

déclare avant que la cornée soit sérieusement atteinte, le danger est bien moindre.

Au début de la seconde période, appelé *période de purulence*, les paupières commencent à perdre leur raideur, et il s'établit une élimination copieuse de masses fibrineuses. On voit alors reparaître des vaisseaux à la surface de la muqueuse et la circulation se rétablit par places, de façon qu'il ne reste que des plaques blanches isolées, et entourées d'une muqueuse dont l'aspect rappelle celui de la conjonctivite purulente. Tandis que ces plaques blanches perdent progressivement la physionomie caractéristique de l'infiltration diphthéritique, le reste de la conjonctive, encore dépourvue d'épithélium, se couvre d'excroissances papillaires qui finissent par l'envahir en entier, de sorte qu'en fin de compte nous nous trouvons en présence d'une ophthalmie purulente nettement établie. En même temps le chémosis perd son aspect jaunâtre et sa raideur, et se rapproche du chémosis ordinaire. Malheureusement, l'affection ne se termine pas comme la blennorrhagie de la conjonctive, mais entre dans une troisième *période*, dite de *cicatrisation*.

Nous assistons alors à une modification régressive du tissu conjonctival qui se transforme en tissu cicatriciel produisant, selon l'intensité de l'affection, des adhérences plus ou moins étendues entre la conjonctive palpébrale et celle du globe oculaire. Lorsque l'infiltration de la muqueuse a été modérée, l'altération cicatricielle peut se réduire à un simple rétrécissement du sac conjonctival; mais dans les cas plus prononcés, on voit s'établir une véritable xérophtalmie et la perte consécutive de l'œil.

L'ensemble du tableau que présente l'affection diphthéritique varie selon la durée de chaque période. Après une première période de longue durée, la période de purulence est en général rapide, tandis que la cicatrisation dure longtemps. L'inverse a lieu quand la première période est courte, et elle peut l'être assez pour passer presque inaperçue.

Le danger le plus considérable de cette affection pernicieuse vient du côté de la cornée, et malheureusement ces complications ne sont que trop fréquentes. On comprend facilement qu'une interruption si complète de la circulation dans les tissus conjonctival et sous-conjonctival, comme celle qui accompagne la période d'infiltration, ne peut durer longtemps sans attaquer

profondément la nutrition de la cornée. En effet, cette dernière ne tarde pas à s'altérer si la période d'infiltration dépasse trente-six ou quarante-huit heures. Et si cette même période continue à durer, la perte de l'œil n'est que trop certaine.

Il y a des différences notables selon que la kératite se déclare pendant la première période ou pendant celle de la purulence.

Dans le premier cas, la cornée, normale et même d'un brillant exceptionnel jusque-là, devient tout d'un coup le siège d'une légère opacité exsudative qui s'étend de plus en plus; l'épithélium qui la recouvre se détruit, et il s'établit un ulcère qui gagne en largeur et en profondeur, et dont le fond est couvert d'une opacité tantôt jaunâtre, tantôt transparente. Les bords de cette ulcération sont escarpés, et l'on se trompe facilement sur sa profondeur lorsque le fond de l'ulcère, cédant à la pression interne, s'élève presque au niveau du reste de la cornée. C'est alors que survient la perforation qui, si elle se fait sur une large surface, est suivie de la rupture de la cristalloïde et de panophtalmie. Dans le cas de perforation moins large, le prolapsus de l'iris qui bouche la plaie de la cornée se couvre d'un exsudat épais, et la maladie suit sa marche destructive sur cette membrane.

Si l'on prévient la perforation par une paracentèse, l'ouverture se referme immédiatement, et si l'on excise un morceau de la cornée, pour établir une fistule permanente, on n'y réussit pas facilement à cause de la grande plasticité de la sécrétion qui oblitère immédiatement l'ouverture et recouvre le prolapsus de l'iris.

L'affection kératique n'apparaît pas toujours sous la même forme: elle débute parfois par des facettes presque transparentes, d'autres fois par une infiltration générale jaunâtre, qui se transforment l'une et l'autre en ulcération large, profonde et tendant à la perforation.

Si la période de purulence survient dans le courant de l'affection cornéenne, il y a bien plus de chance à voir cette dernière se limiter, et l'on peut espérer alors la conservation d'une partie de la vision.

Les kératites qui débutent seulement pendant la seconde période sont les mêmes que nous avons décrites en parlant de l'ophthalmie purulente.

*Pronostic.* — Nous avons déjà dit que la diphthérite de la

conjonctive est peut-être l'affection la plus dangereuse dont l'œil puisse être atteint, parce qu'elle ne se termine que trop souvent par la perte de l'œil, et parce que l'influence des traitements expérimentés jusqu'ici s'est montrée tout à fait insuffisante.

Elle est plus grave chez les adultes que chez les enfants. Les cas où l'affection n'atteint la conjonctive que partiellement et à peu de profondeur, permettent naturellement un pronostic plus favorable. Celui-ci reste cependant toujours douteux jusqu'à l'établissement de la purulence.

Pendant la durée de la première période, nous jugerons de la gravité du cas par la quantité de l'infiltration dans le parenchyme du tissu, quantité qui se révèle par le degré de raideur de la paupière, par la suppression plus ou moins complète de la circulation, et par la couleur grisâtre du chémosis.

L'état de la cornée décide de l'avenir de l'œil : plus le moment où cette membrane est atteinte est rapproché du début de la maladie, plus le pronostic est grave. Si la kératite ne survient qu'à l'approche ou au commencement de la seconde période, le pronostic est bien plus favorable. La préexistence d'une affection kératique vasculaire est une circonstance très avantageuse pour des raisons faciles à comprendre. Il faut aussi tenir compte du caractère général de l'épidémie.

L'expérience a démontré que les cas survenus par contagion directe sont de beaucoup les plus graves.

*Étiologie.* — Les causes de cette maladie sont assez obscures; tout ce que l'on peut dire, c'est qu'elle est excessivement contagieuse et se présente ordinairement sous forme épidémique. Elle doit être considérée comme l'expression d'une affection générale, ce qui résulte de l'apparition simultanée d'affections diphthéritiques dans d'autres parties du corps, des symptômes généraux qui l'accompagnent, tels qu'une fièvre violente avec exacerbation périodique, l'inappétence, et un affaiblissement général considérable.

Ce qui corrobore cette opinion, c'est que l'on voit l'autre œil fréquemment atteint, même lorsqu'il a été mis à l'abri d'une contagion directe; l'influence indiscutable d'une médication générale parle dans le même sens. Dans le courant des épidémies, on observe que les enfants de faible constitution sont frappés de

préférence, et parmi eux se trouve un nombre relativement grand de ceux qui sont atteints de syphilis congénitale.

Sous l'influence de l'épidémie diphthéritique, les inflammations de la conjonctive et les traumatismes de l'œil revêtent facilement le caractère spécial de la maladie. Il arrive alors facilement qu'un emploi trop énergique des topiques irritants, surtout des caustiques, contribue à son développement, surtout dans les cas où la plasticité de la sécrétion y prédispose.

Si la diphthérite est éminemment contagieuse, il faut cependant ajouter que l'inoculation ne reproduit pas toujours la même maladie, mais une affection catarrhale ou purulente de la conjonctive, comme, d'autre part, l'inoculation de matières purulentes peut produire la diphthérite. Les enfants nouveau-nés ne sont jamais atteints de la conjonctivite diphthéritique; elle se rencontre même rarement entre six mois et un an, puis sa fréquence augmente progressivement jusqu'à trois ans et diminue alors jusqu'à huit ans; elle est exceptionnelle chez les adultes.

*Traitement.* — Si un traitement agissant d'une façon spécifique contre la diphthérite de la conjonctive est encore à trouver, du moins pouvons-nous indiquer d'une part les moyens certainement nuisibles et, d'autre part, ceux qui paraissent agir favorablement sur la marche de la maladie.

Pendant la première période de la maladie, l'emploi des caustiques doit être énergiquement proscrit; ils détruisent l'œil, à coup sûr. On commence le traitement local par l'emploi de compresses glacées faites avec de l'eau carbolisée ou une solution d'acide salicylique (5 p. 1000), qui doivent être changées aussitôt qu'elles s'échauffent et continuées nuit et jour jusqu'à l'approche de la deuxième période. Une déplétion sanguine énergique, qui ne peut être obtenue par des scarifications parce que celles-ci ne donnent presque pas de sang, est effectuée le plus facilement par l'application de sangsues à l'angle interne de l'œil, sur l'os du nez. En renouvelant les sangsues aussitôt qu'elles sont tombées, on maintient un écoulement continu et même progressif pendant la durée de la première période de la maladie.

Il faut prescrire au malade une diète sévère et un traitement mercuriel constitué par 5 centigrammes de calomel pour les

adultes et de 1/2 à 2 centigrammes chez les enfants, toutes les deux heures, jour et nuit. En même temps on fait faire des frictions avec 2 à 4 grammes d'onguent napolitain pour les adultes 1/2 à 1 gramme chez les enfants, renouvelées tous les jours. Ce traitement énergique doit être naturellement interrompu aussitôt que le danger diminue.

L'œil malade doit être nettoyé fréquemment avec un liquide désinfectant mélangé avec du lait, qui présente l'avantage d'englober les flocons isolés de la sécrétion. Si le second œil n'est pas atteint, on doit le protéger contre une inoculation directe par le verre protecteur (voy. plus haut p. 61) ou à son défaut par un bandage, en évitant cependant toute espèce de pression qui deviendrait dangereuse par le trouble de circulation qu'elle produit. De toute façon, il faudrait abandonner l'usage du bandeau protecteur aussitôt qu'apparaît la plus légère tuméfaction des paupières.

Dès que la période de purulence paraît imminente, il faut la favoriser en interrompant les compresses glacées, qu'il peut même être utile de remplacer alors par des fomentations aromatiques chaudes.

Dans les dernières années, on a même commencé à combattre la conjonctivite diphthéritique dès le début par des compresses chaudes humectées d'un désinfectant. Les résultats paraissent si satisfaisants que cette méthode mérite imitation. Il faut en outre rappeler que toute médication affaiblissante dans la diphthérite générale rencontre de plus en plus d'adversaires; en sorte qu'il est permis de mettre aussi en doute l'utilité de la mercurialisation et des déplétions sanguines coup sur coup contre la conjonctivite diphthéritique. Assurément, il ne serait plus justifié d'employer un traitement aussi énergique sans égard pour l'état individuel.

Si l'on constate l'apparition du changement caractéristique que la deuxième période produit dans l'aspect de la muqueuse conjonctivale, il est permis d'agir sur les endroits rouges et saignants, par de légères cautérisations dont il faut surveiller activement l'effet. Pour éviter le frottement de l'eschare sur la cornée, on fait bien de commencer par la paupière inférieure.

Si l'eschare se détache facilement et vite, on peut faire la seconde cautérisation plus énergique, et la faire suivre de sca-

rifications profondes qui accélèrent la circulation et l'élimination de l'eschare.

Il faut au contraire s'abstenir de renouveler ces cautérisations d'essai si l'on observe une nouvelle exsudation fibrineuse.

Une fois la purulence franchement déclarée, le traitement rentre dans ce que nous avons dit au sujet de la conjonctivite purulente, avec les modifications indispensables, telles qu'une certaine prudence dans la cautérisation et l'emploi restreint des compresses froides, qui ne seraient utiles que passagèrement après la cautérisation.

Pendant la période de cicatrisation, il faut supprimer la cautérisation et pallier autant que possible à la dessiccation de l'œil par des instillations de lait, de glycérine, et d'une solution de carbonate de soude (1 gramme pour 30 grammes d'eau).

Les complications du côté de la cornée exigent l'emploi de la pilocarpine, et de la paracentèse de la chambre antérieure pratiquée au fond de l'ulcère et sur une grande étendue, pour tâcher d'établir une fistule.

Pendant la durée et après la guérison de l'affection diphthéritique, l'état général du malade exige, dans la plupart des cas, une médication tonique et un régime fortifiant.

### III

#### Conjonctivite pustuleuse, phlycténulaire.

Cette affection, qui n'existe que sur la conjonctive bulbaire, est caractérisée par des exsudations nettement limitées et très circonscrites qui soulèvent l'épithélium et forment des pustules dont le contenu se compose d'un liquide gélatineux ou tout à fait transparent. Selon le siège, le développement et les complications de ces phlyctènes, on distingue plusieurs formes de l'affection.

1° Dans la plus simple forme, on voit apparaître sur un point de la conjonctive bulbaire une injection de forme triangulaire qui s'élève un peu au-dessus du niveau de la conjonctive et dont le sommet, dirigé vers la cornée, porte une phlyctène grosse

comme une tête d'épingle ou comme un grain de millet. Il peut en exister plusieurs sur différents points de la conjonctive. Au début, l'injection augmente, puis le faisceau vasculaire s'aplatit, pâlit et disparaît en même temps que la phlyctène, dont le contenu est résorbé sans laisser de trace.

D'autres fois, la petite phlyctène se rompt, laisse échapper son contenu et forme un petit ulcère qui se recouvre bientôt d'une couche épithéliale et guérit en peu de temps. Tout ce travail s'effectue en quelques jours, et cela d'autant plus vite que la phlyctène était plus éloignée de la cornée.

Assez souvent l'injection s'avance en forme de bandelette vers la cornée, poussant toujours l'infiltration devant elle; arrivée au bord de la cornée, elle se courbe sous la forme de fer à cheval, ou se partage en deux parties; d'autres fois, plusieurs injections avec leurs exsudats atteignent ainsi la cornée (*kératite en bandelettes*).

Si la maladie s'arrête alors, l'injection pâlit et disparaît, mais l'exsudation grise de la cornée reste longtemps visible par l'opacité de cette membrane. A ce moment, les vaisseaux de la conjonctive se propagent quelquefois sur la cornée, qui se trouble légèrement, et il se forme alors une kératite vasculaire superficielle qui a reçu le nom de pannus phlycténulaire ou scrofuloux.

2° Dans une autre forme, l'injection conjonctivale ou sous-conjonctivale est beaucoup plus étendue, l'hyperhémie et l'infiltration se localisent dans le voisinage de l'anneau conjonctival, qui forme alors un léger bourrelet autour de la cornée. On y découvre quelquefois, non sans peine, un grand nombre de toutes petites phlyctènes transparentes dont l'anneau conjonctival est couvert comme d'un sable très fin. Au bout de quelques jours, l'injection pâlit, l'anneau périkeratique s'affaisse et les petites pustules disparaissent, sans laisser de traces. Il est du moins bien rare qu'elles s'excorient et forment de petits ulcères, qui en tout cas guérissent assez vite, en se couvrant d'épithélium. Cette forme ne se complique presque jamais de pustules cornéennes.

3° Une injection plus considérable accompagne la formation de larges exsudations sous-épithéliales de la conjonctive situées

dans le voisinage de la cornée, sur l'anneau conjonctival même, et parfois à moitié sur la cornée. Ces boutons aplatis peuvent se former plusieurs à la fois ou successivement; leur couche épithéliale s'excorie, et ils présentent alors des ulcérations larges de 1 à 2 millimètres, qui ne guérissent qu'au bout de quelques semaines. Si l'ulcération gagne en profondeur, elle peut donner lieu à une perforation au bord de la cornée, qui, mal soignée, peut devenir le point de départ d'un staphylôme partiel. Plus rarement, la maladie s'accompagne d'infiltrations circonscrites dans la cornée (infiltration jaune) qui se changent en abcès par transformation purulente des tissus infiltrés.

4° De larges phlyctènes se forment sur la conjonctive bulbaire, l'inflammation gagne en profondeur et se communique à la sclérotique. On constate alors une large pustule saillante, d'un rouge violet, nettement circonscrite, et dont l'injection disparaît sous la pression. Cette phlyctène s'ulcère assez souvent, la maladie peut traîner en longueur, mais le processus inflammatoire n'atteint que les couches superficielles de la sclérotique.

La conjonctivite phlycténulaire parfois n'est accompagnée d'aucun symptôme subjectif; d'autres fois, les malades accusent un larmolement considérable, des douleurs assez violentes, une photophobie des plus intenses, associée de blépharospasme. Ce dernier symptôme se rencontre surtout, et presque exclusivement, lorsque la cornée est atteinte. Lorsque à l'aide des éleveurs et non sans grand-peine, on écarte les paupières pour explorer l'état de l'œil, il s'échappe une grande quantité de larmes chaudes, et le malade dirige son œil en haut pour éviter la lumière. La sécrétion n'est altérée que lorsque l'affection se complique d'une conjonctivite catarrhale.

Un caractère marquant de l'ophtalmie phlycténulaire consiste dans sa prédisposition à des récidives fréquentes.

*Pronostic.* — Le pronostic est très bon dans le cas de petites phlyctènes sur la conjonctive et sur l'anneau conjonctival, sans participation de la cornée. Même la kératite en forme de bandelettes n'aggrave le pronostic qu'en ce sens que l'opacité consécutive est quelquefois très opiniâtre. Dans les cas de conjonctivite pustuleuse avec épisclérite, il ne faut pas oublier la durée prolongée du mal qui cependant ne présente pas de dan-

ger. Les larges phlyctènes de l'anneau conjonctival durent aussi plus longtemps; mais, bien surveillées, elles guérissent sans laisser de trace.

En cas d'infiltration jaune de la cornée, le pronostic dépend du degré d'inflammation qui accompagne cet état. Si elle fait complètement défaut (état torpide), le pronostic est mauvais, il est bien meilleur si l'inflammation est vive.

*Étiologie.* — L'ophtalmie phlycténulaire atteint surtout les enfants et peut être considérée comme la plus fréquente parmi les conjonctivites de cet âge.

Nous la rencontrons aussi bien chez des enfants bien portants que chez ceux qui sont mal nourris ou scrofuleux. Le nom d'ophtalmie scrofuleuse qu'on lui a donné n'est donc nullement justifié.

Nous la voyons apparaître à la suite de toutes les influences irritantes qui provoquent aussi d'autres conjonctivites. L'apparition simultanée, avant ou après son début, d'éruptions cutanées des paupières ou de la peau environnante, sous forme d'eczéma ou de zona, a fait envisager la conjonctivite phlycténulaire comme une maladie exanthématique de la muqueuse sous la dépendance des nerfs ciliaires, et lui a valu le nom d'herpès conjonctival. Cependant plusieurs des formes de cette affection que nous avons décrite plus haut ne ressemblent guère à un herpès cutané.

*Traitement.* — Très souvent, surtout dans les formes légères qui n'atteignent pas la cornée, la guérison est spontanée; il faut par conséquent se garder d'intervenir intempestivement par une médication locale irritante qui ne pourrait qu'aggraver le mal. Il faut surtout proscrire énergiquement trois moyens très en faveur chez le public et chez les médecins: les vésicatoires, les sangsues et le nitrate d'argent.

Les premiers augmentent l'irritabilité nerveuse des petits malades; les seconds ne remplissent aucune indication dans la plupart des cas et affaiblissent inutilement; le troisième pourrait être employé tout au plus lorsque l'affection se complique de catarrhe conjonctival, et même alors, de crainte d'une irritation trop forte, il peut être remplacé par des solutions d'alun ou de borax.

Par contre, une solution concentrée de nitrate d'argent est souvent utilement employée pour badigeonner la muqueuse du nez, lorsqu'on y constate des ulcérations si fréquentes chez les enfants scrofuleux.

Les moyens principaux et, pour ainsi dire, spécifiques contre l'ophtalmie phlycténulaire consistent dans l'emploi local du calomel à la vapeur et de l'oxyde de mercure. Le premier doit être appliqué à l'aide d'un pinceau très sec manié de la manière suivante: On écarte les paupières et l'on projette la poudre sur la conjonctive malade, par un coup sec porté par l'indicateur contre le pinceau tenu entre le pouce et le médius.

Il se dépose ainsi une couche très fine de calomel sur la cornée et sur la conjonctive. Au bout de quelques minutes, le calomel se retrouve roulé en filaments dans le cul-de-sac conjonctival, d'où on l'écarte facilement à l'aide d'un pinceau mouillé.

On répète ces insufflations journallement jusqu'à la disparition des phlyctènes, puis à des intervalles de plus en plus longs, pendant plusieurs semaines.

Le mode d'action du calomel est difficile à expliquer; il peut enlever mécaniquement la couche épithéliale des pustules et provoquer ainsi leur rupture. Cependant des expériences ont démontré que d'autres poudres ne produisent pas le même effet. Son action chimique ne pourrait s'expliquer que par sa transformation en bichlorure, car le calomel même n'est pas soluble. Elle aurait alors pour effet de diminuer le calibre des vaisseaux et même d'en oblitérer les branches les plus fines.

Dans les cas d'ulcères sur la cornée, il faut prescrire des lotions chaudes avec de l'eau chlorurée et des frictions de la région sus-orbitaire avec la pommade:

Précipité blanc . . . . .	50 centigr.
Extrait de belladone . . . . .	1 gram.
Vaseline blanche. . . . .	8 gram.

Lorsque la première irritation est passée et la cornée vascularisée, on emploie avec grand avantage la pommade à l'oxyde de mercure préconisée, à si juste titre, par M. Pagenstecher. Je la prescris à la dose suivante:

Oxyde jaune de mercure, préparé par voie humide. . . . .	25 à 50 centigr.
Glycérolé d'amidon. . . . .	5 gram.

On en introduit gros comme une tête d'épingle ou un peu plus dans le sac conjonctival, à l'aide d'un petit pinceau; on l'y laisse séjourner quelques minutes et on l'enlève en lavant soigneusement la conjonctive et le cul-de-sac inférieur avec un pinceau mouillé.

La photophobie a été combattue d'une façon particulière par les badigeonnages de teinture d'iode sur le front et sur les paupières fermées; mais ce symptôme disparaît souvent à l'aide du traitement que nous venons de décrire. Pendant sa durée, il ne faut pas favoriser la tendance des enfants à cacher leur figure, et à rechercher les endroits obscurs. Il vaut mieux appliquer un bandage protecteur, qui présente en outre l'avantage d'empêcher les petits malades de se frotter les yeux.

Il est nécessaire de changer souvent le bandage, de nettoyer les yeux, et de le remplacer aussitôt que l'état le permet par des lunettes à verres foncés.

Dans la kératite en formes de bandelettes on peut tenter de couper court à la marche de la maladie par la section des vaisseaux près du bord de la cornée. Cette petite opération s'exécute à l'aide du scarificateur ordinaire.

Comme la circulation se rétablit très facilement dans les vaisseaux ainsi sectionnés, on préfère l'excision d'une partie que l'on exécute en soulevant un pli de la conjonctive qui les renferme, et en le coupant avec des ciseaux courbes. La section, comme l'excision, doit s'exécuter sur plusieurs points à la fois. Il faut s'en abstenir dans le pannus scrofuleux qui cède très rapidement à l'emploi de la pommade à l'oxyde jaune de mercure.

Les ulcères et les abcès de la cornée ne permettent ni l'emploi du calomel ni l'emploi de cette pommade; leur traitement sera exposé dans le chapitre des kératites.

Lorsqu'un blépharospasme intense empêche les soins à donner ou devient nuisible par la pression exercée sur la cornée, il faut en débarrasser l'œil par la section du ligament palpébral externe, en y joignant au besoin, d'après la méthode de *Agnew*, le débridement du fascia tarso-orbitaire. La section du ligament palpébral externe se pratique à l'aide d'un coup de ciseaux droits qui fend la commissure externe horizontalement sur une longueur de 10 à 15 millimètres. Pour débrider le fascia, on tire fortement la paupière supérieure en haut et en dehors;

on fait glisser une des branches des ciseaux entre la peau et le fascia tarso-orbitaire pendant que l'autre branche pénètre dans le cul-de-sac supérieur. On coupe alors par un coup de ciseaux brusque et dans une étendue de 4 à 5 millimètres, le fascia tendu par la traction exercée sur la paupière.

Contre les excoriations de la peau, si fréquentes dans le voisinage des narines et les lèvres, on se sert de glycérine, et plus tard d'une pommade au zinc ou au plomb. Il faut aussi soigner la muqueuse nasale par des injections et des applications locales d'une solution astringente.

Le traitement général ne doit pas être négligé, parce que la constitution des malades l'exige souvent, et qu'il est alors indispensable pour éviter les récidives fréquentes de cette affection. Des prescriptions hygiéniques convenables, le séjour dans un air pur et un exercice fréquent à l'air y jouent un grand rôle. De légères purgations sont souvent nécessitées et surtout une médication altérante. Nous prescrivons volontiers les poudres suivantes :

Sulfure noir d'antimoine. . . . .	} à 1 à 2 gr.
Rhubarbe en poudre. . . . .	
Bicarbonat de soude. . . . .	

Diviser en vingt parties égales et faire prendre deux par jour dans de l'eau sucrée.

On peut y ajouter, si on le juge utile, de petites doses de calomel.

Des frictions générales avec de l'eau salée, continuées pendant longtemps, nous ont paru d'un bon effet, et, selon la nature des enfants, de l'huile de foie de morue, ou des stimulants, comme l'alcool par petites cuillerées après le repas.

Une variété curieuse de la conjonctivite phlycténulaire a été désignée sous le nom de *catarrhe printanier* ou de *conjonctivite printanière*. Elle est caractérisée par des éruptions phlycténulaires sur le limbe conjonctival qui se transforment souvent en petits abcès et laissent persister des opacités grisâtres, de sorte que le limbe conjonctival dans la portion atteinte paraît élargi aux dépens de la cornée transparente.

Cette conjonctivite atteint de préférence les enfants de 6 à 8

ans jusqu'à l'époque de la puberté, récidive souvent au printemps de chaque année et n'a pas d'autre inconvénient que de mettre les enfants atteints dans l'impossibilité de se livrer à des études régulières pendant plusieurs mois. Il faut s'abstenir de tout traitement irritant, se borner à faire des insufflations de calomel et agir sur la constitution des petits malades par une hygiène et les médicaments appropriés.

## IV

**Conjonctivite granulaire.**

La pratique a démontré qu'il faut distinguer deux formes sous lesquelles l'ophtalmie granulaire se présente : 1<sup>o</sup> les granulations aiguës, accompagnées souvent de symptômes inflammatoires très prononcés ; 2<sup>o</sup> les granulations chroniques, où l'inflammation fait entièrement défaut ou ne survient que plus tard. Il est vrai que dans un certain nombre de cas les deux formes peuvent se montrer combinées, mais il importe néanmoins d'en maintenir la distinction exacte, à cause des différences importantes que présente le traitement.

1<sup>o</sup> *Granulations aiguës.* — La maladie débute par le gonflement de la paupière supérieure et par une injection conjonctivale et sous-conjonctivale qui s'étend sur toute la conjonctive du globe oculaire jusqu'à l'anneau conjonctival, et même sur celui-ci. Sur la conjonctive palpébrale, on constate la vascularisation ainsi que la turgescence de la muqueuse couverte de petites papilles proéminentes, rouges et tuméfiées, comme dans le catarrhe conjonctival. Entre les papilles, on découvre de petites taches blanchâtres, rondes, de la grandeur d'une petite tête d'épingle, sans vaisseaux, et qui ne s'élèvent pas au-dessus du niveau de la conjonctive. Ces taches, dont est parsemée la muqueuse, constituent le symptôme caractéristique des granulations aiguës. La sécrétion est relativement faible à ce moment, mais l'affection est souvent accompagnée de larmolement et de photophobie telle que les malades ne sont pas capables d'ouvrir les paupières qui laissent échapper un flot de larmes brûlantes, si l'on écarte leurs bords l'un de l'autre. En même temps, il

existe des douleurs assez fortes dans l'œil, dans le front et même dans la moitié de la tête.

L'injection sous-conjonctivale indique la disposition de l'inflammation à se propager sur la cornée ; en effet, on y constate souvent des opacités grisâtres situées au-dessous de l'épithélium et une vascularité superficielle qui prend son origine dans les vaisseaux du limbe conjonctival qui se propagent sur la cornée, ce que l'on reconnaît facilement à l'éclairage latéral. D'autres fois, il se produit des ulcérations superficielles vers le bord de la cornée.

La *marche* de l'affection est la suivante : Après huit à dix jours, il survient une inflammation de la conjonctive qui se tuméfie, en même temps que les papilles deviennent turgescents ; la vascularisation recouvre les petites taches blanchâtres, qui sont résorbées et finissent par disparaître. L'affection prend alors les caractères d'une conjonctivite catarrhale avec sécrétion puro-muqueuse, et marche assez rapidement vers sa guérison. Cette forme de granulations, qui dure en tout à peu près de trois à quatre semaines, est celle que l'on désigne sous le nom d'ophtalmie d'Égypte.

Malheureusement la maladie ne se termine pas toujours aussi vite ni aussi bien ; le processus inflammatoire, indispensable pour la résorption et la guérison des granulations, peut dévier dans deux sens opposés.

L'inflammation peut devenir tellement vive qu'elle constitue une ophtalmie purulente qui se substitue aux granulations aiguës et dont il faut craindre les conséquences funestes. D'autres fois, elle n'atteint pas à un degré suffisant pour amener la résorption des granulations ; ces derniers se développent de plus en plus, deviennent proéminentes sur la surface de la conjonctive et prennent la forme caractéristique des granulations trachomatueuses.

La terminaison de cette maladie est donc très variable ; tantôt les granulations guérissent sans laisser de traces, tantôt, lorsqu'elles deviennent chroniques et que l'œil a été plusieurs fois atteint de la même affection, elles laissent des cicatrices superficielles qui, par la suppression d'une partie de la sécrétion conjonctivale, deviennent la cause d'une sécheresse de l'œil. Cet état prédispose au catarrhe chronique de la conjonctive et l'expose plus facilement à subir toutes les influences atmosphériques

qui peuvent y développer des inflammations aiguës. Enfin, les complications sur la cornée peuvent devenir le point de départ d'altérations qui peuvent disparaître en même temps que les granulations, ou suivre une marche indépendante.

*Pronostic.* — Dans les cas simples, lorsque l'inflammation secondaire se maintient dans les limites nécessaires à la résorption des granulations, le pronostic est bon, surtout lorsque la cornée n'est pas atteinte ou ne l'est que légèrement. Les cicatrices sont d'autant moins à craindre que la première période, c'est-à-dire celle qui précède la réaction inflammatoire, a été de courte durée et que le nombre des granulations a été plus restreint.

Les granulations elles-mêmes étant sans danger, la gravité du pronostic dépend uniquement des complications, soit qu'il survienne une ophthalmie purulente, soit que la maladie passe à la forme chronique. (Voy. celle-ci.)

*Étiologie.* — Les causes précises des granulations aiguës sont difficiles à déterminer. L'affection se développe à la suite de toutes les influences nuisibles citées à l'occasion des conjonctivites catarrhales et purulentes.

Souvent elle se présente sous forme épidémique dans les prisons, casernes, etc., c'est-à-dire partout où il y a de l'encombrement et de mauvaises conditions hygiéniques. Ce qu'il importe de savoir, c'est qu'elle est contagieuse et se propage non pas par le contenu des granulations, mais par la sécrétion.

M. de Graefe admet la contagion par l'air. Elle paraît se développer plus facilement chez les personnes affaiblies, les scrofuleux, syphilitiques, tuberculeux, etc. L'inoculation ne reproduit pas toujours la même affection, mais d'autres formes de conjonctivites. D'autre part, les granulations aiguës peuvent résulter de la contagion provenant du catarrhe ou de l'ophthalmie purulente.

*Traitement.* — Nous avons vu que les granulations aiguës guérissent spontanément sous l'influence d'une réaction inflammatoire; de là l'indication rigoureuse de s'abstenir de toute intervention thérapeutique active au début de cette affection.

L'emploi des collyres astringents ou des caustiques, moyens

vers lesquels l'habitude pousse les médecins en présence d'une conjonctivite quelle qu'elle soit, pourrait avoir, dans le cas de granulations aiguës, l'influence la plus fâcheuse, en contrariant la marche que suit la nature pour amener la guérison de cette affection, ou en provoquant la transformation en d'autres plus dangereuses.

Il suffit donc, au début de cette affection, d'isoler le malade pour éviter la contagion, de le maintenir au repos dans de bonnes conditions hygiéniques, et de lui conseiller l'emploi périodique de compresses modérément fraîches pour combattre la sensation de chaleur qu'il éprouve. En cas de grande tuméfaction des paupières, on intervient seulement par un badigeonnage des téguments externes avec une solution de nitrate d'argent, d'acétate de plomb ou de teinture d'iode. Si cette première période se prolonge, et que l'inflammation nécessaire pour la résorption se fasse attendre, on peut en favoriser la formation par des compresses chaudes ou l'emploi de l'eau chlorurée chaude.

Une fois la purulence déclarée, il devient nécessaire de la surveiller attentivement; si elle devient excessive, il faut intervenir par des compresses glacées, et en général par les moyens que nous avons conseillés contre l'ophthalmie purulente. Toutefois, il ne faudrait pas oublier qu'un certain degré de purulence est absolument nécessaire pour la résorption des granulations, et si l'on juge utile d'intervenir par des cautérisations, il faudrait, avec la plus grande circonspection, se servir d'abord des solutions de force moyenne d'acétate de plomb, de sulfate de cuivre ou de nitrate d'argent, et surveiller leur effet avant d'employer le crayon mitigé comme dans les inflammations purulentes genuines. Dans la plupart de ces cas, une cautérisation toutes les quarante-huit heures est suffisante.

Si l'inflammation paraît trop faible, il faut tâcher de produire une hyperhémie artificielle par des compresses chaudes et par des irritations méthodiques à l'aide des caustiques appliqués superficiellement et répétés suivant qu'il est nécessaire. On se sert généralement du sulfate de cuivre, de l'acétate de plomb en solution concentrée, et du crayon de nitrate d'argent mitigé.

En cas de récurrence, il faut se laisser guider par les mêmes principes, et tenir toujours compte de ce que la guérison des granulations aiguës exige un certain degré d'hyperhémie qu'il faut provoquer lorsqu'il n'est pas suffisant et réprimer s'il est

excessif. Il est bon d'associer au traitement local une médication générale tendant à améliorer la constitution du malade.

2° *Granulations chroniques.* — *Trachome.* — Je ne reviendrai pas ici sur les granulations purement papillaires qui succèdent à la conjonctivite catarrhale et à l'ophtalmie purulente, dont elles constituent un des caractères lorsque ces maladies sont passées à l'état chronique. Dans le chapitre qui traite de ces affections, j'ai déjà exposé que ces granulations sont dues à l'hyperplasie du corps papillaire qui suit l'engorgement séreux de la membrane muqueuse, et qu'elles se présentent sur la conjonctive palpébrale, enflammée et boursoufflée, tantôt sous forme de petites saillies arrondies, tantôt sous l'aspect de fongosités disposées par bandes, séparées l'une de l'autre par des fissures plus ou moins profondes, et qui deviennent visibles lorsqu'on tire la muqueuse. Lorsqu'elles existent en grand nombre, elles abaissent par leur poids la paupière supérieure et font paraître l'œil plus petit par le rétrécissement de la fente palpébrale. Nous répétons que ces granulations ne sont pas contagieuses en elles-mêmes, mais elles se propagent à l'aide de la sécrétion muco-purulente dont cet état est accompagné, en même temps que d'une sensation de chaleur, de photophobie et de larmoiement. Le traitement local et général de ces granulations papillaires a été indiqué lorsque nous avons parlé de la terminaison des affections auxquelles elles sont dues. (Voy. page 51.)

L'affection décrites sous le nom d'ophtalmie granulaire chronique ou trachomateuse, parcourt diverses phases que nous allons décrire successivement, et dont l'aspect si varié pourrait faire croire à un observateur inexpérimenté à l'existence d'autant de maladies différentes. L'expérience a démontré qu'en réalité elles ne sont dues qu'aux évolutions d'un même processus pathologique, dont les symptômes se combinent avec ceux de l'inflammation qui accompagne et complique la maladie primitive.

Dans la première période de cette maladie, qui se développe tout à fait d'une manière insidieuse, les symptômes inflammatoires peuvent faire complètement défaut. Du moins ils sont si peu sensibles que les yeux peuvent être atteints de granulations sans que les malades s'en doutent. Tout au plus sont-ils sensibles à l'action de la lumière ou d'autres agents irritants, tels que la poussière, la fumée, etc.

Parfois les bords palpébraux sont un peu collés le matin, ou les yeux paraissent un peu plus petits à cause de l'abaissement

de la paupière supérieure. Si l'on renverse les paupières, la conjonctive, en général, paraît lisse, blanche, et d'un aspect tout à fait normal. Seulement on y constate la présence de granulations blanchâtres ou grisâtres, vésiculeuses, dont la grandeur varie suivant leur développement, de celle de petits points à peine visibles à l'œil nu et s'élevant très peu au-dessus de la conjonctive, jusqu'à celle de grains de millet.

Elles sont semi-transparentes et paraissent ou disséminées ou rangées en colonnes serrées parallèlement aux bords du tarse, sur la conjonctive palpébrale qui avoisine le cul-de-sac, ou dans le sinus palpébral même; on en voit bien plus rarement sur la conjonctive oculaire, près des angles de l'œil.

La nature anatomique de ces granulations n'est pas encore déterminée. Des nombreuses suppositions qui ont été faites à ce sujet, je n'indiquerai que les deux principales. D'après les uns, elles sont formées par l'hyperplasie circonscrite des cellules lymphoïdes renfermées à l'état normal dans le tissu connectif réticulaire de la conjonctive. Elles formeraient ainsi de véritables follicules lymphoïdes<sup>1</sup>. D'autres considèrent les granulations comme de véritables néoplasies, et cette hypothèse est surtout défendue par nos confrères belges<sup>2</sup>.

Ceux-ci, dont la grande autorité et l'expérience à ce sujet ne saurait être niée, reconnaissent dans les granulations vésiculeuses que nous venons de décrire le caractère pathologique propre et essentiel de l'ophtalmie des armées, qui prend sous l'influence des inflammations intercurrentes l'aspect variable des ophtalmies catarrhale, purulente ou granuleuse.

Nous ne pouvons nous étonner que cette forme de la maladie décrite sous le nom de granulations vésiculeuses soit restée longtemps inconnue, ou soit considérée comme excessivement rare, parce que nous n'arrivons que rarement à observer des granulations chroniques dans cette première période où elles existent ou peuvent exister pendant longtemps, sans être accompagnées d'aucun symptôme inflammatoire, et sans provoquer les plaintes des malades qui en ressentent si peu de gêne qu'ils en ignorent l'existence.

1. Voyez *Du trachome au point de vue cellulo-pathologique*, par le docteur Paul Blumberg, de Tiflis (*Archives d'ophtalmologie*, 1869).

2. Voyez, pour plus de détails, *Des granulations palpébrales*, par le docteur F. Herion de Louvain, dans les *Annales d'oculistique*, février 1870.

Dans la deuxième période, les granulations, devenues plus volumineuses, se recouvrent d'un lacis vasculaire, et forment ainsi un grand nombre de saillies rouges sur la muqueuse palpébrale, d'où elles se propagent sur les sinus palpébraux, la conjonctive oculaire, le repli semi-lunaire et la caroncule lacrymale. En même temps, la conjonctive devient rouge et infiltrée, elle sécrète un liquide muco-purulent, et quand cet état se prolonge, on voit apparaître, à côté des granulations trachomateuses, des granulations papillaires, suites de l'infiltration séreuse du corps papillaire de la conjonctive (granulations mixtes de *Stellwag*).

La troisième période se compose du développement de nouvelles granulations, en même temps que les granulations de date antérieure perdent leur forme ronde et circonscrite et deviennent diffuses. Les papilles se gonflent, s'élargissent et se fondent avec les granulations. On observe alors sur la muqueuse des masses rouges gélatineuses ou charnues, dans lesquelles il n'y a plus moyen de distinguer granulations et papilles, et qui affectent les aspects les plus variables.

Tantôt ce sont des excroissances pédiculées, coniques ou polypeuses, formant des villosités isolées ou réunies en colonnes serrées et parallèles, divisées par des sillons profonds qui ne deviennent visibles que lorsqu'on tire la muqueuse. Tantôt ils apparaissent comme des fongosités végétantes condylomateuses, qui recouvrent en plaques ou en bandes longitudinales la muqueuse des paupières, les sinus palpébraux et la région oculaire voisine, ainsi que le pli semi-lunaire et la caroncule.

La muqueuse elle-même subit dans cette période une dégénérescence fibreuse, elle s'atrophie et présente l'aspect du tissu cicatriciel (d'un blanc grisâtre, luisant, sans apparence de vaisseau). Nous voyons alors dans la conjonctive palpébrale des cicatrices parallèles aux bords libres du tarse, et de là rayonnant vers le cul-de-sac. Si la muqueuse qui recouvre ce dernier est atteinte de la même altération, le sinus palpébral diminue de profondeur, se rétrécit de plus en plus, et finit par disparaître, de sorte que la muqueuse qui recouvre le tarse se continue directement avec celle du globe oculaire qui s'altère de la même façon.

Si au début des granulations les malades sont, comme nous

l'avons déjà dit, si peu tourmentés qu'ils ignorent l'état de leurs yeux, ils ne tardent pas, aussitôt que les granulations ont acquis un certain développement ou qu'elles entrent dans la seconde période, à se plaindre d'une sensation désagréable de corps étrangers dans les yeux, d'une sensibilité très prononcée à la lumière, aux causes irritantes, et de l'impossibilité de s'appliquer au travail. La sécrétion, même lorsqu'elle est insignifiante, produit des troubles passagers de la vision, parce qu'elle descend du cul-de-sac supérieur sur la cornée. Ces symptômes augmentent si la maladie atteint la cornée et s'accompagnent alors de douleurs ciliaires violentes. En cas de complication d'ophtalmie purulente, nous retrouvons toute la série des symptômes déjà décrits qui accompagnent cette maladie.

*Complications.* — L'état rugueux de la conjonctive provoque, surtout lorsque les paupières sont naturellement tendues et fortement appliquées sur le globe oculaire, des altérations notables de la cornée. On y constate une vascularisation superficielle, puis une prolifération des cellules épithéliales et une production considérable de nouvelles cellules entre la couche épithéliale et la membrane de Bowman (*pannus de la cornée*). Ces altérations et les opacités qui en résultent occupent, au début, la partie supérieure de la cornée, et cela si généralement que l'aspect du pannus seul permet de diagnostiquer presque à coup sûr la présence de granulations. Plus tard, l'affection envahit toute la membrane qui se ramollit, perd de sa résistance et cède plus facilement à la pression de la chambre antérieure.

D'autres fois, la cornée participe directement à l'affection trachomateuse : il s'y produit des granulations sous forme de petites bosselures grisâtres, entourées de vaisseaux qui se propagent sur toute la cornée.

Nous aurons à traiter en détail le pannus de la cornée, avec les affections de cette membrane.

L'affection granuleuse peut se compliquer encore sous de mauvaises influences hygiéniques ou atmosphériques, de la conjonctivite catarrhale, de l'ophtalmie purulente aiguë ou chronique, et la cornée peut alors être atteinte d'ulcères et d'abcès, comme nous l'avons mentionné pour ces maladies.

Si au moment de ces complications la cornée est déjà couverte

de pannus, elle paraît, selon l'étendue de l'affection panneuse, plus ou moins garantie contre les dangers auxquels l'état purulent l'expose. (C'est sur cette observation et sur celle de la résolution des granulations par l'inflammation purulente, que repose l'emploi rationnel du traitement du pannus invétéré par l'inoculation blennorrhagique.)

*Marche et terminaison.* — Les granulations chroniques se développent souvent d'une manière insidieuse et presque à l'insu du malade, comme nous l'avons déjà vu. Si la maladie s'arrête dans cette forme légère, elle peut guérir spontanément, les granulations étant résorbées à la suite d'une réaction inflammatoire lente, qui cependant peut présenter les caractères d'une inflammation aiguë; mais dans la plupart des cas, la maladie suit une marche chronique et parcourt ses diverses phases. Seulement, les transformations des granulations n'ont pas lieu en même temps pour toutes, et il n'est pas rare de rencontrer sur la même paupière des granulations à toutes les phases de développement, de sorte que l'on peut assister à une nouvelle poussée de granulations, lorsqu'à d'autres endroits de la conjonctive la réaction inflammatoire a déjà produit l'infiltration de la muqueuse et l'hypertrophie papillaire, ou même que la conjonctive a déjà subi par place la transformation fibreuse qui y développe le tissu cicatriciel. De temps en temps interviennent des phases inflammatoires passagères qui augmentent périodiquement la sécrétion et disparaissent insensiblement.

Pendant la seconde période on observe encore des guérisons par résolution, lorsque le malade est placé dans de bonnes conditions hygiéniques et soumis à un traitement convenable. Mais, dans la plupart des cas, il restera des cicatrices sur la conjonctive palpébrale. Selon que la cornée a été plus ou moins atteinte, on y observera des opacités souvent réfractaires à tout traitement. Si l'affection a été de longue durée, ou la masse des granulations considérable, il en résulte souvent un affaiblissement relatif du releveur de la paupière supérieure qui maintient un certain degré d'abaissement de la paupière, même après la guérison de la maladie.

Enfin, après la troisième période, nous voyons des opacifications plus ou moins complètes, quelquefois même des distensions staphylomateuses de la cornée, en même temps que les pro-

priétés rétractiles du tissu cicatriciel substitué à la conjonctive peuvent donner lieu à la déformation du tarse et au renversement des bords palpébraux en dedans. L'oblitération simultanée des conduits de la glande lacrymale peut amener une sécheresse de l'œil qui entraîne la xérose progressive. Nous renvoyons au chapitre de l'ophtalmie purulente pour les diverses terminaisons de cette complication.

*Pronostic.* — Le pronostic varie selon le développement de la maladie, suivant les conditions au milieu desquelles se trouve le malade, et la facilité qu'il a de se soigner convenablement. A la première période, la maladie bien traitée se termine presque toujours par résolution dans un temps assez court. La durée du traitement est beaucoup plus longue, une fois que l'affection est entrée dans la deuxième période, et la guérison ne s'obtient pas-toujours sans laisser des traces sur la conjonctive et sur la cornée.

Plus tard, la maladie est encore plus opiniâtre, sa durée, pour ainsi dire illimitée, et lors même que le traitement réussit à arrêter le développement de nouvelles granulations et à faire disparaître celles qui existent, les altérations des paupières et de la cornée produisent des troubles plus ou moins sérieux de la vue, et peuvent donner lieu à la cécité.

*Étiologie.* — Les granulations chroniques atteignent rarement les enfants et les vieillards; selon la statistique, elles paraissent plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes. Il n'est pas généralement admis que la conjonctivite granulaire se développe sous l'influence d'une disposition générale de l'organisme. Et en effet, on l'observe chez des individus tout à fait bien portants, tandis que l'aspect maladif et cachectique des personnes atteintes depuis longtemps de granulations chroniques est dû à l'influence funeste qu'une durée prolongée de l'affection exerce sur la santé et sur l'esprit des malades.

Les propriétés contagieuses de l'ophtalmie granulaire ne sont plus contestées aujourd'hui; il est possible qu'elle se propage par l'intermédiaire de l'air chargé de miasmes, mais assurément le contact direct de la sécrétion contagieuse reproduit ou les granulations ou une des autres formes d'inflammation de la conjonctive.

La maladie apparaît endémiquement ou par épidémies qui se propagent rapidement dans les rassemblements d'individus soumis à de mauvaises conditions hygiéniques (épidémies d'ophtalmie militaire).

*Traitement.* — Le traitement rationnel des granulations, qui demande beaucoup de tact et de prudence, doit s'occuper de l'état local, de l'état général et de l'hygiène du malade. Dans le traitement local, l'emploi des caustiques joue le premier rôle; il faut seulement que le médecin se rappelle toujours qu'il ne s'agit aucunement de détruire les granulations par les cautérisations, mais de provoquer par ce moyen un état inflammatoire suffisant pour leur résorption. Nous avons insisté à plusieurs reprises sur le fait que la nature provoque elle-même la réaction inflammatoire indispensable à la guérison des granulations. Le devoir du médecin consiste à aider l'action de la nature si l'inflammation n'est pas suffisante, ou à la modérer si elle devenait excessive. Les cautérisations ne doivent avoir lieu que sur les points envahis, et ménager la conjonctive saine dont la conservation est précieuse. Voilà pourquoi les caustiques en substance, tels que le sulfate de cuivre et le crayon mitigé de nitrate d'argent sont préférables pour les granulations isolées, les solutions de ces mêmes substances applicables seulement dans les granulations diffuses.

L'acétate de plomb provoque des réactions très persistantes et ne doit servir que lorsque la cornée est intacte, à cause des dépôts et incrustations qui peuvent s'y former, en dépit des lotions les plus soigneuses.

Le glycérolé au tanin est d'un effet très modéré, mais il a l'avantage de pouvoir être appliqué par le malade lui-même; nous nous en servons par conséquent lorsque le malade ne peut être vu que rarement. Dans les mêmes conditions, on peut prescrire une pommade au sulfate de cuivre, d'après les formules suivantes :

Tanin . . . . .	50 centigr.
Glycérolé d'amidon . . . . .	10 gram.

ou

Sulfate de cuivre cristallisé . . . . .	15 centigr.
Glycérolé d'amidon . . . . .	10 gram.

D'ailleurs, il est indispensable, lorsque l'affection dure très longtemps, de varier le choix de ces médicaments et de leur substituer l'alun, le borax, le salicylate de soude, parce que la conjonctive finit par s'habituer à leur action.

Quelquefois il devient même utile d'interrompre toute médication active, et de restreindre le traitement aux prescriptions hygiéniques.

La réaction immédiate qui suit chaque cautérisation est quelquefois très vive et peut être réprimée par des compresses ou des douches fraîches; en tout cas, il faut bien se garder de renouveler la cautérisation avant que l'irritation produite par la précédente ait disparu. Les cautérisations énergiques coup sur coup aggravent l'inflammation, amènent des complications et rendent les parties malades indifférentes à l'action des médicaments qu'il faut alors choisir de plus en plus forts. Lorsque les granulations sont sèches, indolentes, sans réaction inflammatoire, on peut remplacer avantageusement, selon le conseil de de Graefe, les cautérisations par des compresses d'eau chaude de 40 à 45 degrés, employées pendant un temps plus ou moins prolongé, selon la difficulté de provoquer l'inflammation nécessaire.

Des scarifications peuvent être d'un bon effet dans les cas de granulations diffuses avec boursoufflement de la muqueuse, pour combattre rapidement un excès d'inflammation; mais on aurait tort d'en faire une méthode générale de traitement des granulations chroniques, car elles produisent alors des cicatrices dangereuses, surtout lorsqu'on les fait suivre de cautérisations.

Je remplace très souvent les scarifications par un frottement énergique, exécuté à l'aide d'une éponge un peu dure sur la muqueuse malade. Le résultat, au point de vue de l'écoulement du sang, est à peu près le même, et je crois qu'en enlevant ainsi la couche épithéliale, on amène une activité de circulation qui favorise la résorption des granulations.

L'excision des granulations n'est permise que dans des cas bien déterminés, c'est-à-dire quand les granulations sont isolées et pédiculées, en un mot lorsqu'on peut les enlever sans risque d'entamer la conjonctive elle-même. D'autres fois, la conjonctive et plus souvent la caroncule sont recouvertes d'une couche épaisse fongueuse ou gélatineuse qui ne disparaît qu'avec

une lenteur désespérante sous l'influence des cautérisations ordinaires. Dans ces cas, il peut être permis d'enlever cette couche, en observant toujours la précaution indispensable de ne pas s'étendre trop loin et surtout, je le répète, en évitant d'exciser une partie saine de la muqueuse.

L'excision même des granulations ne présente pas de difficulté. Le malade étant assis sur une chaise, on fait fixer, par un aide placé derrière lui, la tête et la paupière préalablement renversée, tandis qu'un autre aide doit être prêt à éponger le sang qui s'écoule. L'opérateur saisit alors la granulation avec une pince à griffes fines, l'attire et l'enlève tout près de sa base par un coup de ciseaux. Il est indispensable d'enlever ainsi les granulations isolément et de n'en exciser qu'un nombre très limité à la fois. Il faut se garder de vouloir abraser, pour ainsi dire, toute la muqueuse pour lui rendre sa surface lisse. Pendant cette opération, le malade ne ressent de la douleur que quand les ciseaux entament la conjonctive saine. La cautérisation immédiate après l'excision doit être évitée, à cause de l'action trop profonde du caustique; il faudrait plutôt appliquer pendant quelques minutes des compresses fraîches, pour combattre la légère réaction qui s'ensuit.

Après les excisions, comme après les scarifications, on arrête l'écoulement du sang en remettant la paupière dans sa position normale; il ne faut pas oublier d'enlever préalablement, avec une éponge fine, les petits caillots de sang qui s'arrêtent dans les plis de la conjonctive et qui gêneraient le malade.

A mesure que la maladie marche vers sa guérison, il faut abandonner les moyens énergiques pour employer des médicaments d'une action plus faible, puis employer ces derniers après des intervalles de plus en plus longs et cesser graduellement tout traitement local.

Quant au pannus de la cornée, nous exposerons son traitement avec les affections de cette membrane.

L'altération cicatricielle de la conjonctive et la sécheresse de l'œil qui s'ensuit doit être combattue par des lotions avec du lait, des instillations d'huile fraîche et de glycérine, et l'emploi d'une solution de carbonate de soude (1 gr. pour 30 gr. d'eau).

Il est indispensable, dans le traitement des granulations chroniques, de porter son attention sur les rapports des paupières avec le globe de l'œil. L'action mécanique du frottement de

leur face interne, lorsqu'elles sont fortement appliquées sur l'œil, ainsi que l'attouchement des cils lorsque le bord palpébral se dévie en dedans, devient une des causes les plus fréquentes des complications graves de la cornée. On diminue la pression des paupières sur le globe de l'œil en élargissant la fente palpébrale par l'opération dite *cantoplastie*, que nous décrirons à propos des maladies des paupières. On obvie souvent au renversement du bord palpébral, par cette même opération ou par des procédés directs que nous exposerons dans le chapitre de l'*entropion*.

S'il persiste, après la guérison, un certain degré d'abaissement de la paupière supérieure, suite de la faiblesse du releveur, on peut essayer d'abord des exercices méthodiques destinés à combattre cet état de choses. Ils consistent à faire regarder le malade en haut, pendant qu'il ferme l'autre œil, à maintenir cette direction pendant quelques instants, et à renouveler cette manœuvre plusieurs fois par jour. S'il est nécessaire, on peut aussi remédier à cet état de choses par une opération très simple dont nous parlerons à l'occasion du *ptosis*.

Le traitement général doit tenir compte des conditions constitutionnelles et des diathèses existantes; en tous cas, il importe de tenir le ventre libre et d'activer les fonctions de la peau (frictions sèches, transpiration légère, bains turcs). Le caractère contagieux de la maladie exige l'isolement du malade, surtout lorsque l'affection s'accompagne de sécrétion, circonstance qu'il ne faudrait pas oublier, lorsqu'on renvoie les malades dans leur famille. Il est vrai que les granulations, lorsqu'elles ne sont pas accompagnées de sécrétion, ne paraissent pas exposer au danger de la contagion. Mais nous ne devons pas oublier que la sécrétion peut s'établir à chaque instant, et il faut en prévenir les malades et leur entourage.

Nous partageons l'opinion de ceux qui considèrent qu'une bonne hygiène est souvent plus avantageuse dans le traitement des granulations que tous les autres moyens. Le séjour dans un air pur compte parmi les conditions indispensables de la guérison; plus encore, la maladie déjà guérie récidive facilement si le malade s'expose à des influences atmosphériques défavorables. Un changement de séjour, le déplacement dans un autre pays, ont été reconnus comme exerçant une action heureuse sur la marche de la maladie.

Une affection conjonctivale fort rare et qui présente quelques ressemblances avec les granulations, a été décrite récemment sous le nom de *dégénérescence amyloïde de la conjonctive*. Elle se développe de préférence dans la moitié supérieure du cul-de-sac et du pli semi-lunaire, et produit une hypertrophie si considérable de la muqueuse que celle-ci peut faire saillie en dehors de la fente palpébrale. La conjonctive y est transformée dans un tissu épais, molasse, gélatineux, de couleur jaunâtre et qui renferme quelques grains diaphanes plus volumineux que les granulations ordinaires. Le reste de la conjonctive paraît absolument intact.

L'unique traitement préconisé contre cette dégénérescence consiste dans l'ablation des parties hypertrophiées de la conjonctive.

Pour compléter la série des diverses conjonctivites nous devons mentionner encore la *conjonctivite* qui survient à la suite de l'emploi de l'*atropine* et de la *duboisine*. Elle se présente tantôt sous forme de catarrhe avec sécrétion pur-muqueuse et quelques granulations, tantôt sous forme d'une hyperhémie de la conjonctive palpébrale qui prend une teinte jaunâtre et devient plus épaisse. En même temps la peau des paupières se ride, devient rugueuse et paraît d'une rougeur érysipélateuse. Les malades se plaignent d'un larmoiement qui les oblige à essuyer constamment les yeux.

Cette conjonctivite, d'ailleurs relativement rare, apparaît quelquefois dès le premier emploi de l'*atropine* ou de la *duboisine*, et doit être attribué alors à une idiosyncrasie de la muqueuse; dans d'autres cas, elle ne survient qu'après une application prolongée de ces alcaloïdes, surtout lorsque leur préparation pharmaceutique est défectueuse.

Dans tous les cas il faut cesser immédiatement leur emploi, prescrire des lotions chaudes avec une solution d'acétate de plomb. Il est à remarquer qu'on a pu employer sans inconvénient l'extrait de belladone et la *duboisine* chez des malades ne pouvant supporter l'*atropine*, et *vice versa*.

## ARTICLE II.

## PTÉRYGION, ONGLET.

On donne le nom de *ptérygion* ou d'*onglet* à un épaississement d'une partie plus ou moins grande de la conjonctive fortement vascularisée, en forme de triangle, dont la base correspond à la circonférence du globe oculaire, et dont le sommet est dirigé vers la cornée sur laquelle il peut empiéter plus ou moins (fig. 23). Il est très mobile sur la sclérotique, siège en général dans la direction du muscle droit interne, plus rarement dans celle du droit externe, et exceptionnellement on en rencontre plusieurs sur le même œil.

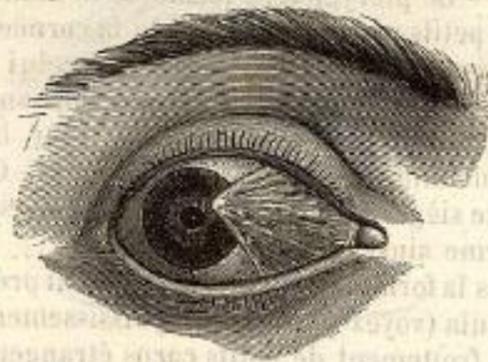


Fig. 23. — Pterygion.

A son début, on peut reconnaître au sommet du *ptérygion* la petite ulcération qui provoque cette formation cicatricielle, et qui en avançant sur la cornée peut entraîner le *ptérygion* jusqu'au centre de la cornée et même au delà de la pupille. Il peut devenir le siège d'une inflammation et paraît alors injecté et gonflé (*ptérygion charnu, sarcomateux*), tandis qu'habituellement il est pâle, mince et semi-transparent (*ptérygion ténu ou membraneux*). Le *ptérygion*, qui d'ailleurs ne disparaît jamais spontanément, peut rester indéfiniment stationnaire, ou