

préfère la pilocarpine à l'ésérine, parce que celle-ci subit en peu de temps, souvent en vingt-quatre heures, une modification qui rend son action inégale, et que son usage provoque aisément une conjonctivité folliculaire surtout chez les enfants. La pilocarpine échappe à cet inconvénient et peut se conserver pendant des mois.

Après chaque instillation, on fait bien d'exercer pendant quelques instants une légère pression dans la région du sac lacrymal, pour éviter l'absorption du médicament par les points lacrymaux et sa pénétration dans le canal nasal.

On a proposé aussi, toujours dans la crainte d'un empoisonnement par imprudence, de l'employer sous forme de glycérolé, que l'on introduit dans l'œil, composé de glycérine, 5 grammes; sulfate d'atropine ou de duboisine, 5 centigr.

Dans les cas d'empoisonnement par l'atropine, le moyen le plus rapide et le plus efficace consiste dans l'injection sous-cutanée d'une solution de morphine.

## CHAPITRE II

### MALADIES DE LA CONJONCTIVE

**Anatomic.** — La conjonctive est une membrane muqueuse qui tapisse la face interne des paupières à partir de leur bord libre, et qui, après avoir formé le cul-de-sac palpébral, se replie sur la sclérotique, vers l'équateur du globe, et la recouvre jusqu'à la périphérie de la cornée. Elle dépasse même la sclérotique en formant le limbe conjonctival au bord de la cornée, sur laquelle elle est réduite à sa couche épithéliale. Elle représente ainsi un véritable sac lorsque les yeux sont fermés.

Il faut distinguer par conséquent trois portions de la conjonctive, celle qui recouvre le tarse, sous le nom de conjonctive palpébrale; celle du cul-de-sac et celle qui s'étend sur la sclérotique, conjonctive bulbaire.

La structure de la conjonctive est celle de toutes les muqueuses; elle se compose d'un tissu propre dont la base est un tissu adénoïde formé par un réseau à fines mailles dont les points d'intersection montrent de nombreux noyaux et qui est rempli d'une masse de cellules lymphatiques. Ce stratum de tissu propre est lié aux parties sous-jacentes par un tissu cellulaire et recouvert d'une couche épithéliale.

Dans la conjonctive palpébrale, le tissu propre est épais, l'épithélium est pavimenteux, stratifié; les papilles de la conjonctive ne commencent qu'à 1 millimètre du bord ciliaire et donnent à la conjonctive, lorsqu'elles sont gonflées, son aspect velouté particulier. Elles diminuent de nombre et augmentent de grandeur à mesure qu'on s'approche du cul-de-sac. Le tissu cellulaire qui réunit le tissu propre aux parties sous-jacentes est très dense, et relie la conjonctive très intimement avec le cartilage.

Aux culs-de-sac, au contraire, le tissu cellulaire est de beaucoup

plus lâche et contient un plus grand nombre de fibres élastiques assez fortes, réunies sous formes de faisceaux. La conjonctive y est plus épaisse, son épithélium est cylindrique, et les papilles peu nombreuses mais grandes.

La conjonctive bulbaire est blanche, mince, renferme des fibres élastiques et adhère à la sclérotique par un tissu cellulaire plus dense que celui du cul-de-sac, mais qui lui laisse cependant une certaine mobilité. L'épithélium y est pavimenteux.

Dans l'angle interne de l'œil, la conjonctive bulbaire forme en se recourbant le pli semi-lunaire qui entoure la partie externe de la caroncle lacrymale, composée d'un amas de glandes sébacées, de cellules graisseuses et de quelques follicules pileux. Le cul-de-sac supérieur est traversé, près de l'angle externe de l'œil, par les six à dix conduits excréteurs de la glande lacrymale. La conjonctive renferme en outre des follicules lymphatiques et des glandes en acinus; les premières se trouvent dans les deux culs-de-sac, les dernières exclusivement dans le cul-de-sac supérieur. Elles paraissent la source principale du liquide destiné à lubrifier la surface de l'œil.

Les vaisseaux de la conjonctive sont très nombreux : les artères sont fournies par les rameaux des branches musculaires, palpébrale, lacrymale, dorsale du nez, frontale, angulaire, sus et sous-orbitaire provenant de l'artère ophtalmique; la conjonctive du globe reçoit également quelques ramuscules des artères ciliaires antérieures venant ou de la lacrymale ou directement de l'ophtalmique. Les veines se déversent dans les veines ophtalmique et faciale. En examinant attentivement le blanc de l'œil, on y distingue facilement deux ordres de vaisseaux : les uns suivent les mouvements de déplacement de la conjonctive, les autres sont fixés dans le tissu cellulaire sous-conjonctival. Ceux-ci se perdent vers le bord de la cornée, les premiers perforent la sclérotique d'avant en arrière dans le voisinage de la cornée.

Les nerfs, en très grand nombre, sont fournis par la première branche du nerf trijumeau. Leurs terminaisons présentent une particularité importante : ils finissent dans des petits organes particuliers qui ont reçu le nom de corpuscules terminaux claviformes, et sur la nature desquels on n'est pas complètement d'accord.

La sécrétion de la conjonctive se compose du produit des glandes en acinus, qui se rapproche beaucoup de celui de la glande lacrymale, et dans lequel se trouvent répandues les cellules épithéliales superficielles, qui sont constamment renouvelées. Elle est destinée à lubrifier continuellement la surface du globe et à maintenir la netteté de la cornée. L'importance de cette sécrétion résulte de ce fait que le liquide qui se trouve entre les paupières et le globe de l'œil se compose presque entièrement de la sécrétion conjonctivale, et que les larmes proprement dites y jouent un rôle si secondaire que

l'extirpation de la glande lacrymale n'amène à sa suite aucune perturbation des fonctions de l'œil, tandis que la destruction de la conjonctive est suivie inévitablement de la perte de l'œil.

## ARTICLE PREMIER

## DES CONJONCTIVITES

Les diverses affections inflammatoires de la conjonctive ne peuvent être considérées comme autant d'entités morbides; elles constituent plutôt différentes modifications du même processus pathologique, ces modifications dépendant d'une part de la cause de la maladie, de l'intensité et de la durée de son action, et, d'autre part, de l'état particulier des tissus au moment où l'action nuisible s'est fait sentir. On ne peut donc nier que la classification des conjonctivites est purement théorique; on peut rencontrer ces diverses affections comme autant de phases de la même maladie, et d'autres fois sous des formes intermédiaires, résultat de leur combinaison.

Nous distinguons dans ces affections les groupes suivants :

1° L'hyperhémie de la conjonctive seule ou accompagnée de sécrétion catarrhale muqueuse, puro-muqueuse ou franchement purulente (conjonctivite catarrhale, blennorrhéique et purulente).

2° Les conjonctivites dans lesquelles la sécrétion morbide montre une tendance à la plasticité, soit en formant des dépôts solides à la surface, soit même dans l'épaisseur du tissu conjonctival (conjonctivite pseudo-membraneuse ou diphthéritique).

3° Les conjonctivites dans lesquelles la sécrétion n'a lieu que par places et soulève la couche épithéliale sous formes de pustules (conjonctivites phlycténulaires).

4° Les conjonctivites dans lesquelles les produits de la maladie affectent une forme particulière dont la nature anatomique est encore discutée, les granulations (conjonctivites granulaires, trachome).

## I

1. — **Hyperhémie de la conjonctive. — Catarrhe sec**

*Diagnostic.* — Lorsque l'hyperhémie est bien prononcée, on découvre sur la face interne des paupières un développement anormal des vaisseaux qui masquent plus ou moins les glandes de Meibomius, et changent la coloration habituellement rose de la conjonctive en un rouge vif et irrégulièrement foncé. Dans les sinus palpébraux, le rouge paraît encore plus saturé, et dans les cas graves la coloration devient livide.

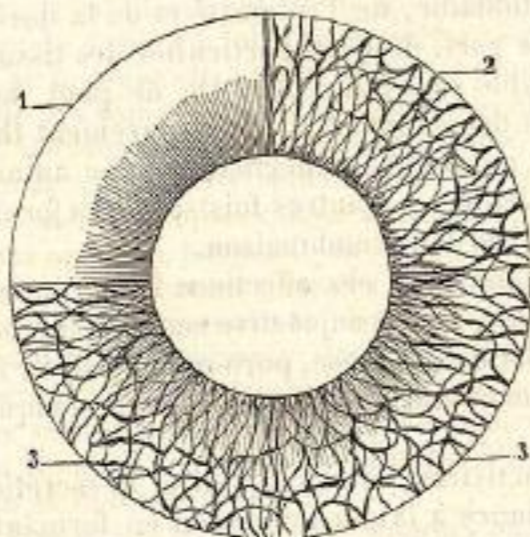


Fig. 20. — Injection conjonctivale et sous-conjonctivale.

La muqueuse est peu tuméfiée, mais le corps papillaire commence à devenir visible et à donner à la conjonctive, surtout sur le cartilage tarse, un aspect velouté.

Lorsque l'hyperhémie se propage sur le globe oculaire, le pli semi-lunaire et la caroncule sont injectés, et le blanc de l'œil est plus ou moins rouge par l'apparition d'un réseau vasculaire.

L'injection du blanc de l'œil demande une étude particulière, parce que les différentes formes sous lesquelles nous l'observons sont des

indications précieuses pour le diagnostic des affections. Lorsque l'inflammation réside dans la conjonctive, les vaisseaux sont gros, tortueux et réunis en une sorte de réseau formé par leurs anastomoses. Ce réseau, auquel est due la coloration rouge de l'hyperhémie, augmente d'intensité à mesure que l'on s'approche des paupières (fig. 20, 2), et s'éclaircit dans le voisinage de la cornée. Une seconde forme d'injection produit une zone rose autour de la cornée, et dont la teinte pâlit à mesure qu'elle s'en éloigne (fig. 20, 1). Un examen attentif de cette rougeur démontre qu'elle est formée par des vaisseaux très petits et disposés en lignes droites qui partent en rayonnant du pourtour de la cornée. Cette injection siège dans le tissu épiscléral et indique une inflammation de la cornée ou du tractus uvéal (iris, corps ciliaire, choroïde). Une troisième forme d'injection n'occupe qu'une partie du blanc de l'œil et y constitue une plaque de forme irrégulière et de coloration livide; elle est le produit d'une inflammation de la sclérotique, dont la couleur d'un rouge vif est modifiée par l'influence optique des couches semi-transparentes qui la recouvrent.

Dans le catarrhe sec, la sécrétion ne présente rien d'anormal; tout au plus y a-t-il une hypersécrétion de la glande lacrymale sous l'influence d'une cause irritante accidentelle; et les larmes paraissent au malade d'une chaleur désagréable.

Les malades accusent la sensation des corps étrangers, tels que des grains de sable, des picotements, ou de pression, la lourdeur des paupières plus prononcée le soir, et une sécheresse toute particulière qui les gêne pour ouvrir les yeux, surtout après le sommeil. Ils accusent une sensibilité excessive à la lumière et qui accompagne les efforts prolongés de vision. Ces symptômes se prononcent davantage sous l'influence de toutes les circonstances qui augmentent l'hyperhémie, telles que le séjour dans un air chaud ou vicié, l'accélération de la circulation qui suit les repas, le travail assidu, le frottement des paupières, etc.

D'ailleurs, l'intensité de ces sensations varie individuellement et paraît bien plus forte lorsque les paupières sont tendues et appliquées fortement sur le globe oculaire que lorsqu'elles sont lâches et distendues.

Les causes de cette affection sont de diverses natures: la présence d'un corps étranger, une glande de Meibomius infarctée et produisant une petite concrétion, les troubles des voies lacrymales, le séjour dans un air vicié, les insomnies prolongées.

Il faut accuser également des travaux assidus exécutés dans de mauvaises conditions, par exemple, sur des objets très fins, dans un mauvais éclairage, avec des lunettes mal appropriées à la vision, ou sans lunettes lorsque l'état des yeux en exigerait. D'autres fois, on rencontre l'hyperhémie de la conjonctive comme accompagnant une hyperhémie des membranes profondes de l'œil, par exemple dans les cas de myopie progressive.

La *marche* de cette affection est aiguë ou chronique, suivant que la cause agit une seule fois ou se manifeste d'une manière continue. Dans ces dernières conditions, l'hyperhémie peut se propager et devenir le point de départ d'inflammation des glandes de Meibomius, de blépharites, etc.

Le *pronostic* est absolument bon, et si le malade peut se soustraire aux causes de la maladie, sa guérison est généralement spontanée.

Le *traitement* se propose, en premier lieu, d'éviter les causes nuisibles, et d'écarter du malade celles qui ont provoqué l'hyperhémie de la conjonctive. L'hygiène oculaire, telle que nous l'avons exposée plus haut dans le chapitre précédent, l'usage des lunettes appropriées, et quelques lotions fraîches suffisent dans un certain nombre de cas.

On a remplacé avantageusement ces lotions par des douches sur les paupières fermées, dont il faut éviter seulement le choc trop violent, et, dans ce but, les instruments pulvérisateurs rendent de grands services. Si ces moyens ne suffisent pas, on y ajoutera l'usage des médicaments astringents, appliqués sur les paupières en compresses. L'acétate de plomb (6 gouttes pour un verre d'eau) trois fois par jour pendant un quart d'heure ou une demi-heure, le sulfate de zinc (0<sup>sr</sup>,20 pour 150 grammes d'eau), remplissent ordinairement le but.

Les mêmes médicaments, à une dose un peu plus forte, peuvent être employés sous forme d'instillations, une ou deux fois par jour. On obtient parfois une amélioration sensible par un collyre de laudanum (parties égales de laudanum et d'eau distillée). Lorsque l'hyperhémie a déjà pris un caractère chronique, on se servira avec avantage d'une solution de nitrate d'argent (0<sup>sr</sup>,10 pour 30 grammes d'eau) dont on badigeonne avec un pin-

ceau la surface interne des deux paupières. Cette application peut être renouvelée, s'il est nécessaire, tous les quatre ou cinq jours ou même plus souvent. Il va sans dire que lorsqu'il existe une cause mécanique de l'hyperhémie, telle que l'hypertrophie d'une glande de Meibomius avec infarctus, un cil dévié, une affection des voies lacrymales, etc., il faut en débarrasser le malade.

Après une hyperhémie de longue durée, on observe souvent une hypertrophie du corps papillaire qui se manifeste par l'apparition d'élevures arrondies, diaphanes, très fines, dans le voisinage des sinus palpébraux. Dans ces cas d'hyperhémie chronique, il faut examiner ces régions attentivement, après avoir renversé les paupières, et si l'on constate la présence de ces papilles, les cautériser légèrement avec le sous-acétate de plomb (en solution avec une égale quantité d'eau). Il est très rarement nécessaire et dans la plupart des cas même nuisible d'avoir recours à des cautérisations avec le sulfate de cuivre et le nitrate d'argent mitigé par l'adjonction du nitrate de potasse.

Nous nous servons, pour les cautérisations avec le nitrate d'argent, des crayons mitigés, qui se composent de nitrate d'argent et de nitrate de potasse dans les proportions d'une partie de nitrate d'argent pour deux de nitrate de potasse, ou en parties égales, ou enfin de deux parties de nitrate d'argent pour une de nitrate de potasse. Après la cautérisation, on neutralise immédiatement l'excédent du caustique, en promenant sur la partie cautérisée un pinceau trempé dans de l'eau salée, puis on lave toute la région avec de l'eau fraîche appliquée à l'aide du pinceau.

Chaque cautérisation est suivie d'une sensation de chaleur assez désagréable pour le malade, et dont on combat l'intensité à l'aide de compresses fraîches ou de douches de quelques minutes de durée.

## 2. — Conjonctivite catarrhale

*Diagnostic.* — La conjonctivite catarrhale se compose de l'hyperhémie de la conjonctive accompagnée de sécrétion. Nous y rencontrons, par conséquent, seulement à un degré plus prononcé, tous les symptômes déjà décrits de l'hyperhémie : l'injec-

tion de la conjonctive palpébrale est si intense que l'on n'y distingue plus les traces des glandes de Meibomius, la muqueuse prend un aspect brillant très rouge, turgescence; il en est de même sur les sinus palpébraux. Le blanc de l'œil est plus ou moins injecté, et le réseau vasculaire d'autant plus prononcé que l'affection est plus intense.

La sécrétion varie selon le degré du catarrhe; tantôt, on ne voit que quelques filaments de mucosités entre les plis du sac conjonctival ou sur la cornée; tantôt, on la trouve en plus grande quantité réunie à l'angle interne, toujours séparée du liquide lacrymal avec lequel, et c'est là un symptôme distinctif, le mucus ne se mélange pas. Si l'irritation de l'œil est considérable, il existe en même temps une hypersécrétion de la glande lacrymale (dacryorrhée), et les larmes entraînent les filaments muqueux vers l'angle interne, le bord des paupières et sur la peau externe de la paupière inférieure; de là des excoriations de la peau en ces endroits, surtout chez les individus qui ont la peau fine, ou qui ne peuvent s'empêcher de frotter leurs paupières.

Pendant la nuit, les matières muqueuses sécrétées s'accumulent, se dessèchent, et il se fait sur le bord ciliaire un dépôt de croûtes qu'il faut savoir distinguer de celles que produit la blépharite ciliaire. Ces dernières sont situées à la base des cils qu'elles réunissent en forme de pinceaux; elles sont grosses, molles, tandis que les premières recouvrent le bord palpébral d'une couche plus générale, sont sèches et cassantes.

D'autres fois, la sécrétion diminue tellement pendant la nuit, que les malades accusent une grande sécheresse, avec raideur des paupières et difficultés de les entr'ouvrir. Le catarrhe de la conjonctive n'est pas accompagné de douleurs vives, mais de sensations désagréables, de picotement, de sable dans l'œil, qui augmentent quand le malade se trouve dans des conditions défavorables, telles que la fumée, la poussière, l'air vicié, etc.

La photophobie se fait surtout sentir lorsque les yeux se trouvent exposés à un fort éclairage; lorsqu'elle est très prononcée, et que les malades accusent des douleurs vives, il y a tout lieu de soupçonner une existence simultanée d'une affection de la cornée.

La maladie se termine souvent par la guérison au bout d'une semaine ou plus, même sans autre traitement qu'une hygiène rationnelle des yeux. Plus souvent, elle prend la forme chro-

nique et l'injection disparaît sur la conjonctive bulbaire. Les complications sur la cornée sont rares, sauf chez les vieillards; de plus, chez ceux-ci, la tuméfaction prolongée de la muqueuse produit aussi facilement l'éversion des bords palpébraux, surtout à la paupière inférieure. Lorsque ceci a lieu, le déplacement des points lacrymaux empêche l'écoulement normal des larmes, et le séjour prolongé de ce liquide devient une nouvelle source d'irritation pour la muqueuse qui se tuméfie de plus en plus, et conduit ainsi à un véritable ectropion.

Le catarrhe conjonctival n'est souvent qu'une phase préliminaire plus ou moins longue ou une complication d'autres affections de la muqueuse, telles que la blennorrhée, la conjonctivite phlycténulaire; et ce fait mérite notre attention à cause des différentes indications thérapeutiques.

Nous reconnaissons à cette affection les causes déjà énoncées à l'occasion de l'hyperhémie, auxquelles il faut ajouter les traumatismes de la conjonctive, le manque de protection de l'œil comme dans l'ectropion, la contagion ou l'inoculation directe de matières purulentes, la participation de la membrane muqueuse aux affections cutanées de la face, telles que l'érysipèle, l'impétigo, l'eczéma et les divers exanthèmes aigus, enfin une prédisposition générale au catarrhe des muqueuses qu'on observe chez beaucoup de personnes et qui date souvent de l'enfance.

Le pronostic est absolument bon, tout au plus y a-t-il à faire remarquer, au début de la maladie, l'incertitude où l'on se trouve si elle ne constitue pas la première période d'une affection plus grave, et à la fin la crainte de la voir devenir chronique.

*Traitement.* — En dehors de l'hygiène, l'affection doit être traitée au début par l'application modérée de compresses froides faites avec de l'eau légèrement carbolisée (5<sup>es</sup> pour 1000), appliquées toutes les deux heures pendant 15 à 20 minutes, et, s'il est nécessaire, par l'administration de quelques légers purgatifs.

Il est indispensable de prescrire au malade une très grande propreté et des soins attentifs pour débarrasser l'œil, sans l'ir-

riter par des attouchements maladroits, des mucosités qui s'y amassent.

Ce n'est que lorsque la conjonctive se relâche, se plisse, perd sa rougeur vive et devient bleuâtre, qu'il est bon d'employer les astringents, tels que le sulfate de zinc, de cuivre, l'alun, la pierre divine à la dose de 0<sup>sr</sup>,5 à 0<sup>sr</sup>,15 pour 30 grammes d'eau distillée, appliqués à l'aide de compresses plusieurs fois par jour, ou directement sur la muqueuse une fois par jour.

Lorsque le catarrhe est limité aux paupières et tend vers la guérison, on peut en accélérer la marche par des instillations avec les mêmes collyres, à une dose plus faible (0<sup>sr</sup>,02 pour 30 grammes), répétées deux ou trois fois par jour.

Ces applications amènent parfois une irritation assez sensible dont il faut combattre l'excès par des compresses froides ou des douches.

Contre le catarrhe chronique, on emploie des lotions astringentes chaudes surtout avec une solution de sous-acétate de plomb (4 gr. pour 300 gr. d'eau), ou des instillations de quelques gouttes d'un collyre composé de :

Sulfate de zinc.....	25 centigr.
Teinture d'opium.....	10 gouttes.
Eau distillée.....	20 grammes.

On fait aussi un usage avantageux de l'application directe des solutions fortes de nitrate d'argent (0<sup>sr</sup>,25 à 0<sup>sr</sup>,50 pour 30 grammes d'eau), ou de la cautérisation de la muqueuse des sinus palpébraux avec le crayon mitigé; on neutralise exactement l'excès du caustique par un lavage avec de l'eau salée.

Contre la formation des croûtes, on emploie des matières grasses, telles que la glycérine, ou la crème céleste, composée de :

Cire blanche.....	1 gr.
Huile d'amandes douces.....	18
Spermaceti.....	1

Nous avons hâte d'ajouter que le nombre des médicaments simples ou mélangés employés contre la conjonctivite catarhale est bien plus grand que ceux que nous avons énumérés; mais le succès dépend bien moins du médicament choisi entre

tous que de son mode d'application. Celui-ci se règle sur l'observation attentive des phénomènes qui suivent l'usage de la médication employée, et doit varier nécessairement avec le résultat obtenu.

Lorsque le catarrhe de la conjonctive est entretenu par un état analogue de la muqueuse du nez, ce qui n'est pas rare chez les enfants et même chez les adultes, nous ordonnons des injections nasales d'eau salée chaude ou d'une solution d'alun chaude, à l'aide d'une seringue *ad hoc*. Nous avons également soin de combattre par les moyens appropriés (frictions cutanées, hydrothérapie) la prédisposition générale au catarrhe des muqueuses).

### 3.— Conjonctivite purulente.—Blennorrhée de la conjonctive. Ophtalmie des nouveau-nés

*Diagnostic.* — La limite qui sépare la conjonctivite purulente de celle que nous venons de décrire n'est pas nettement tranchée. Les symptômes de ces deux affections diffèrent plutôt par leur intensité que par leurs caractères propres. Dans la conjonctivite purulente, le réseau vasculaire de la muqueuse est plus développé et plus turgescence, l'injection de la conjonctive palpébrale est plus forte, les sinus palpébraux font saillie facilement lorsqu'on renverse les paupières, grâce à la plus grande turgescence de leur tissu, ils paraissent couverts de papilles tantôt pointues, tantôt plus larges, ou de vraies excroissances papillaires qui saignent facilement et au moindre attouchement. Cet état de la conjonctive imprégnée de liquide et comme ramollie, et dont l'infiltration séreuse se propage jusque dans le tissu sous-jacent, produit une tuméfaction des paupières. L'œdème est si considérable que les plis de la peau externe disparaissent, et qu'il amène la chute plus ou moins complète de la paupière supérieure, par l'augmentation de son poids et l'insuffisance relative du muscle releveur.

Il s'ensuit une certaine difficulté pour le malade à ouvrir la fente palpébrale. La peau externe des paupières est rougie et sa température s'est élevée. La conjonctive bulbaire est également injectée, luisante, et l'infiltration du tissu sous-jacent

devient la cause du chémosis qui, dans les cas très prononcés, entoure la cornée d'un épais bourrelet.

La sécrétion est plus abondante que dans la conjonctivite catarrhale, elle déborde entre les paupières et coule le long de la joue. Sa qualité varie suivant la période de l'affection. Au début, c'est une forte dacryorrhée, et les matières muqueuses sont nettement séparées des larmes. Puis il s'y mêle une certaine quantité d'éléments purulents qui se mélangent avec le liquide lacrymal. Enfin, elle devient uniformément purulente (pyorrhée).

Les plaintes du malade s'appesantissent au début sur la sensation de chaleur et de cuisson, puis surviennent des douleurs ciliaires plus ou moins vives, avec irradiation dans la tête.

Chez les personnes nerveuses, on constate même parfois un mouvement fébrile. Ces symptômes cessent ordinairement lorsque la sécrétion est franchement établie, et reparassent lorsque l'ophtalmie purulente se complique d'affection de la cornée.

*Marche et terminaison.* — La blennorrhagie de la conjonctive dure généralement trois ou quatre semaines, abstraction faite des complications ou de son passage à l'état chronique. La première période de l'affection, celle qui précède l'établissement de la sécrétion, peut être si courte qu'elle peut passer presque inaperçue.

Lorsque la maladie se termine directement par la guérison, on voit, comme par exemple chez les nouveau-nés, tous les symptômes diminuer progressivement, et la conjonctive revient lentement à son état normal. D'autres fois, l'affection passe insensiblement à la forme chronique caractérisée surtout par la tuméfaction de la conjonctive, des excroissances papillaires à sa surface, avec plis plus ou moins volumineux dans la région des sinus palpébraux. Enfin, et c'est là surtout ce qui constitue la malignité de cette affection et la distingue au point de vue de la conjonctivite catarrhale, elle se complique dans un grand nombre de cas de kératites graves.

Nous pouvons distinguer trois manières différentes suivant lesquelles la cornée est atteinte :

1° Il se forme à divers endroits des facettes, c'est-à-dire de petites pertes de substance dans l'épithélium de la cornée, qui

passent facilement inaperçus, surtout au début, lorsque la cornée conserve encore toute sa transparence.

Si ces pertes de substance surviennent dans la première période de la conjonctivite, et que la maladie soit bien soignée, l'altération peut s'arrêter là et aboutir à une régénération complète de la substance détruite. Si cette complication du côté de la cornée se déclare lorsque l'inflammation est à son point culminant, les pertes de substance se propagent dans la profondeur de la cornée, se rejoignent, et il se forme ainsi un ulcère couvert de matière jaunâtre, qui devient de plus en plus profond et conduit à la perforation de la membrane.

2° Il apparaît, vers le centre de la cornée dont la transparence générale est amoindrie, des points grisâtres (infiltrations) qui s'étendent en largeur, fusionnent ensemble, et tendent à former un abcès.

3° L'infiltration a lieu au bord de la cornée sous forme d'anneau plus ou moins complet ; cette altération, si elle occupe une partie considérable de la périphérie cornéenne (plus d'un tiers), porte un trouble profond dans la nutrition de cette membrane, et devient le point de départ d'une nécrose générale qui amène presque inévitablement la perte de l'œil.

La cause de la participation de la cornée doit être recherchée, tantôt dans l'inflammation du tissu sous-conjonctival et la compression des vaisseaux nourriciers de la cornée qui en résulte, tantôt dans le contact du pus et son absorption directe par la cornée, tantôt dans le frottement de la conjonctive palpébrale boursoufflée et couverte de saillies papillaires.

A la suite de ces complications, la conjonctivite purulente peut amener des opacités permanentes de la cornée, des déformations staphylomateuses, et même la destruction complète de l'œil.

Ajoutons encore que, surtout chez les personnes âgées, les paupières restent quelquefois sans reprendre leur élasticité, et si l'inflammation se propage jusque sur le cartilage tarse, on voit survenir des ectropions très tenaces.

L'importance de l'affection dont nous nous occupons et le danger d'un traitement insuffisant ou mal dirigé nous engagent à établir le diagnostic différentiel de la conjonctivite purulente. Elle pourrait être confondue : 1° avec le catarrhe de la conjonctive ; nous avons

déjà dit qu'il n'existe qu'une différence d'intensité de symptômes entre ces deux affections, dont le traitement d'ailleurs est à peu près identique; 2° avec la conjonctivite granulaire aiguë; dans cette affection la sécrétion est de beaucoup moins copieuse, l'injection bien moins prononcée; mais ce qui constitue surtout la différence caractéristique des granulations aiguës, c'est la présence de petites taches blanchâtres entourées de vaisseaux et qui se trouvent d'abord au niveau de la conjonctive, tandis que dans l'ophtalmie purulente nous avons remarqué l'existence de papilles pointues ou même larges, qui forment de vraies excroissances. Une erreur de diagnostic serait fatale, en ce sens que les cautérisations, souveraines dans la conjonctivite purulente, ne feraient qu'aggraver la conjonctivite granulaire aiguë; 3° avec la conjonctivite diphthéritique. Ici la muqueuse est tendue, raide, couverte de membranes jaunâtres, sans aucune trace de vaisseaux. On y constate des ecchymoses isolées, une température très élevée des paupières et des douleurs violentes. La sécrétion ne présente pas d'homogénéité puriforme, mais plutôt un sérum sanieux dans lequel nagent des lambeaux de membranes diphthéritiques. Ajoutons encore que la diphthérie ne se rencontre jamais chez les nouveau-nés, le plus souvent chez les enfants de six mois à six ans.

Le pronostic de la conjonctivite purulente est favorable aussi longtemps qu'elle reste exempte de complications. Cependant, comme ces dernières sont excessivement fréquentes et qu'elles peuvent se déclarer à toutes les périodes de l'affection, nous devons toujours nous tenir sur la réserve. Obligé de nous prononcer, il faut tenir compte de la période et de l'intensité du mal, et, en cas d'épidémie, du caractère de cette dernière. La cornée une fois atteinte, le pronostic devient beaucoup plus grave.

*Étiologie.* — Chaque congestion catarrhale pouvant devenir blennorrhagique, nous n'avons qu'à nous reporter aux causes attribuées à cette affection. (Voy. 53.) Toute matière purulente mise en contact avec la muqueuse de l'œil, peut y déterminer la blennorrhée de la conjonctive. Et en effet, nous trouvons cette affection le plus souvent produite par inoculation directe, comme dans la blennorrhagie gonorrhéique et dans l'ophtalmie des nouveau-nés, dans celle-ci par le contact des yeux avec la sécrétion vaginale, dans celle-là par la transportation, à l'aide des doigts, de la sécrétion uréthrale.

On voit fréquemment l'ophtalmie purulente se développer

simultanément chez un grand nombre d'individus exposés aux mêmes influences épidémiques, dans les casernes, les prisons, les écoles, etc., et se propager rapidement par la contagion. La question de savoir si la transmission se fait exclusivement par le contact direct des produits de la sécrétion, ou si elle peut avoir lieu par l'air, est toujours discutée. Pour notre part, adoptant à ce sujet la manière de voir de *M. de Graefe*, nous croyons à ce dernier mode de transmission d'éléments contagieux entraînés par l'expiration.

Ce qui nous paraît plus important à constater, c'est que l'inoculation des produits de la sécrétion n'amène pas toujours la même forme d'affection.

Ainsi nous voyons dans un cas d'inoculation survenir une simple conjonctivite catarrhale; dans un autre, une conjonctivite purulente; dans un troisième, une ophtalmie diphthéritique, surtout en temps d'épidémie de cette nature.

*Traitement.* — Au commencement de l'affection, lorsque la muqueuse est encore tendue, la sécrétion insignifiante, et que les saillies papillaires font encore défaut, il faut s'abstenir de l'emploi de tout médicament astringent ou caustique sur l'œil. Des compresses glacées, appliquées jusqu'à l'abaissement normal de la température; en cas d'hyperhémie considérable, des scarifications répétées de la muqueuse des sinus palpébraux, ou encore une incision horizontale pratiquée à l'angle externe des paupières, à travers la peau, le muscle et le fascia, en ménageant la conjonctive pour éviter tout danger d'ectropion (*de Graefe*).

Cette incision, qui intéresse quelques petits vaisseaux artériels en rapport direct avec la conjonctive, a le double avantage d'une déplétion énergique et d'une diminution de la pression des paupières sur l'œil (par la section de l'orbiculaire). On peut remplacer cette petite opération, lorsque l'état général du malade le permet, par l'application successive de quelques sangsues.

La méthode dite *abortive*, et qui consiste dans l'emploi énergique d'une solution concentrée de nitrate d'argent, doit être rejetée, ne serait-ce que par la considération qu'à cette période de l'affection nous ignorons si nous ne sommes pas en présence du début d'une conjonctivite diphthéritique, auquel cas la cau-



térisation serait très nuisible à l'œil. Il est plutôt permis d'essayer, dans ce but, l'effet d'une exclusion systématique de l'air par l'emploi d'un bandeau protecteur, avec la précaution de le changer matin et soir pour se rendre compte de l'état de l'œil.

La purulence une fois déclarée, le moyen considéré comme souverain contre cette maladie consiste dans l'emploi des caustiques. Comme tel, on se sert de fortes solutions de pierre divine, d'acétate de plomb et de nitrate d'argent.

Pierre divine ou nitrate d'argent.....	50 centigr.
Eau distillée.....	30 grammes.
ou	
Sous-acétate de plomb liquide.....	15 centigr.
Eau distillée.....	15 grammes.

Ceux qui ont l'habitude de manier le crayon de nitrate d'argent mitigé le préfèrent, et à bon droit, aux autres moyens nommés.

Il a l'avantage de porter l'action du caustique là où l'on veut, ce qui est important dans une affection où la muqueuse n'est pas partout uniformément atteinte.

Le crayon de nitrate pur, dont l'action est très profonde, et laisse facilement des cicatrices, ne doit être employé que dans les cas où l'infiltration de la conjonctive est très profonde, les excroissances papillaires excessives et la sécrétion très copieuse.

Généralement, nous nous servons du crayon de nitrate d'argent mélangé avec parties égales de nitrate de potasse, que nous employons de la manière suivante : La paupière supérieure étant renversée de façon que le sinus palpébral soit largement développé, nous relevons la paupière inférieure pour protéger la cornée, et nous promenons le crayon sur la surface de la muqueuse en appuyant plus ou moins, selon le degré d'action que nous voulons exercer. Nous neutralisons immédiatement l'excédent de caustique à l'aide d'un pinceau trempé dans de l'eau salée, et nous lavons toute la surface de la muqueuse avec de l'eau pure avant de remettre la paupière dans sa position normale. La même opération est pratiquée pour la paupière inférieure.

*Mode d'action du caustique.*— Sur une muqueuse saine, il se forme après la cautérisation une eschare dont les tissus cherchent

à se débarrasser, parce qu'elle fait l'effet d'un corps étranger. Il se produit alors une exsudation séreuse dans les tissus, au-dessous de l'eschare, qui est ainsi soulevée et frotte contre la muqueuse du globe oculaire. La douleur, jusque-là modérée, augmente jusqu'à ce qu'enfin l'eschare se détache, et fait place à une douleur sourde qui persiste jusqu'à la régénération du tissu détruit par la cautérisation. — Sur la muqueuse blennorrhagique, la cautérisation produit également une eschare; la douleur qui s'ensuit est plus forte à cause de la plus grande sensibilité des parties; mais en réalité l'effet d'une cautérisation au même degré est moindre que sur une muqueuse saine, à cause de l'engorgement de la conjonctive, qui produit une neutralisation plus rapide du caustique. Pendant que l'exsudation séreuse cherche à détacher l'eschare du tissu sous-jacent, la température est très élevée et la rémission n'a lieu que pendant la période de régénération. A ce moment, la muqueuse est encore privée par places de son épithélium et saigne en divers points; mais on constate un collapsus des tissus et une cessation presque complète de la sécrétion. Celle-ci ne recommence que lorsque la période de régénération est terminée, et c'est alors qu'il faut renouveler la cautérisation.

Ces différentes périodes (hyperhémie et exsudation séreuse, élimination de l'eschare, régénération de l'épithélium) comprennent généralement à peu près vingt-quatre heures, mais il ne faut pas croire que ce soit là une règle absolue, et il est indispensable d'observer attentivement son malade après les premières cautérisations, de s'informer à quel moment la sécrétion a recommencé, pour savoir exactement le temps qu'il faut laisser passer entre deux cautérisations. Si on les répétait trop souvent, on augmenterait naturellement l'irritation de l'œil d'une manière permanente; trop rarement, au contraire, la maladie reprendrait chaque fois de nouvelles forces, et l'efficacité du traitement serait amoindrie (*de Graefe*).

Lorsqu'un œil seul est atteint, il faut protéger l'autre contre la contagion par un bandage composé de charpie étendue sur une compresse fixée par du diachylon, et rendue imperméable par une couche épaisse de collodion. Il va sans dire qu'il faut changer souvent ce bandage pour inspecter l'état de l'œil. Aussi, on se sert encore avec très grande commodité pour le médecin et pour le malade d'un verre à lunettes assez grand, rond, et en forme de coquille. Le verre est entouré d'un large ruban de cuir qui s'appuie sur le bord orbitaire et se fixe derrière la tête à l'aide d'une boucle. Pour plus de sécurité on peut rendre l'occlusion encore plus complète en fixant le ruban de cuir sur

le bord de l'orbite avec une bande de taffetas ou de baudruche recouverte d'une couche épaisse de collodion.

Il faut recommander au malade la propreté la plus absolue; l'œil malade doit être nettoyé fréquemment et débarrassé des produits de la sécrétion dont la présence irrite le globe oculaire. Dans ce but, le meilleur moyen est d'employer avec précaution un courant d'eau projeté à courte distance à l'aide d'une éponge ou d'une seringue. Je préfère à l'eau pure l'eau légèrement carbolisée (5 gr. pour 1000).

Il est important de faire connaître au malade et à son entourage le danger de la contagion et la manière de l'éviter.

Immédiatement après la cautérisation, on combat avantageusement la réaction quelquefois assez forte par des compresses froides dont il est utile de renouveler l'application, du moins pendant les premiers huit ou quinze jours de l'affection. Ces compresses, soit glacées, soit à une température de 10 à 12 degrés, contribuent à donner de la tonicité aux vaisseaux, généralement relâchés par une hyperhémie considérable.



Fig. 21. — Scarificateur de Desmorrès.

En cas de boursoufflement de la muqueuse, le malade éprouve un grand soulagement par des scarifications faites après la cautérisation, avant que l'eschare soit détachée, parce qu'à ce moment la congestion est la plus forte. L'eschare se détache alors plus vite, et la douleur est moindre. Ces conséquences favorables donnent une importance particulière aux scarifications dans les cas de complications du côté de la cornée, où il s'agit d'empêcher les frottements nuisibles de l'eschare contre cette membrane. On les exécute à l'aide d'un scarificateur particulier (fig. 21), avec lequel on fait de petites incisions superficielles et parallèles l'une à l'autre. On entretient l'écoulement du sang en tirillant légèrement la paupière dans le sens opposé à la direction des incisions, et en épongeant soigneusement les endroits scarifiés. Il faut se garder de faire ces scarifications trop

profondes pour ne pas donner lieu à des cicatrices conjonctivales.

Lorsqu'un bourrelet ecchymotique entoure la cornée et gêne l'occlusion palpébrale, il est utile de donner issue à la sérosité qui le produit. Dans ce but, on pratique dans le bourrelet chémosique, à l'aide de ciseaux courbes, des incisions parallèles au bord de la cornée. Lorsque la pointe des ciseaux a pénétré dans le tissu conjonctival, on débride ce dernier dans toute l'étendue du chémosis; puis on facilite l'écoulement du liquide en exerçant à travers les paupières une légère pression, dirigée du sommet du chémosis vers l'incision.

L'excision d'un pli conjonctival à l'endroit du chémosis doit être tout à fait délaissée, d'abord parce qu'elle peut devenir la cause de cicatrices fâcheuses de la conjonctive, ensuite parce qu'elle ne remplit pas efficacement le but proposé; en effet, l'excision de la conjonctive ne peut donner issue qu'au liquide qui se trouve immédiatement au-dessous de la muqueuse enlevée, car l'épanchement est renfermé dans la trame cellulaire du tissu sous-conjonctival, et il y restera tant qu'on ne débridera pas ce tissu.

Lorsque l'ophtalmie purulente se complique d'affection de la cornée, il faut continuer néanmoins le traitement antiblennorrhagique, puisque la blennorrhée en elle-même favorise l'extension de la maladie de la cornée. Il faut seulement, après la cautérisation, neutraliser soigneusement par l'eau salée, laver à plusieurs reprises la surface cautérisée, faciliter par des scarifications la prompte élimination de l'eschare, et enlever cette dernière aussitôt qu'elle est détachée. Cependant, si l'ulcération de la cornée pénètre profondément dans le tissu, le traitement le plus soigneux ne réussira pas toujours à empêcher la perforation de cette membrane. Seulement cette perforation pourra être restreinte dans son étendue (voy. plus loin), et par conséquent moins dangereuse, pour des raisons faciles à comprendre, que la perforation d'une large partie de la cornée.

La pression intra-oculaire, il est vrai, n'est aucunement augmentée dans cette affection, mais elle agit naturellement avec une force relativement plus grande sur la partie ulcérée de la cornée qui lui oppose moins de résistance que les autres parties normales de cette membrane. Il s'agit donc d'employer tous les

moyens que l'expérience nous enseigne comme étant propres à diminuer dans ces cas la tension interne. En premier lieu, la pilocarpine (0<sup>gr</sup>,20 pour 10) ou le sulfate d'ésérine (0<sup>gr</sup>,05 pour 10), dont on instille à trois ou quatre reprises une goutte dans l'œil. Les avantages de ces alcaloïdes sur l'emploi de l'atropine, avantages surtout remarquables dans les ulcérations étendues de la cornée (*Ad. Weber*), proviennent de la contraction des vaisseaux, qui diminue l'excrétion de sérosité dans l'intérieur de l'œil et réduit ainsi la pression intra-oculaire.

Un second moyen d'y arriver est la paracentèse de la chambre antérieure pratiquée au fond de l'ulcère, en prenant la précaution de ne faire sortir l'humeur aqueuse que très lentement. On fait suivre cette petite opération par l'application d'un bandage compressif qui vient en aide à la résistance de la cornée. Cette diminution de la tension oculaire présente en outre l'avantage d'accélérer la nutrition de la cornée, ce qui se reconnaît à la régénération plus rapide du tissu détruit, régénération qui débute par le dépôt de matières grisâtres au fond de l'ulcère. La ponction de la chambre antérieure



Fig. 22 — Aiguille à paracentèse.

est toujours indiquée lorsque la partie la plus mince de l'ulcération montre par sa proéminence qu'elle est prête à céder à la pression venant de la chambre antérieure; car il importe de prévenir la perforation spontanée qui, se faisant d'une manière plus ou moins tumultueuse, provoque facilement un prolapsus considérable de l'iris, la projection du cristallin en avant, une perte d'humeur vitrée, des hémorragies *ex vacuo*, et peut causer ainsi la perte de l'œil. En tous cas, la cicatrice qui se forme après une perforation spontanée, par son étendue et sa forme irrégulière, laissera une opacité bien plus préjudiciable à la vision que la cicatrice insignifiante de la paracentèse.

Les instruments nécessaires pour cette petite opération sont une aiguille à paracentèse (fig. 22), une pince à fixation et un pe-

tit stylet convexe à pointe mousse (fig. 23). La tête du malade étant bien fixée, et les paupières suffisamment écartées, on fera bien d'immobiliser l'œil à l'aide de la pince à fixation, toutes les fois que le malade ne sera pas capable de tenir son œil complètement tranquille. C'est de cette manière seulement que l'on peut être sûr d'éviter, soit des tâtonnements ennuyeux avant de réussir à ponctionner juste à l'endroit nécessaire, soit à pratiquer la paracentèse à un autre endroit que celui où nous aurions désiré le faire, soit enfin à donner une mauvaise direction à l'instrument.

L'aiguille à paracentèse doit être enfoncée obliquement, de façon à faire une plaie linéaire de 3 à 4 millimètres de largeur. C'est en faisant pénétrer de la manière indiquée l'instrument à travers la cornée qu'on évite le plus sûrement le prolapsus consécutif de l'iris. Aussitôt que la pointe de l'aiguille est arrivée dans la chambre antérieure, on abaisse le manche de l'instrument, afin que la pointe n'aille pas blesser l'iris ou le cristallin, projeté en avant à la suite de l'évacuation de l'humeur aqueuse. En retirant l'aiguille, on voit le plus souvent suivre l'humeur aqueuse, qui, selon l'état de la pression interne de l'œil et suivant la direction de la plaie cor-



Fig. 23. — Stylet convexe à pointe mousse.

néenne, sortira avec plus ou moins de force. Mais il arrive aussi que l'humeur aqueuse ne sort que lorsque nous entr'ouvrons un peu les lèvres de la petite plaie, soit par une légère pression avec la pointe de l'aiguille, soit à l'aide du petit stylet (fig. 23). C'est encore au moyen de ce dernier, dont nous appuyons légèrement la pointe arrondie et aplatie sur le bord de la plaie, que nous pouvons renouveler, en cas de besoin, l'évacuation de l'humeur aqueuse avant que la petite plaie de la cornée soit complètement cicatrisée.

Lorsque la perforation de la cornée a déjà eu lieu, et que nous constatons la présence de l'iris dans la plaie, il faut essayer, par un emploi énergique de la pilocarpine et de l'atropine, de la ramener dans sa position normale. L'application alternative de ces deux médicaments y réussit parfois, mais souvent le prolapsus est trop considérable pour qu'on puisse avoir confiance dans

le succès du moyen indiqué. S'il dépasse le niveau de la cornée, qu'il ajoute à l'irritation de l'œil et empêche la sortie de l'humeur aqueuse, il faut en pratiquer l'incision ou l'ablation. En négligeant cette précaution, on s'expose à voir augmenter la tension de l'œil. Souvent même il devient nécessaire, lorsque le cristallin est projeté en avant, de le faire sortir de l'œil par une incision transversale de la cornée. Si le corps vitré, après l'extraction du cristallin, fait hernie dans la plaie cornéenne, on en fait couler quelques gouttes, en pratiquant la ponction de la membrane hyaloïdienne. Cette manière d'agir facilite la formation de la cicatrice. On prévient ainsi la perte complète de l'œil, et l'on se ménage même la possibilité de restituer plus tard au malade une partie quelquefois assez notable de sa vision, par l'opération de la pupille artificielle.

On redoute généralement une perte d'humeur vitrée à laquelle se rattache, pour beaucoup de médecins, la crainte d'une phtisie inévitable du globe oculaire. Cependant, cette dernière ne résulte aucunement d'une sortie même considérable de l'humeur vitrée, qui est vite remplacée, mais plutôt de la choréïdite, qui peut survenir, lorsque le trouble jeté dans la circulation y produit des altérations de nutrition.

Le traitement de la blennorrhée conjonctivale devenue *chronique* se résume, à part les précautions hygiéniques déjà indiquées, dans l'emploi méthodique des collyres astringents. Si la sécrétion est modérée, on se sert d'une solution d'acétate de plomb (1 ou 2 grammes pour 100 grammes d'eau); si elle est plus copieuse, d'un collyre au nitrate d'argent (1 à 3 grammes pour 100 grammes d'eau) ou du crayon mitigé. Le sulfate de cuivre en substance mérite d'être préféré dans les cas où, la sécrétion ayant cessé, on veut agir contre l'hypertrophie persistante du corps papillaire. Seulement, comme la muqueuse s'habitue au bout d'un certain temps à l'action du même médicament qui perd ainsi son effet, il convient d'alterner le crayon de nitrate d'argent avec le sulfate de cuivre ou l'acétate de plomb.

Les deux formes de la conjonctivite purulente auxquelles on accorde d'habitude une place particulière dans la classification

des conjonctivites, l'*ophtalmie des nouveau-nés* et la *conjonctivite gonorrhéique*, présentent cependant la même série de symptômes, et les principes du traitement restent également les mêmes.

Pour l'*ophtalmie des nouveau-nés*, nous voulons seulement faire observer qu'elle se présente tantôt, surtout au début, sous l'aspect de la conjonctivite catarrhale, et réclame alors les soins propres à cette affection; tantôt sous la forme franchement purulente; tantôt enfin les sécrétions affectent une certaine tendance à la plasticité qui la rapproche de la conjonctivite diphthéritique, dont nous parlerons au chapitre suivant. Cependant la vraie diphthérite n'a jamais été observée chez les nouveau-nés; ce que nous y trouvons n'est pas, comme dans celle-ci, l'infiltration de la muqueuse par la matière diphthéritique, mais le dépôt d'exsudations fibrineuses sur la conjonctive sous forme de membranes. Néanmoins, cet état de choses nous engage à une certaine précaution dans l'usage des caustiques, l'emploi prolongé des compresses glacées, et si la plasticité de la sécrétion continue, à donner au petit malade de petites doses de calomel à dose fractionnée.

Dans la *blennorrhée gonorrhéique*, le processus inflammatoire, généralement très intense, suit une marche très rapide. La tuméfaction des paupières est considérable, la conjonctive palpébrale très boursoufflée, celle du globe oculaire est le siège d'une vive injection et d'un chémosis très fort. La sécrétion s'établit rapidement et d'une manière très abondante.

C'est dans ces cas surtout qu'il ne faut pas négliger de protéger convenablement l'œil non atteint, à cause du caractère excessivement contagieux de la sécrétion, circonstance dont il faut prévenir le malade et son entourage. Si la maladie prend une marche suraiguë, il faut appliquer des compresses glacées jour et nuit, provoquer une déplétion sanguine par des scarifications et par des sangsues fréquemment renouvelées, donner le calomel à hautes doses, et même faire usage des frictions mercurielles, surtout lorsqu'il y a tendance à la plasticité. Aussitôt que le caractère purulent de l'ophtalmie est déclaré, il faut commencer les cautérisations, que l'on est obligé parfois

de répéter une ou deux fois par jour, parce que l'eschare se détache d'autant plus vite que la congestion est plus considérable.

## II

**Conjonctivite diphthéritique.**

La conjonctivite diphthéritique, une des affections les plus terribles parmi les maladies de l'œil, et dont on observe de véritables épidémies dans les pays du Nord<sup>1</sup>, est excessivement rare en France.

Il est vrai que l'on a prétendu l'y avoir observée assez fréquemment, mais on l'a confondue alors avec la forme des conjonctivites ordinaires dans laquelle on trouve la conjonctive recouverte de légères membranes que l'on peut enlever en bloc, et au-dessous desquelles on trouve la muqueuse fortement congestionnée, turgescence, saignante, et d'un rouge brillant; c'est ainsi qu'on l'observe, par exemple, chez les petits enfants, dans les conjonctivites qui surviennent après brûlure par la chaux ou après des traumatismes analogues de la muqueuse.

La vraie conjonctivite diphthéritique présente des symptômes tout différents. Elle est caractérisée par une infiltration fibrineuse dans toute l'épaisseur du tissu de la muqueuse, infiltration qui y interrompt la circulation et donne une raideur particulière à ce tissu.

La diphthérite de la conjonctive se développe avec une sensation de chaleur et de douleur très vive accompagnée de dacryorrhée; en peu de temps, la paupière supérieure se tuméfie, les plis cutanés disparaissent, la peau devient lisse, brillante et prend une teinte d'un rose pâle à partir du bord palpébral. Le malade éprouve une difficulté et bientôt une impossibilité de la relever, ainsi qu'une crainte excessive de l'attouchement lorsqu'on s'approche dans le but de soulever la paupière qui descend et recouvre l'autre.

1. C'est M. de Graefe, le savant et regretté ophthalmologiste de Berlin, qui, le premier, a fait de cette maladie une étude restée classique, et que nous résumerons dans ce chapitre.

La conjonctive bulbaire est le siège d'un réseau vasculaire à grandes mailles sans rougeur vive; le chémosis qui s'y développe rapidement présente un aspect jaunâtre entremêlé d'un grand nombre de points rouges qui sont autant de petits foyers apoplectiques. Le chémosis incisé ne laisse écouler aucun sérum, le tissu sous-conjonctival étant infiltré de fibrine coagulée, gélatineuse.

Le renversement de la paupière supérieure présente de grandes difficultés, non seulement à cause des douleurs, mais parce que la paupière est excessivement raide. Après le renversement, on voit une surface lisse, jaunâtre, due à une exsudation épaisse, fibrineuse, qui est profondément infiltrée dans la conjonctive même, y a suspendu presque toute circulation et menace la membrane et l'œil tout entier d'une destruction complète. Si nous enlevons des lambeaux de cette exsudation, nous trouvons au-dessous toujours la même surface lisse et jaune, c'est-à-dire le tissu conjonctival si étrangement infiltré. Ce qui frappe le plus, c'est l'absence des vaisseaux, et si l'on pratique une incision dans le tissu, même à une grande profondeur, on voit à peine apparaître une gouttelette de sang. Cet état donne à la muqueuse un aspect lardacé que l'on constate encore mieux dans les parties de la membrane qui recouvrent le cul-de-sac conjonctival. La paupière inférieure présente le même aspect.

Chez les enfants, on constate souvent sur la peau externe des angles de l'œil des plaques blanches diphthéritiques nettement limitées. Chez eux aussi, l'affection diphthéritique n'est pas toujours généralisée sur toute la surface muqueuse de l'œil, et occupe seulement des points limités de la conjonctive.

La sécrétion est sanieuse, grisâtre, mélangée de nombreux flocons détachés de la matière diphthéritique; il y a en outre une forte dacryorrhée qui produit la sensation d'une chaleur excessive.

Cet ensemble de symptômes constitue la première période de l'affection, *période dite d'infiltration*. C'est pendant cette première période, dont la durée peut être très courte, mais qui peut aussi se prolonger pendant six, huit et même dix jours, que l'existence de l'œil est surtout menacée par des complications du côté de la cornée. Si les affections kératiques ne surviennent que pendant la période suivante, ou si celle-ci se