ; les paupières gonflées présentent sur leur bord libre et au grand angle de l'œil, une teinte rougeâtre ; la muqueuse semble épaissie et veloutée. Les sécrétions sont altérées ; au début, elles se montrent plus abondantes mais encore liquides, puis elles deviennent filantes, et enfin se forme du muco-pus. Il se concrète sous forme de filaments entre les lèvres de l'ouverture palpébrale, en petits caillots dans les culs-de-sac conjonctivaux. Le matin au réveil les yeux sont collés, agglutinés par des croûtes friables, jaunâtres, melliformes. En explorant les culs-de-sac, on rencontre parfois dans leur intérieur de petites vésicules presque transparentes, dont la structure est analogue à celle des follicules clos, et qu'il ne faut pas confondre avec les granulations (*conjonctivite folliculaire*.)

**Symptômes subjectifs.** — Nous retrouvons encore la sensation de corps étranger et la lourdeur des paupières déjà signalées : dans les cas d'hyperémie, il s'y joint des démangeaisons incessantes qui se localisent sur le bord libre des paupières, surtout au grand angle de l'œil, fréquemment aussi un larmolement assez intense qu'augmentent la lumière vive et le grand air. Cette sécrétion continuelle des larmes, et par suite la présence constante d'une mince couche liquide dans le cul-de-sac conjonctival donnent lieu à des troubles de réfraction qui rendent la vision distincte difficile, et la lecture impossible. Sur le soir, tous ces phénomènes subissent une recrudescence considérable. Il n'est pas rare de constater la présence de douleurs orbitaires qui affectent la forme névralgique.

**Pronostic.** — La conjonctivite catarrhale est une affection des plus bénignes qui évolue en général en huit ou dix jours, elle peut très facilement passer à l'état chronique.

**Traitement.** — Dans la plupart des cas, il faut se garder d'une intervention trop active. Au début on prescrira un purgatif salin, puis, plusieurs fois par

jour, le patient appliquera sur ses paupières fermées des compresses trempées dans une décoction d'eau de guimauve, de camomille, de sureau. Généralement ces fomentations, qui doivent être employées aussi chaudes que possible, procurent aux malades un grand soulagement ; la sensation de tension, de chaleur, les démangeaisons diminuent.

Les collyres astringents sont particulièrement indiqués : on emploiera les sulfates de zinc, de cuivre, le borate de soude, à la dose de 0<sup>gr</sup>,05 ou 0<sup>gr</sup>,10 pour 30 grammes d'eau distillée ; quatre ou cinq fois par jour plusieurs gouttes de ce collyre seront instillées entre les paupières.

L'inflammation est parfois très intense, les sécrétions presque purulentes rendent nécessaire une intervention plus active. Après avoir retourné les paupières, on touchera la muqueuse des culs-de-sac avec une solution de nitrate d'argent à 1 gr. pour 50 gr. d'eau distillée. Il faut, dans ce cas, avoir encore sous la main un deuxième pinceau trempé dans une solution saturée de sel marin, avec lequel on neutralisera l'excédent du caustique. Ces cautérisations seront faites une fois par jour ; dès que l'inflammation commencera à diminuer, on reviendra aux collyres astringents.

### 3° CONJONCTIVITE PHLYCTÉNULAIRE

SYNONYMES. — Conjonct. lymphatique, scrofuleuse, herpétique.

**Bibliographie.** — BONNET, *Emploi de l'iode dans les ophth. scrof.*, in *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1852. — CRITCHETT, *Strumous ophthalmia*, in *The Lancet*, t. 1<sup>er</sup>, 1855. — E. WILLIAMS, in *Ann. d'ocul.*, t. LXV, p. 9, 1871. — TAVIGNOT, *Étiol. et therap. des ophth. scrof.*, in *Journ. des conn. méd. chir.*, t. XVIII, 1871. — LE-GROUX, *Trait. de la conjonct. phlyct. par la caut. galvan.*, in *Gaz. d'ophth.*, t. 1<sup>er</sup>, 1879. — CORNWELL, *Herpes of the Conjunct. Phlyctenular Conjonctivitis*, in *Calif. Med. Journ.*, 1881.

La conjonctivite phlycténulaire est caractérisée par le développement sur la conjonctive, de phlyctènes ou de pustules qui deviennent le centre d'une injection assez intense.

Cette forme est particulièrement spéciale à l'enfance ; elle est si commune chez les enfants lymphatiques, que plusieurs auteurs, SICHEL et STÆBER entre autres, la considèrent comme une manifestation du tempérament dit scrofuleux. Ce qu'il y a de certain, c'est que la misère physiologique a une grande influence sur l'apparition de la maladie qui est très fréquente dans les classes pauvres.

**Variétés anatomiques.** — La conjonctivite phlycténulaire se présente sous trois formes bien distinctes (DE WECKER) :

1° Conjonctivite phlycténulaire proprement dite, 2° conjonctivite miliaire, 3° conjonctivite pustuleuse.

**A. Forme phlycténulaire.** — De beaucoup la plus commune, cette variété est caractérisée par la présence d'une ou plusieurs vésicules (jamais plus de

quatre à cinq), demi-transparentes, saillantes, coniques, nettement limitées.

Ces vésicules siègent en plein sur la conjonctive bulbaire ou sont placées à cheval sur le bord cornéen, empiétant sur cette membrane. Chacune des phlyctènes occupe le sommet d'un triangle formé par les vaisseaux hyperémiés de la conjonctive ou de la sclérotique.

**B. Forme miliaire.** — Le limbe conjonctival est semé de petites élevures analogues à des pointes d'épingles, l'inflammation est augmentée, le cercle péri-kératique des plus accusés, cette forme est de beaucoup la moins commune.

**C. Forme pustuleuse.** — Ce ne sont plus des vésicules que l'on rencontre dans cette dernière variété, mais bien de véritables pustules d'un blanc jaunâtre, qui siègent à la jonction de la sclérotique et de la cornée. Ces pustules ne tardent pas à s'ulcérer, laissant apercevoir leur fond rempli de tissu sphacélé.

**Symptômes.** — Tant que la lésion n'a pas envahi la cornée, le malade accuse peu de douleurs; les troubles fonctionnels se bornent à une sensation de corps étrangers. Dès que cette membrane est envahie, immédiatement se montrent : larmoiement, photophobie, blépharospasme. Limitée à la conjonctive, la maladie, même dans sa forme pustuleuse, guérit avec facilité; nous verrons qu'il n'en est pas ainsi dans les cas de complication du côté de la cornée.

**Traitement.** — Pendant les premiers jours, matin et soir, on introduira dans l'œil malade un peu de poudre de calomel porphyrisé. Le moyen le plus simple, lorsqu'on peut faire le traitement soi-même, consiste à plonger un pinceau bien sec dans le flacon contenant la poudre, puis, ouvrant largement avec le pouce et l'index de la main gauche les paupières du patient, par un coup sec on projette la poudre dans l'œil. Si le traitement est confié aux parents, on leur fera prendre un tuyau de plume d'oie dans une des extrémités duquel on introduira un peu de poudre, au moment où l'enfant ouvre les yeux on lui insuffle le médicament. Il est bien entendu que le calomel en insufflation ne sera jamais employé pendant que le malade sera soumis à un traitement par l'iodure de potassium.

Dès que la phlyctène est ulcérée, on remplacera le calomel par la pommade de PAGENSTESCHER dont matin et soir, avec la pointe d'un stylet, on introduira gros comme un pois entre les paupières.

Axonge benzoïnée ou vaseline.....	15 grammes.
Oxyde jaune de mercure.....	0,75

En même temps on soignera l'état général : huile de foie de morue, préparations martiales et arsenicales à l'intérieur, frictions sèches, ablutions d'eau salée, seront employées alternativement.

## § 2. — Conjonctivites purulente et diphtéritique

### 1° CONJONCTIVITE PURULENTE

**Bibliographie.** — *Ophthalmie purulente en général.* — GUYON, *Comptes rendus de l'Acad. des sc.*, t. XXV, p. 306, 1852. — DECONDÉ, *Ann. d'ocul.*, 1858. — THIRY, *Quel-*

*ques considér. sur les opht. pur.*, in *Presse méd. belge*, 1872. — GOSSELIN, *Trait. par l'alcool*, in *Recueil d'opht.*, p. 97, 1878. — ARMAIGNAC, *Étiol. et trait.*, in *Revue clin. d'ocul. du S.-O.*, juin-juillet 1880.

Thèses de Paris. — 1852, JOSSIC. — 1854, MAHMOUD-YOUNIS. — 1856, RICHARD. — 1858, CORDIER. — 1866, GACHÉ. — 1875, FOUILLOUD, BUYAT. — 1876, BOGUES.

*Ophthalmie des nouveau-nés.* — N. GUILLOT, *Traitement*, in *Gaz. des hôp.*, p. 258, 1858. — A. GOSCHLER, *D. Augenblenn. d. Neugeborenen*, etc., in *Allg. Wiener Med. Zeitung*, 1867 et 1870. — CUIGNET, *Rec. d'opht.*, 1876, p. 221. — D. HAUSSMANN, *Prophylact. Behand.*, etc., in *Centralbl. f. Gynæk.*, 1881. — ARMAIGNAC, *Étiol. et Traitement*, in *Revue clin. d'ocul. du S.-O.*, juin-juillet 1882. — HORNÉ, *Trait.*, in *Corr. Blatt für Schw. Aerzte*, avril 1882.

Thèses de Paris. — 1869, MAURICE. — 1876, LOOTEN. — 1877, CHRÉTIEN. — 1878, LABACHE.

*Ophthalmie blennorragique.* — RICARD, *Consid. prat. sur l'opht.*, in *Bull. de therap.*, 1841, t. XXI, p. 347. — CULLERIER, *Leçons clin.*, 1861. — BOUNIÈRE, *Recherches sur l'opht.*, in *Arch. gén. de méd.*, 1874. — DOR, *Nouv. méth. de trait.*, in *Lyon médical*, t. XXXIII, p. 346, 1880.

Thèses de Paris. — 1851, PENANGUER. — 1858, GUYOMAR. — 1866, TIXIER. — 1868, CH. COCAIG, LEBEGUÉ. — 1879, JACOB.

**Symptômes.** — Quelle que soit son origine, la conjonctivite purulente présente au point de vue clinique un ensemble de symptômes des plus caractéristiques. Pour la facilité de la description, avec ABADIE nous diviserons la maladie en trois périodes distinctes.

**1° Période de début.** — Les symptômes observés avant l'établissement de la sécrétion purulente sont ceux de la conjonctivite catarrhale suraiguë. La conjonctive fortement injectée, d'un rouge sang, ne tarde pas à s'infiltrer et devient le siège d'un chémosis considérable. Les paupières, tuméfiées, sont fortement tendues sur le globe de l'œil, le blépharospasme joint à l'existence de douleurs des plus vives, rend l'exploration bien difficile. Il s'écoule un liquide séreux, jaune citrin. Cette première période a généralement une durée fort courte, trente-six à quarante-huit heures, trois jours au maximum.

**2° Période d'état.** — La sécrétion précédente fait place à un écoulement franchement purulent, le pus remplit les culs-de-sac, s'écoule d'une façon continue sur la joue ou reste accumulé sous les paupières qu'il distend. Ce pus est excessivement contagieux, une seule goutte portée sur la conjonctive saine suffit à inoculer la maladie. Au moment où commence à s'établir la sécrétion purulente, le gonflement des paupières diminue, les douleurs se calment. Il faut être prévenu de cette détente, ne pas se laisser égarer par cette accalmie, car le patient traverse une des périodes les plus critiques de la maladie, et du côté de la cornée les complications les plus redoutables sont à craindre. — Habituellement, il se fait entre les lamelles de cette membrane une infiltration purulente, qui se traduit à l'éclairage oblique par une tache gris-jaunâtre. Cette infiltration entraîne la destruction du tissu propre de la cornée sur une étendue variable, ou bien d'emblée s'établissent des ulcérations qui creusent en profondeur. Dans les deux cas, si le processus morbide ne s'arrête pas, la cornée se perforé, le contenu de l'œil se vide au dehors. Enfin parfois, et les observations de ce genre sont malheureusement encore trop

fréquentes, la cornée tout entière devient opaque, se nécrose et tombe d'une seule pièce; l'œil est alors absolument perdu. La quantité de pus sécrété est souvent telle, que quelques instants après le lavage le mieux fait, les culs-de-sac regorgent de nouveau.

3<sup>e</sup> *Période de déclin.* — La durée de la sécrétion purulente est variable; cependant vers la fin du premier septénaire, elle commence à diminuer sensiblement. Le pus devient de moins en moins épais, puis la sécrétion reprend les caractères du début. Le boursofflement de la conjonctive diminue aussi, mais lorsque la maladie n'a pas été traitée, la membrane reste pendant longtemps épaissie et indurée.

**Étiologie.** — La conjonctivite purulente est une maladie de la première moitié de la vie. On la rencontre chez les nouveau-nés, les enfants et les adultes. Dans presque tous les cas, on trouve pour expliquer son apparition une inoculation directe. Chez les adultes et les enfants, le principal agent de contagion est le pus d'origine blennorragique et gonorrhéique, parfois il provient des yeux d'un sujet atteint lui-même d'ophtalmie purulente. La maladie est souvent monoculaire et plus fréquente à droite qu'à gauche. Chez les nouveau-nés, l'agent de contagion est encore le pus ou le muco-pus, qui peut souiller les yeux de l'enfant pendant le passage de la tête dans le canal vaginal. L'affection chez ces petits êtres débute toujours le troisième ou quatrième jour après la naissance, circonstance qui milite en faveur de son inoculation. Sur ces divers points, les auteurs sont d'un avis unanime; il n'en est plus de même pour les cas dans lesquels la maladie affecte un caractère épidémique, et que l'on observe de temps à autre sur les bateaux, dans les prisons, les hôpitaux, dans tous les lieux, en un mot, où sont réunis de grandes masses d'individus placés dans de mauvaises conditions hygiéniques. Le contagion est-il alors médiat ou immédiat, y a-t-il inoculation directe, est-on en présence d'une épidémie? Pour nous, le doute ne saurait être possible, nous avons l'intime conviction que l'ophtalmie purulente est produite par un microbe spécial et qu'un contagion direct est nécessaire à son développement. Du reste dans toutes les prétendues épidémies que l'on a observées, les conditions les meilleures se trouvaient réunies pour favoriser l'inoculation; dans quelques cas même le mécanisme par lequel se faisait cette inoculation a pu être démontré: témoin l'histoire de la fameuse épidémie de l'hôpital de Gand, à propos de laquelle VAN ROOSBROECK démontra que l'inoculation se faisait par deux éponges, dont l'une servait à nettoyer les yeux des enfants sains, l'autre les yeux des enfants malades, mais que l'on plongeait ensemble dans la même cuvette.

La maladie ne pourrait-elle donc pas apparaître spontanément? Nous serions volontiers tentés de répondre non, malgré les faits rapportés récemment par notre maître, M. PERRIN. Les observations publiées par cet auteur semblent prouver l'existence d'une forme spéciale de conjonctivite, qui se développe sous l'influence du rhumatisme et en l'absence de toute inoculation. « Cette forme s'est montrée soit avant, soit pendant ou peu de temps après d'autres manifestations rhumatismales. Elle ressemble à l'ophtalmie blennorragique par la rapidité de l'évolution et le danger qu'elle fait courir à la

cornée. » D'après PANAS, cette opinion ne doit être acceptée qu'avec la plus grande réserve.

**Diagnostic et pronostic.** — L'intensité de l'inflammation, l'acuité des douleurs au début, puis l'écoulement purulent, les complications du côté de la cornée permettront facilement de reconnaître l'ophtalmie purulente. En interrogeant le malade, on s'efforcera de savoir si, dans un acte quelconque, il n'a pas été exposé à un contagion direct.

La seule affection avec laquelle on pourrait confondre l'ophtalmie purulente est la conjonctivite granuleuse aiguë, mais en prenant la précaution de retourner la paupière on reconnaîtra sans peine la présence de granulations.

Le pronostic est des plus graves, nous avons dit que déjà après quarante-huit heures, il pouvait exister du côté de la cornée des complications sérieuses; aussi dès les premiers moments faut-il attaquer vigoureusement le mal: différer dans un cas semblable est dangereux, retarder, criminel. C'est qu'en effet, si l'ophtalmie purulente négligée entraîne presque sûrement la perte de la vision, c'est en revanche une des maladies sur lesquelles la thérapeutique a le plus de prise. Aussi dans la majorité des cas, avec un traitement convenable, la guérison sera complète.

**Traitement.** — Au milieu des médications diverses préconisées contre cette redoutable affection, il en est une sur la valeur thérapeutique de laquelle on peut entièrement compter. Elle consiste dans l'emploi judicieux et rationnel des cautérisations avec le crayon mitigé ou une solution convenable de nitrate d'argent, associé aux irrigations, surtout aux réfrigérants, enfin, de temps à autre, aux déplétions sanguines. Avant toute intervention, il est prudent d'évacuer le pus contenu entre les paupières, par un lavage fait avec un irrigateur dans lequel on mettra une des solutions.

	grammes.		grammes.
Acide phénique.....	10	Acide salicylique.....	10
Eau distillée.....	1000	Borate de soude.....	5
		Eau distillée.....	1000

Toutes les précautions devront être prises pour que le liquide purulent, dont on connaît l'activité contagieuse, ne puisse être projeté dans l'œil du chirurgien ou de ses aides. Ce lavage terminé, il est indispensable, tant pour diriger le traitement que pour mettre sa responsabilité à couvert, de s'assurer de suite de l'état des cornées. Les écarteurs à manche sont fort utiles pour cette exploration.

On procède alors aux cautérisations. Il est absolument nécessaire de retourner les paupières; sans cela, les culs-de-sac, siège principal du mal, échappent entièrement à l'action du caustique. Nous donnons ici la préférence aux solutions, le crayon mitigé doit être réservé pour les cas où l'on veut faire des cautérisations bien limitées. Il faut avoir à sa disposition deux solutions, munies chacune d'un pinceau.