

barrée en haut par le tendon saillant de l'orbiculaire. Dans les cas rebelles, on pourra sacrifier le tendon (Panas) sans danger ultérieur, pour pouvoir curetter et cautériser jusqu'à l'*unguis* le cloaque suppurant. On évitera, par les mèches iodoformées longtemps prolongées, toute cicatrisation prématurée, qui pourrait enfermer une suppuration récidivante. L'innocuité de ces interventions, en apparence menaçantes, est complète, et, quoi qu'on en puisse penser à priori, la cicatrice est rapidement imperceptible, si l'on n'a pas eu affaire à une fistule ancienne ayant érodé la peau. L'oblitération complète des voies lacrymales est souvent obtenue par la cautérisation.

On réservera la pâte de Canquoin pour les cas rebelles.

La dacryocystite *congénitale* est justiciable pendant quelques mois de la simple compression digitale répétée avec instillation consécutive de nitrate à 1 p. 100, qui peuvent amener la guérison. Sinon, on en viendra, sous le chloroforme, à des sondages. Le cathétérisme rétrograde proposé sera bien rarement praticable.

Les clous, canules et sondes à demeure, le drainage par un séton (Méjean), l'excision et l'oblitération des points lacrymaux (Bosche, Velpeau) seront abandonnés. Le curettage avec implantation d'un os décalcifié de crapaud (Guaita), l'*électrolyse* (Gorecki, Lagrange), ne paraissent pas avoir un avantage marqué sur les autres procédés. On évitera les sondes en celluloïde et en laminaire, qui exposent à de réels dangers.

3° DACRYOCYSTITE ENKYSTÉE. — Dans ces cas-là, que le contenu du sac soit glaireux ou qu'il soit purulent, lorsqu'on a vérifié que tout reflux, nasal ou conjonctival, est impossible, on n'hésitera pas à pratiquer l'*excision* partielle ou totale du sac que l'on dissèque comme un kyste. On terminera l'opération, en arrivant sur l'*unguis* où la muqueuse est indisséquable, par le raclage avec la curette tranchante et la thermocautérisation. On pourra quelquefois tenter la réunion primitive avec la soie, mais dans les cas suppurés, on mettra des mèches iodoformées jusqu'à cicatrisation totale. On n'en viendra pas plus ici qu'ailleurs, à la création de *nouvelles voies* osseuses, méthode définitivement condamnée.

4° DACRYOCYSTITE PHLEGMONEUSE. — En présence du phlegmon (à moins que le pus ne soit pas bien formé, auquel cas on ferait des séances de compresses chaudes qui amènent quelquefois la *résorption totale*), on pratiquera l'incision du sac au point culminant de l'abcès PAR LA PEAU. Ouvrir par la conjonctive et les points lacrymaux, vu le gonflement et la torsion des canalicules, expose aux fausses routes et aux inoculations orbitaires. On s'abstiendra, le jour même, de toute autre opération. On mettra une fine mèche de gaze qui guidera le pus et on appliquera un pansement antiseptique humide à mouiller toutes les heures avec de l'eau boriquée froide et qu'on changera fréquemment pendant deux ou trois

jours. Puis, après avoir nettoyé l'abcès par une irrigation, on cautérisera à fond le foyer lui-même avec le crayon de nitrate d'argent et on pansera antiseptiquement. Le lendemain, on enlèvera avec une pince la petite escarre formée, et les jours suivants, on pratiquera par les points lacrymaux le cathétérisme avec des sondes nos 2 et 3. Ce cathétérisme est en général très facile, car, à l'encontre de ce que l'on pourrait penser, on trouve *rarement du rétrécissement*, le phlegmon étant le fait d'une *simple poussée inflammatoire* surajoutée. On panse à plat, dès qu'on a pu passer les sondes; la fistule se ferme très vite *avec des voies lacrymales conservées* et la cicatrice est inappréciable.

5° FISTULE. — Si elle est récente, le cathétérisme par les points, et jamais par la fistule, la guérira rapidement. Si la fistule est rebelle ou le cathétérisme impossible, la destruction au thermocautère, ou en cas d'insuccès, par un petit vermicelle de pâte de Canquoin, laissé en place pendant deux heures, guériront presque tous les cas. On a proposé, dans certaines fistules ne donnant que du liquide lacrymal, sans pus, l'excision de la fistule, avec déplacement autoplastique des parois environnantes, et sutures.

On pensera toujours à la possibilité d'une *ostéopériostite syphilitique*, justiciable seulement d'un traitement antisyphilitique intensif, et à l'*actinomyose*, où l'iodure à hautes doses rend des services.

On pratiquera l'ablation de la glande *palpébrale* s'il reste du larmolement, après tarissement complet de toute sécrétion purulente ou muqueuse. En cas d'insuccès de cette opération, on pourrait penser (Truc) à l'ablation de la glande orbitaire, mais elle peut ne pas réussir, le larmolement persistant pouvant tenir, soit à une ablation incomplète de la glande palpébrale, soit à la sécrétion excessive des glandes lacrymales conjonctivales.

C'est surtout au traitement général (scrofule, tuberculose), au traitement nasal et dentaire, qu'il faudra s'adresser pour guérir les fistules et les suppurations ayant résisté aux moyens précédents; les cures d'eaux minérales et le séjour au bord de la mer sont souvent indiqués.

Si l'on revoit d'un coup d'œil l'ensemble du traitement actuel des affections lacrymales, on est obligé de convenir que le progrès est, avant tout, dû à un *électisme systématique* dans les procédés employés, à un usage plus fréquent des *opérations sur les organes sécréteurs*, enfin à des notions plus précises sur la *source*, le *mode de propagation de l'infection* et de la *réinfection microbiennes*, et le rôle très important du terrain (1).

(1) Consulter, pour les détails historiques et techniques : PANAS, Leçons sur les mal. de l'app. lacrymal, 1877. — DE WECKER et LANDOLT, Traité d'opht., t. IV. — A. TERSON, De la destruction et de l'extirpation du sac lacrymal (Arch. d'opht., 1891).

## III

## MALADIES DE LA CONJONCTIVE

La conjonctive est un terrain parfaitement apte à s'enflammer. L'épithélium conjonctival, qui se desquame facilement, n'offrirait qu'une résistance insuffisante, s'il n'y avait ce que nous appellerons l'*antisepticité physiologique* de la conjonctive réalisée d'abord par le flux continu des glandes lacrymales orbito-palpébrales et par celles du cul-de-sac supérieur : de plus, par sa dégénérescence caliciforme et par sa desquamatiou, l'épithélium forme un mélange intime avec les larmes et donne un liquide onctueux préservant la *cornée* contre les érosions. Le mécanisme de défense est mieux marqué encore au moindre attouchement, qui provoque un afflux de larmes ; mais le clignement physiologique établit constamment le réflexe lacrymal. Il est probable aussi que le tissu lymphoïde du cul-de-sac joue un rôle phagocytaire important, pouvant ressembler à celui de l'amygdale. Il y a un haut intérêt à comparer les analogies des moyens de défense des trois cavités faciales, bouche, fosses nasales, sac conjonctival.

Le terrain a une influence réelle ; certaines conjonctivites (catarrhales, blennorragiques) sont plus graves chez l'adulte, ou plus graves chez l'enfant (diphthériques). En plus de l'âge, les diathèses (rhumatisme, arthritisme, scrofule), les infections générales (fièvres éruptives, etc.), ont une action indiscutable.

La bactériologie a fait faire un grand pas à l'étude pathogénique des conjonctivites. Les recherches de Gayet, de Leber, de Sattler, de Fick, Gombert (1) et Morax (2) ont établi la fréquence relative des microbes conjonctivaux à l'état normal et pathologique. Au point de vue des microbes pathogènes, des staphylocoques atténués, de nombreux microbes peu définis, diverses variétés de bacilles rappelant le microbe diphthérique, sont les plus fréquents. La fréquence du streptocoque est encore mal délimitée. Sur des conjonctives d'aspect sain, si une affection de voisinage existe, on peut rencontrer le streptocoque (Morax) dans les cas de dacryocystite et de *stagnation lacrymale*, les staphylocoques virulents dans les cas de blépharites, le pneumocoque qui existe quelquefois sur des conjonctives entièrement normales, mais qui coexiste avec des dacryocystites de nature microbienne semblable. Nous avons trouvé sur la conjonctive des

(1) GOMBERT, Microbes de la conjonctive normale, thèse de Montpellier, 1889.

(2) MORAX, Recherches sur l'étiologie des conjonctivites, thèse de Paris, 1894.

ozéneux, avec Gabriélidès (1), le diplocoque encapsulé de Löwenberg à peu près constant dans leurs fosses nasales.

Le gonocoque, le bacille diphthérique virulent, le bacille de Weeks paraissent au contraire des microbes d'apport. Peut-être, pour le bacille tuberculeux (Straus), et pour le bacille diphthérique, faut-il admettre une propagation, les microbes pouvant exister dans des nez normaux.

Il est démontré que l'occlusion, surtout en diminuant la sécrétion lacrymale, augmente la pullulation microbienne (Marthen, Morax) : elle est donc à rejeter dans les conjonctivites, bien que conservant pour les kératites ulcéreuses plus d'avantages que d'inconvénients.

Décrite par Abadie, Parinaud et Rohmer, la conjonctivite *semblant se rattacher à un contagion animal* (2) est encore mal connue, au point de vue clinique et étiologique. Il s'agit d'une variété de conjonctivite avec sécrétion purulente, et développement rapide de végétations rappelant les granulations. Cette conjonctivite est monoculaire, s'accompagne d'adénite préauriculaire et sous-maxillaire, siège presque exclusivement à la paupière supérieure, et est peu dangereuse pour la cornée. Les examens microbiens n'ont pas toujours donné le même résultat : on a cependant trouvé le streptocoque récemment dans un cas typique (Villeneuve). Cette affection se produit chez les gens d'écurie et ceux qui s'occupent des bestiaux. Elle guérirait en quelques semaines par des irrigations antiseptiques.

On a observé exceptionnellement sur la conjonctive le *muguet* (Larinow, Cervera) ; l'*actinomycose* a été signalée par de Vincentiis et Fuchs.

Au point de vue étiologique et prophylactique, il résulte de ces considérations qu'il faut antiseptiser avec soin les *fosses nasales*, les *voies lacrymales* et le *bord ciliaire* qui sont des sources d'infection et de réinfection continuelles.

A côté de ces sources d'infection ectogène, la conjonctive peut aussi s'infecter par le mécanisme endogène. Les conjonctivites rhumatismales, rhumato-blennorragiques et peut-être bien d'autres (trachome, catarrhe soi-disant printanier) reconnaissent cette origine.

Quoi qu'il en soit, en plus des notions étiologiques qu'il fournit, l'*examen bactériologique* dans les conjonctivites peut rendre les plus signalés services au point de vue du *diagnostic*.

Enfin, de la pathogénie microbienne des conjonctivites résulte, au point de vue thérapeutique, la nécessité de *combiner* à l'emploi des *topiques* (nitrate d'argent et autres), des *irrigations* pratiquées sous

(1) A. TERSON et GABRIÉLIDÈS, *Arch. d'ophth.*, 1891. — Voy. en outre CHIBRET, *Congr. d'ophth. de Paris*, 1891. — CUÉNOD, *Bact. clin. de la conjonctive* (*Gaz. des hôp.*, 1894). — GASPARRINI, *Ann. di ott.*, 1894.

(2) SANS, thèse de Paris, 1890. — VILLENEUVE, thèse de Paris, 1896.

les paupières, nettoyant et désinfectant le *cul-de-sac*, qu'on n'atteignait presque jamais autrefois et où il faut poursuivre la repullulation microbienne.

Les études bactériologiques et expérimentales ont, en somme, fait faire un très réel progrès à la pathologie conjonctivale. L'application de la *sérothérapie* à certaines conjonctivites a montré le résultat qu'on pouvait attendre de la modification du terrain, et il sera peut-être permis plus tard de généraliser ces applications.

La *caroncule* possède une pathologie essentiellement *palpébrale* avec laquelle nous l'avons étudiée. Quant au *repli semi-lunaire*, il est, quant à lui, bien conjonctival : mais sa pathologie, lorsqu'on en a soigneusement dissocié celle de la caroncule, rentre dans celle de la conjonctive.

Les inflammations conjonctivales ont été longtemps désignées sous le nom d'*ophtalmies* : mais si, dans certains cas (conjonctivites blennorragiques, diphtériques, rhumato-blennorragiques, etc.), les lésions dépassent de beaucoup quelquefois la conjonctive, il n'en est pas moins vrai que presque toujours le point de départ est *conjonctival* et qu'il s'agit d'une *conjonctivite*.

Quand la *cornée* est atteinte, elle l'est secondairement : mais, dans bien des cas, les lésions sont tellement liées que l'on doit décrire ensemble les *kérato-conjonctivites*. La lésion cornéenne fait partie de la conjonctivite typique, dès que le cas est un peu grave. On ne saurait, à notre avis, décrire à part, une kératite blennorragique, panno-granuleuse, etc. Nous comprendrons donc les lésions de la cornée dans l'étude des conjonctivites de même ordre.

On pourrait croire que les notions d'étiologie *microbienne* doivent foncièrement modifier les *classifications* des conjonctivites. Mais la nosographie conjonctivale doit rester basée sur les signes cliniques accessibles à tous et qui ne changeront jamais, tandis que l'étiologie, même microbienne, subira des évolutions fatales.

Le défaut pratique de toute classification microbienne est facile à saisir. Le même microbe provoque des lésions totalement *différentes* au point de vue clinique et thérapeutique. Le streptocoque peut donner une conjonctivite muco-purulente ou une conjonctivite à fausses membranes, pour ne citer que cet exemple. Aussi croyons-nous que le *groupement*, sinon la classification des conjonctivites, doit rester basé sur la clinique.

Nous étudierons la pathologie conjonctivale dans l'ordre suivant :

1° D'abord les *traumatismes* et les lésions connexes, telles que le chémosis, les ecchymoses et les hémorragies, l'emphysème.

Puis les conjonctivites *sécrétantes*, divisées en catarrhales, purulentes, pseudo-membraneuses.

2° Les conjonctivites *parenchymateuses* et *végétantes*, caractérisées par des *néoformations* particulières (conjonctivites folliculaire, granuleuse, pseudo-catarhe printanier).

3° Les conjonctivites avec *éruptions* spéciales (conjonctivite pustuleuse), celles dues aux *fièvres éruptives* et celles qui accompagnent les *dermatoses*; puis viendront la *syphilis*, la *tuberculose*, le *lupus* et la *lèpre*, les *dystrophies* (dégénérescence amyloïde, xérosis, pingüecula et ptérygion), les *lésions congénitales* (dermoïdes, lipomes), les *tumeurs*.

**Traumatismes.** — Nous étudierons les corps étrangers, les brûlures aux *Traumatismes en général* (Voy. plus loin), mais nous dirons ici un mot des lésions consécutives, soit à des soins prolongés, soit à diverses influences physiques et chimiques.

On connaît sous le nom d'*argyrose* la teinte brunâtre que prennent les conjonctives de malades soumis pendant très longtemps (ophtalmie granuleuse) à des cautérisations au nitrate d'argent. Il paraît démontré que l'oxyde d'argent se fixe sur les fibres élastiques du chorion muqueux. On a également décrit sous le nom de *sidérose* les taches consécutives à l'emploi prolongé du sulfate de fer. (Reich.)

La conjonctivite due à la lumière électrique, décrite d'abord par des physiciens (Foucault), a été observée depuis par un assez grand nombre d'auteurs. Nous citerons en particulier les travaux de Terrier (1) et de Maklakoff (2). C'est une brûlure légère de la conjonctive, qu'on évitera par l'emploi de verres jaunés.

La conjonctive est fréquemment atteinte à la suite de la *foudre* (3).

Le *soufrage* des vignes (Bouisson) a été aussi incriminé.

Le *chémosis* (œdème sous-conjonctival) a la même signification que l'œdème palpébral. Quelquefois, de même que lui, il peut se développer subitement et disparaître (Baltus), par un phénomène vasomoteur fugace.

L'*EMPHYSÈME conjonctival* est consécutif à celui des paupières.

Les *ECCHYMOSES sous-conjonctivales*, en dehors des cas où elles reconnaissent les *causes des hémorragies réliniennes*, n'ont pas de gravité; on connaît leur importance pour la symptomatologie des fractures du crâne.

Les *HÉMORRAGIES conjonctivales graves* ont été observées surtout chez les nouveau-nés où l'on a pu voir de légères scarifications muqueuses entraîner la mort par hémorragie. Nous avons déjà parlé des *larmes de sang*.

**Congestion simple.** — Quand il s'agit d'une simple hyperhémie chronique de la conjonctive, l'ensemble de la conjonctive palpébrale et des culs-de-sac a un aspect vernissé. Sur la conjonctive bulbaire, une légère rougeur indique aussi une hyperhémie que l'on ne confondra pas avec le *cercle périkeratique* bien localisé, et fixe, des iritis, ou

(1) TERRIER, *Arch. d'opht.*, 1888.

(2) MAKLAKOFF, *Arch. d'opht.*, 1894.

(3) RÖHMER, Troubles oculaires dus à la fulguration (*Arch. d'opht.*, 1895).

avec la rougeur lilas, diffuse et profonde, des sclérites. L'hyperhémie conjonctivale s'accompagne souvent de lithiase méibomienne, d'une sensation de graviers et de difficulté à mouvoir les paupières, surtout au réveil chez certaines femmes, — état atténué par l'intromission de pommade cocaïnée à 1/50.

On trouve presque toujours chez ces malades, souvent arthritiques et eczémateux, des conditions hygiéniques défectueuses : le travail nocturne, la lumière et les poussières, la chaleur sèche, un défaut de réfraction, les veilles prolongées (comédiens, garde-malades), la fumée de tabac et son influence irritante, le vent violent (cochers) se retrouvent bien souvent.

On prescrira avant tout les *astringents* (sulfate de zinc à 1/300, alun à 1/100), les lavages boratés et glycélinés. On évitera les caustiques qui aggravent la situation.

On enlèvera les concrétions méibomiennes avec l'aiguille à corps étrangers ; le port de conserves fumées, de voilettes épaisses, peut avoir son utilité. Enfin on veillera à la correction exacte d'une réfraction défectueuse.

La congestion conjonctivale peut être cependant d'une autre nature. On connaît celle due à la section du *grand sympathique*. Couder (1) a signalé de véritables *crises d'hyperhémie* conjonctivale pouvant précéder de très près un accès de manie, coïncider avec lui et éloigner l'idée de la simulation. A. Trousseau a même parlé de *fluxion* conjonctivale chez des sujets nerveux et arthritiques. A l'inverse de la congestion, certains sujets se plaignent d'avoir de véritables accès de *refroidissement* des yeux et des paupières.

#### CONJONCTIVITES SÉCRÉTANTES.

**Conjonctivite catarrhale.** — Le catarrhe de la conjonctive revêt deux formes cliniques : l'une, aiguë ; l'autre, chronique.

**CATARRHE CONJONCTIVAL AIGU.** — La conjonctivite catarrhale aiguë attaque presque toujours successivement les deux yeux. Elle est annoncée par une sensation de cuisson.

La conjonctivite palpébrale rougit, et devient turgescente : enfin les paupières, dans les cas intenses, se gonflent fortement, et il y a un certain degré de chémosis.

Chez les enfants, la congestion vasculaire est telle qu'il se forme des *ecchymoses* sous-conjonctivales bulbaires, qui n'ont pas un pronostic sérieux.

La sécrétion peut devenir assez abondante pour se reproduire d'une façon constante, malgré les lavages : les cils collés prennent alors l'aspect caractéristique de « mèches de fouet », et on trouve de

(1) COUDER, Opht. chez les aliénés, thèse de Paris, 1887.

larges exsudats dans les culs-de-sac, quelquefois presque pseudo-membraneux.

Tous ces signes s'accroissent en général vers le soir et la maladie suit une marche cyclique : abandonnée à elle-même, elle finira par disparaître après quelques semaines, comme une bronchite, avec laquelle elle a tant d'analogie ; néanmoins elle pourrait engendrer des complications sérieuses, et passer à la chronicité.

**Complications.** — Une conjonctivite catarrhale intense, sans un traitement énergique, aboutit assez souvent à des complications *irido-cornéennes*. Des ulcérations marginales ou annulaires se développent, et des synéchies iriennes se forment.

Quelquefois même (Fuchs), une iritis plastique se produit sans altération apparente de la cornée, probablement par pénétration des microbes ou de leurs toxines par les voies circulatoires anastomotiques périkératiques entre la conjonctive et l'iris. Presque jamais les ulcères bien traités n'entraînent de perforation cornéenne, mais elle peut survenir dans le cas contraire, et être précédée d'hypopion.

Morax considère que la conjonctivite en question est plus bénigne chez l'enfant et que les cas graves sont plus fréquents chez l'adulte. Nous avons remarqué aussi que dans les familles où plusieurs personnes étaient atteintes, les adultes étaient les seuls atteints de complications.

La récurrence est possible, et les réinoculations fréquentes, si les mêmes causes d'infection persistent dans l'entourage et les conditions d'existence du malade.

**Étiologie.** — Les influences climatériques et la contagion aérienne jouent un grand rôle dans l'apparition des catarrhes conjonctivaux. Au printemps, à l'automne, ces affections sont bien plus fréquentes, et l'affection revêt un caractère épidémique. Une contagion directe doit être admise lorsqu'il y a contact d'objets de toilette, et autres, infectés par la sécrétion morbide. Weeks et Morax ont prouvé que la maladie était facile à reproduire avec des *cultures microbiennes* extraites de la sécrétion incriminée. La valeur des expériences négatives (Fuchs) tombe donc devant ces faits indiscutables.

La multiplication plus grande des bactéries à des époques humides et relativement chaudes, l'humidité (habitation au rez-de-chaussée, jardins, bateaux-lavoirs, etc.), des conditions générales irritantes (lumière électrique, travail au milieu de poussières, de vapeurs irritantes, etc., etc.) peuvent contribuer à provoquer le catarrhe : certaines professions sont donc plus particulièrement exposées que d'autres (terrassiers, blanchisseuses, vidangeurs).

Chez les jeunes scrofuleux, lorsque la période franchement catarrhale est passée (rapidement éteinte par le nitrate), on découvre ordinairement sur la conjonctive une ou plusieurs pustules typiques.

D'autres fois, il existe une *affection oculaire* antérieure (trachome)