

tout petits enfants ou des adultes. L'affection est bilatérale et atteint plus fréquemment les garçons.

Il est très rare de voir une autre affection conjonctivale (trachome, catarrhe simple) précéder l'éclosion des végétations.

Les pays humides, l'habitation dans des lieux humides et des professions spéciales (pêcheurs) paraissent pouvoir être quelquefois incriminés.

On doit se demander si, dans un certain nombre de cas, le mauvais état des fosses nasales ne prédispose pas à l'évolution des végétations conjonctivales, d'autant plus que le traitement nasal améliore les malades. Dans le cas de végétations adénoïdes nasales, nous nous sommes même demandé si, pathogéniquement, les végétations du limbe ne pouvaient pas être considérées comme étant d'une nature analogue, et nous continuons nos recherches sur ce point. Quoi qu'il en soit, l'affection se présente plus souvent chez des sujets *non scrofuleux* (de Wecker) : mais on la rencontre avec tous les tempéraments et toutes les constitutions.

Diagnostic. — Le diagnostic différentiel est délicat, surtout dans les *cas atypiques*, qui sont assez nombreux. On pourrait confondre avec le trachome. Mais l'aspect végétant et polypiforme des lésions de la conjonctive tarsale est différent : il n'y a pas sur la cornée de véritable pannus ; la végétation, *de couleur caractéristique*, surplombe la cornée qui, à côté d'elle, est absolument transparente et n'a ni les vaisseaux envahissants ni la diffusion du pannus trachomateux.

La conjonctivite pustuleuse, avec laquelle on a si souvent confondu les végétations saisonnières, donne des pustules rougeâtres, passagères, avec lésions cornéennes scrofuleuses fréquentes.

Quant au simple catarrhe, il s'éliminera vite, par l'absence des végétations typiques.

Dans les cas où les nodosités péricornéennes existent seules, on fera le diagnostic avec l'épisclérite qui n'empiète pas autant sur la cornée, dont l'aspect est rouge vineux, et qui est relativement rare à l'âge des végétations printanières : il y a des cas où l'on pourrait, en présence d'une seule végétation dure, péricornéenne, penser à un épithélioma de cette région.

Pronostic. — Il ne s'agit pas d'une maladie grave par elle-même, mais dont la chronicité, en dépit du traitement, est désespérante.

Anatomie pathologique. — On est frappé de voir le développement de l'épithélium conjonctival entre les masses néoformées, qui sont constituées par un *tissu conjonctif assez résistant*. Il y a des différences profondes avec le trachome et la conjonctivite folliculaire.

On ignore absolument la nature de cette conjonctivite hyperplasique, et le microbe, cherché par nombre d'auteurs, dont Fuchs et nous-même, n'a pu être encore mis en évidence.

Traitement. — La destruction par l'excision, le grattage et la cautérisation ignée amènent un soulagement marqué, mais, dans la majorité des cas, une récurrence lente est la règle. On s'abstiendra d'une intervention trop énergique et on n'appliquera pas à la maladie le brossage antitrachomateux, par exemple.

En dehors de ce traitement chirurgical, destiné à faciliter l'action des topiques, on pourra employer, *en variant les traitements* à cause de l'accoutumance rapide, les cautérisations au crayon d'alun (Lenoble), le massage boriqué, la pommade au bioxyde jaune (Arlt), une solution d'acide acétique à 1/30 d'eau distillée (Van Millingen, Fuchs), la créoline une fois par jour (Despagnet), les douches de vapeur avec l'appareil de Lourenço ou les compresses chaudes, la lanoline hydrargyrique (Darier).

L'électrolyse et les injections sous-conjonctivales devraient également être essayées systématiquement.

Le traitement des affections nasales concomitantes sera rigoureusement fait (Couétoix, A. Trousseau). On donnera également l'arsenic à l'intérieur (de Wecker) et on recommandera le changement d'air et de séjour.

ÉRUPTIONS CONJONCTIVALES.

Conjonctivite pustuleuse. — La conjonctivite pustuleuse a été souvent appelée *phlycténulaire* : mais le bouton caractéristique n'est composé que d'un amas inflammatoire *cellulaire*. Le nom de conjonctivite lymphatique convient, il est vrai, au plus grand nombre des cas, non à l'ensemble que le terme de conjonctivite pustuleuse caractérise nettement.

Symptomatologie. — Des lésions cornéennes coexistent fréquemment avec la conjonctivite (*kérato-conjonctivite* pustuleuse).

C'est presque toujours dans la région du limbe que les pustules apparaissent, généralement au niveau du diamètre horizontal, ce qui semble prouver que l'action irritante du vent et des poussières, des contacts malpropres, et aussi des *contaminations* par les microbes du bord ciliaire, ne sont pas étrangères à cette localisation. Tantôt il n'y a qu'une volumineuse pustule munie d'un large pinceau de vaisseaux et pouvant s'avancer jusqu'au milieu de la cornée : d'autres fois, deux ou trois pustules sont groupées, et leur sommet ulcéré présente bientôt une teinte *grisâtre* qui tranche sur le rouge vif ambiant : très rarement une teinte jaunâtre indique une sorte de nécrose suppurée de la pustule qui est quelquefois assez volumineuse pour former une masse comprenant le *tissu sous-conjonctival* et l'*épisclére* (fig. 31). Dans la forme *miliaire*, un chapelet de petites vésicules enchâsse plus ou moins complètement la cornée.

Dans des cas exceptionnels, avec *poussées impétigineuses*, hyper-

trophie de la lèvre supérieure, rhinites chroniques et tous les attributs de la scrofule, les paupières gonflées laissent échapper du muco-pus, et quelquefois des exsudats pseudo-membraneux peu adhérents. Cette forme se développe sur un terrain franchement scrofuleux (Valude) : quand la sécrétion a diminué, on découvre sur la conjonctive bulbaire de volumineuses pustules.

Les symptômes *subjectifs* consistent en une photophobie extrême; les enfants se détournent avec horreur de tout éclairage, et les releveurs de Desmarres doivent être généralement appliqués pour permettre l'examen complet : des lésions souvent insignifiantes provoquent cet émoi disproportionné. Il y a en même temps un violent blépharospasme, accru par la fréquence de *fissures* palpébrales à la

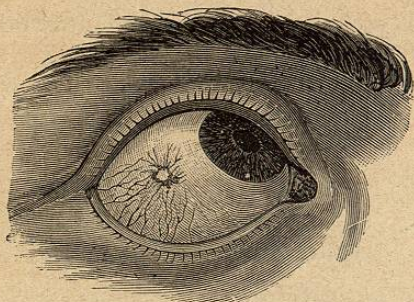


Fig. 31. — Pustule conjonctivale.

commissure externe excoriée. Si la conjonctivite est insuffisamment soignée, elle entraîne assez vite des conséquences définitives et graves.

La kératite à *bandelette* est une des formes les plus fréquentes : une bandelette munie de petits vaisseaux, s'avance plus ou moins vers le centre de la cornée et laissera une lésion cicatricielle.

Dans des cas plus graves, des *ulcères*, des abcès de la : avec hypopion, se développent. La perforation se produit, et un enclavement irien l'accompagne.

Bien des cas de conjonctivite pustuleuse, considérée en général à tort comme d'une bénignité extrême, compromettent sérieusement les fonctions de l'organe et se terminent par la persistance d'un voile vasculaire (pannus scrofuleux) qui, à l'encontre du pannus granuleux, n'a pas de siège presque exclusif dans le tiers supérieur de la cornée.

Très exceptionnellement, le blépharospasme et l'occlusion forcée des paupières entraînent un *entropion* de la paupière inférieure dont les cils frottent la cornée, une sorte de cécité temporaire sur la nature de laquelle on est mal fixé, enfin un *strabisme* plus ou moins accentué.

Étiologie. — Il s'agit plus ordinairement d'enfants scrofuleux, surtout à partir de deux à trois ans, mais les adultes sont quelquefois atteints, sans scrofule appréciable. Chez les femmes, la menstruation occasionne assez souvent une récurrence périodique. Chez les enfants, la blépharite, l'otite et surtout la *rhinite scrofuleuse*, existent presque toujours, à tel point que certains auteurs (Augagneur) avaient assigné une origine *nasale* à la maladie. Dans une même famille, plusieurs enfants sont atteints, plutôt par la similitude de constitution et les conditions détestables d'hygiène et de propreté qui leur sont communes que par une véritable contagion. Les fièvres éruptives, surtout la rougeole, jouent aussi un rôle.

Anatomie pathologique et bactériologie. — Au niveau du limbe se produit un amas sous-épithélial de cellules embryonnaires ; sur la cornée (Ivanoff), l'amas siège entre l'épithélium et la membrane de Bowman, perforée au niveau du passage des nerfs. C'est une maladie du « feuillet conjonctival » de la cornée.

L'analogie est extrême avec les pustules impétigineuses et le siège au limbe est favorisé par la présence de l'abondant réseau lymphatique péricornéen, communiquant avec le tissu sous-conjonctival et les lymphatiques contaminés. Au point de vue *bactériologique*, Gifford, Burchardt, et surtout Bach ont étudié la question.

Le *staphylocoque* est le microbe le plus souvent observé dans la pustule.

Diagnostic. — L'*épisclérite*, notablement plus adhérente, est rare chez les jeunes scrofuleux, et n'entraîne pas une semblable réaction conjonctivale.

Nous avons vu les différences avec les *végétations printanières*.

Les abondants catarrhes des scrofuleux pourraient en imposer pour des conjonctivites purulentes ou pseudo-membraneuses.

Le *pannus scrofuleux* se déduira de l'absence de toute granulation tarsale à l'état floride ou cicatriciel, et du manque des stigmates hérédito-syphilitiques.

Traitement. — *Traitement local.* — Si la forme est *très sécrétante*, il ne faut pas hésiter à *tarir d'abord la sécrétion par le nitrate d'argent* à 1/50, appliqué une fois par jour, et par des irrigations antiseptiques. Ce traitement, fait pendant quelques jours, déballe le terrain d'une façon parfaite et il ne reste plus qu'à traiter les pustules mises à nu.

Si la forme, sans sécrétion marquée, est franchement inflammatoire et avec forte photophobie, on proscrira tout caustique ou toute pommade irritante. Le traitement général, les onctions biquotidiennes de pommade à l'iodoforme, les instillations de cocaïne et d'atropine, les applications froides sur la tête, amènent vite une détente. On soignera rigoureusement les *excoriations palpébrales* et autres; la rhinite sera l'objet des soins quotidiens, et on nettoiera fréquemment à l'eau chaude savonneuse le cuir chevelu, où les

cheveux seront coupés ras, qu'il y ait ou non des parasites.

Il faut *proscrire absolument le bandeau* et employer un carré de soie noire flottant, une visière ou des lunettes fumées, suivant l'âge et les cas, le bandeau aggravant la photophobie et l'irritation conjonctivale.

Quand il y a peu de photophobie, l'application *quotidienne* de pommade au bioxyde jaune de mercure à 1/40 (gros comme un grain de blé) sera seule indiquée. La pommade au calomel ou l'insufflation de calomel sont moins bien supportées. On évitera ces divers médicaments, si le sujet prend de l'iodure à l'intérieur, un iodure de mercure caustique pouvant se former lorsqu'on applique la pommade.

S'il y a des complications cornéennes, on fera le grattage de la pustule, sa cautérisation au galvanocautère ou avec une aiguille rougie, avec un emploi modéré du bandeau, puis le traitement des taies et des leucomes adhérents.

Le *traitement général* a une importance *égale* à celle du traitement local: c'est celui de la scrofule. Le séjour au bord de la mer (dans l'intervalle des poussées), l'usage de l'iodoforme à l'intérieur, des aliments gras (purée de sardines au beurre) de l'huile de foie de morue et des vins iodés, que nous prescrivons alternativement, ce qui permet au malade de continuer à se traiter, sans se fatiguer du même médicament; les frictions sèches, la gymnastique, sont recommandables. L'arsenic et le fer conviennent plutôt aux sujets pâles et maigres qu'aux scrofuleux bouffis et infiltrés.

Des soins prolongés de la rhinite et de la blépharite, après la guérison de la conjonctivite, sont infiniment utiles pour seconder le traitement général et *empêcher les récives*.

Fièvres éruptives (1). — Le catarrhe conjonctival dû à l'invasion de la *rougeole* est souvent suivi d'*orgelets*, de blépharites et de conjonctivite pustuleuse. Les lésions conjonctivales, tout à fait rares, de la *scarlatine*, peuvent constituer des conjonctivites à fausses membranes avec ou sans *dacryocystite* de même nature. (Chevallereau.)

La *variole* est surtout grave par ses accidents *palpébraux* et les inoculations cornéennes.

Il pourrait se développer des *pustules conjonctivales*, qui ne sont pas admises par tous, et à la période de suppuration, des conjonctivites purulentes et pseudo-membraneuses graves sont à redouter.

La *varicelle*, qui souvent atteint les muqueuses, entraînerait aussi des éruptions conjonctivales, (Besnier, Comby): on a noté un cas de conjonctivite à fausses membranes (Oger de Spéville.)

Les lésions conjonctivales de l'*érysipèle palpébral* périoculaire ont été déjà décrites.

(1) GUY, Troubles oculaires des fièvres éruptives, thèse de Toulouse, 1896.

Dermatoses. — Chez les *eczémateux*, il y a une grande tendance à l'hyperhémie conjonctivale, sans véritable catarrhe: la conjonctive est rouge et vernissée, et le malade se plaint d'une sensation de cuisson vive et permanente. Nous avons vu plusieurs fois des poussées conjonctivales eczémateuses se développer par une sorte d'alternance, avec un eczéma de la jambe ou de la peau d'une autre région.

Dans l'*eczéma séborrhéique* des paupières, des lésions *cornéennes* peuvent se produire. Dans un cas observé par nous dans le service du D^r E. Besnier, une panophtalmie rapide avait été la suite de l'ulcération cornéenne d'un côté, tandis que l'autre œil n'avait qu'une ulcération commengante.

On s'abstiendra d'irritants, chez les eczémateux. On traitera les poussées palpébrales et cornéennes par les moyens appropriés. Quant aux hyperhémies si fréquentes, l'usage des collyres à l'alun à 1/150 et des bains prolongés dans une solution de borate de soude dans l'eau distillée (4/300 avec 10 grammes de glycérine) est d'un bon effet, ainsi que le traitement général de l'eczéma.

ACNÉ ROSACÉE. — On voit naître sur le limbe une petite nodosité qui disparaît au bout de quelques jours et le petit ulcère qui en est la suite guérit sans laisser de cicatrice apparente (Arlt). Fuchs affirme que la conjonctivite ne s'observe que chez des adultes atteints *simultanément* d'acné rosacée, ce qui éclaire le diagnostic.

L'**HERPÈS CONJONCTIVAL** (1) a la plus grande ressemblance avec la conjonctivite pustuleuse.

ÉRYTHÈME POLYMORPHE. — Alibert et Bazin, Trousseau, Savy, de Beurmann, de Molènes, ont signalé des papules conjonctivales. Nous en avons observé plusieurs cas dans le service du professeur Fournier, groupés avec d'autres documents dans la thèse du D^r Beaudonnet (2).

On a décrit un cas de glaucome chez un sujet prédisposé, au cours d'une attaque d'érythème (Titomanlio): en dehors de ces cas, il n'y a que des *vésicules* ou plus ordinairement des *papules*.

Les vésicules (Gaucher, A. Terson) s'observent dans la forme *hydroïque*; elles se développent comme une lentille cristalline sur la conjonctive bulbaire; la bulle crève et laisse une petite ulcération vite guérie. L'érythème papuleux entraîne d'énormes papules conjonctivales, souvent bilatérales et siégeant sur le diamètre horizontal. Ces papules, fixes, aussi volumineuses qu'un gros bouton d'épiscélrite, apparaissent en quelques heures et se résorbent en peu de jours sans traitement. Elles suivent en général l'éruption cutanée. On se gardera de les confondre avec des lésions syphilitiques (papules, gommès).

(1) VACARY, thèse de Paris, 1879.

(2) B. BEAUDONNET, Manifestations oculaires de l'érythème polymorphe, thèse de Paris, 1894.

Dans un cas d'*herpès iris*, Fuchs (1) a signalé une conjonctivite pseudo-membraneuse bénigne.

Le *psoriasis* s'accompagne de troubles oculaires. Cependant quelques dermatologistes n'admettent pas de psoriasis des muqueuses. En dehors du psoriasis des paupières, il peut se produire de vraies plaques conjonctivales (Sack). Nous observons un malade qui, à chaque poussée de psoriasis, a une violente conjonctivite et de petits ulcères cornéens superficiels. L'ensemble de ces faits est réuni, de même que ceux relatifs au pemphigus, dans la thèse de Soueix (2). Certains affirment que la conjonctivite psoriasique peut aboutir même au xérosis (Tixier). Morax et nous-même avons observé des iritis au cours du psoriasis.

PEMPHIGUS. — Alibert, W. Cooper, l'ont signalé les premiers : il suit le pemphigus généralisé, en particulier celui des paupières. Tilley et Steffan rapportent des cas où le pemphigus conjonctival paraît avoir été primitif. La maladie aboutit presque fatalement au xérosis, avec symblépharon et disparition totale des culs-de-sac. Dans un cas observé par nous à l'hôpital Saint-Louis, les deux yeux entr'ouverts, dont la cornée était cutisée et l'adhérence des paupières avec le globe absolument complète, ressemblaient à des *yeux de statue*.

On ne confondra pas ces bulles avec celles, bénignes, de l'hydroa. Tout traitement est malheureusement *illusoire* ou *dangereux*.

Syphilis. — La conjonctive est le siège d'accidents primitifs, secondaires et tertiaires. Le *chancre* conjonctival peut coexister avec celui du bord libre ou des commissures qui se recouvre d'un enduit diphtéroïde. Quand il surgit sur la conjonctive même, il est presque toujours également recouvert d'une fausse membrane. Le chancre conjonctival a été souvent décrit, et on trouvera l'ensemble des cas dans la thèse de Touchaleaume (3).

L'étiologie est la même que celle du chancre de la paupière. Mentionnons comme étiologie bizarre le léchage médical de certaines affections chroniques de la conjonctive (trachome) qui a pu donner lieu à de véritables épidémies de chancres oculaires (Teplyachine). Le diagnostic du chancre devra être fait au début avec une conjonctivite *pseudo-membraneuse* localisée, avec la tuberculose conjonctivale et les conjonctivites dites d'origine animale. Le diagnostic sera aidé par l'adénopathie préauriculaire et sous-maxillaire, qui est extrêmement précoce dans le chancre.

Les accidents secondaires sont constitués par des papules (Smée, Fournier, Galezowski, Bosma) : nous en avons rapporté une observation typique (4). Bien qu'exceptionnelle, l'affection est nettement

(1) FUCHS, *Klin. Monatsblätter für Augenheilk.*, 1876.

(2) SOUEIX, *Troubles oculaires du psoriasis et du pemphigus*, thèse de Paris, 1896.

(3) TOUCHALEAUME, thèse de Paris, 1894.

(4) A. TERSON, *Gaz. méd. de Paris*, 1894.

classée; il s'agit d'un ou plusieurs boutons rougeâtres, mobiles avec la conjonctive, pouvant se développer, en particulier sur la conjonctive bulbaire. Elles coexistent avec des éruptions papuleuses sur la face et les paupières. Elles disparaissent rapidement, sans laisser de traces. Certains ont décrit sous le nom de papules des productions volumineuses pouvant s'ulcérer, mais, à notre avis, ces cas rentrent dans les accidents tertiaires conjonctivaux et sous-conjonctivaux qui seront décrits sous le nom de *gommés épisclérales*.

Les *plaques muqueuses*, des catarrhes intenses (Mauthner) et des conjonctivites simulant le trachome et rattachées à la syphilis (Goldzieher) sont encore mal connus et d'une interprétation difficile.

Tuberculose et lupus. — La tuberculose conjonctivale a été réalisée expérimentalement par plusieurs auteurs, en particulier par Langhans (1867), Hænsell (1879) et d'autres. Dans la majorité des cas, l'inoculation *sous-conjonctivale* de fragments de matière tuberculeuse (tumeur blanche, lupus, etc.) est suivie au bout de quelques semaines de néoformation tuberculeuse. La généralisation à l'organisme est rare, mais possible. (Armaignac, Motais.)

Il est prouvé (A. Trousseau) que le lupus donne par inoculation, des tuberculoses iriennes dans l'œil du lapin. Il y a lieu de considérer, tout au moins au point de vue clinique, la *tuberculose conjonctivale franche* et la *tuberculose lupique*.

1° **TUBERCULOSE FRANCHE.** — Décrite d'abord par Köster (1873), Sattler, Sæmisch, etc., la tuberculose conjonctivale a été désormais classée par le Mémoire si remarquable de Haab (1).

Il s'agit d'ulcérations à fond jaunâtre, sur la conjonctive bulbaire (fig. 32), mais plus souvent sur le cul-de-sac et la conjonctive palpébrale. Ces ulcérations sont cerclées d'un semis de nodules tuberculeux, et de végétations, comme les ulcérations linguales. Un certain degré de conjonctivite les accompagne, ainsi qu'un gonflement des paupières et l'empâtement des ganglions préauriculaires et sous-maxillaires. Dans des cas exceptionnels, une propagation secondaire,



Fig. 32. — Tuberculose de la conjonctive (Van Millingen).

(1) HAAB, *Arch. für Ophth.*, 1879.