

rieux, car un fragment d'acier d'un demi-pouce de long resta pendant trois ans et demi dans l'intérieur de l'humeur vitrée. D'autres faits analogues ont été publiés par Ansiaux, Critchett, etc.

Si la présence du corps étranger dans l'humeur vitrée est immédiatement suivie d'accidents inflammatoires aigus, l'œil peut se perdre très-promptement, mais, dans quelques cas, ces corps étrangers sont à la fois ignorés du malade et du médecin. Le sang épanché primitivement dans l'œil se résorbe peu à peu, et l'inflammation s'éteint progressivement. Cependant, on voit le plus souvent survenir quelques troubles profonds qui ne doivent point être oubliés du chirurgien; ainsi l'iris se décolore, la pupille se resserre, le cristallin devient opaque et l'atrophie de l'œil est souvent la conséquence de cet accident méconnu.

D'autres fois il existe des douleurs assez vives, souvent intermittentes. Chez le malade observé par de Castelnau, cette intermittence a été de deux ans; les douleurs furent d'abord très-vives durant deux jours et deux nuits, et disparurent le quatrième jour pour ne plus se manifester qu'au bout de deux ans. On a vu aussi la plaie par laquelle le corps étranger avait pénétré dans l'œil se rouvrir au bout d'un certain temps et le laisser sortir au dehors.

Une conséquence très-grave du séjour prolongé des corps étrangers dans l'intérieur de l'œil, c'est le développement d'une inflammation sympathique dans l'œil du côté opposé, et l'on verra avec quelle facilité ces inflammations sympathiques sont suivies de la perte complète de l'œil.

Il est souvent difficile de se prononcer sur l'existence d'un corps étranger dans l'humeur vitrée; un examen très-attentif à l'œil nu peut quelquefois conduire à la vérité, mais l'emploi de l'ophthalmoscope sera ici très-utile, dès que l'épanchement sanguin aura été dissipé.

On a vu, comme dans le cas de Castelnau, ces corps étrangers sortir d'eux-mêmes au dehors, mais la lenteur avec laquelle s'accomplit leur expulsion ne permet pas d'attendre, et dès qu'on s'est assuré de la présence d'un corps étranger dans l'humeur vitrée, on doit procéder à une extraction immédiate. Il ne peut être tracé de règles générales sur ce point de médecine opératoire; seulement si le corps fait quelque saillie dans un point, c'est à ce niveau qu'on doit chercher à pratiquer l'extraction.

## ARTICLE II.

### LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DU GLOBE OCULAIRE.

Nous diviserons cet article en deux parties, et nous étudierons successivement les lésions qui attaquent à la fois la totalité ou la presque totalité du globe de l'œil et celles qui restent plus ou moins exactement limitées à une des parties constituantes de l'organe. Mais, contrairement à l'ordre adopté pour les lésions traumatiques, nous commencerons

par l'étude des lésions vitales et organiques propres à chaque partie constituante du globe oculaire.

### A. — LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES PROPRES A CHAQUE PARTIE CONSTITUANTE DU GLOBE OCULAIRE.

#### § I. — Lésions vitales et organiques de la conjonctive.

##### 1° Inflammations (conjonctivites).

La plupart des auteurs d'ophtalmologie décrivent à part l'*hypérémie de la conjonctive*. Après avoir cherché attentivement les particularités d'origine et de symptomatologie spéciales à cette affection, et susceptibles d'établir avec les conjonctivites franches des différences importantes, nous avons trouvé que toutes les causes qui provoquent la conjonctivite commencent par amener l'*hypérémie de la muqueuse*, soit directement, soit par action réflexe. L'altération des sécrétions de l'œil dans la conjonctivite est seule caractéristique de la phlegmasie oculaire; mais, comme c'est une lésion de la période confirmée, il s'ensuit qu'au début la distinction est tout à fait impossible. Il nous a semblé, par conséquent, qu'il valait mieux faire rentrer dans un chapitre unique l'*hypérémie* et l'inflammation de la conjonctive, qui, d'ailleurs, donnent lieu aux mêmes indications thérapeutiques.

L'inflammation de la conjonctive est extrêmement fréquente et revêt des formes variées. Afin d'éviter de nombreuses répétitions, il ne sera pas inutile d'exposer tout d'abord l'étiologie et la symptomatologie communes à toutes les conjonctivites.

ÉTIOLOGIE. — Les causes des conjonctivites sont prédisposantes et occasionnelles.

*Causes prédisposantes.* — Bien qu'on puisse rencontrer ces affections à tout âge, c'est dans l'enfance et la jeunesse qu'elles sont le plus fréquentes. La même remarque peut être faite à propos des maladies cutanées, mais cela tient surtout à la prédominance de la scrofule qui exerce son influence sur toutes les membranes tégumentaires à cette période de la vie.

Les *climats* froids et surtout humides, comme la Hollande, l'Allemagne du nord, l'Angleterre, sont particulièrement favorables au développement des conjonctivites. On peut expliquer cette influence par la fréquence plus grande des causes occasionnelles, telles que les refroidissements, et aussi par la généralisation de la scrofule dans ces pays privés pendant plusieurs mois de soleil.

L'*épidémie* joue un grand rôle dans la dissémination des ophthalmies. Elle paraît agir même indépendamment de causes plus générales, et l'on voit souvent régner dans les armées des conjonctivites épidémiques, sans qu'il y ait une fréquence plus grande des causes ordinaires qui engendrent cette affection. D'autres fois, ces conjonctivites épidémiques surviennent comme symptôme secondaire d'une maladie générale également



épidémique; c'est ainsi qu'on les rencontre dans les fièvres éruptives, la scarlatine, la rougeole, l'érysipèle, la grippe et quelques autres affections catarrhales : ces cas rentrent dans la description particulière de ces maladies.

La *contagion* ne peut guère être séparée de l'épidémie dans l'étiologie de la conjonctivite. Non-seulement elle est évidente dans les cas où il existe une sécrétion virulente, directement inoculable; mais elle joue un rôle important dans presque toutes les autres formes d'ophtalmie. Gosselin a bien fait ressortir l'importance de cet élément étiologique, spécialement dans les conjonctivites catarrhales et granuleuses.

Le *tempérament* et les *conditions diathésiques individuelles* ont une influence capitale sur la fréquence et la marche des conjonctivites. Toutefois, il ne faut pas exagérer la valeur de ces causes : toute ophtalmie survenant chez un scrofuleux n'est pas nécessairement liée à la scrofule, mais elle a de grandes chances pour être modifiée dans ses allures par cette diathèse. De même, on n'est pas toujours en droit d'appeler arthritiques les ophtalmies qui surviennent chez un rhumatisant, mais on ne peut méconnaître qu'il y ait certaines conjonctivites qui alternent avec l'apparition d'un eczéma ou d'une poussée articulaire, et qui, se répétant plusieurs fois dans les mêmes circonstances, montrent bien qu'elles relèvent directement de l'arthritisme.

La *syphilis*, qui a tant de relations avec les maladies des membranes profondes de l'œil, paraît avoir une action moins directe sur la conjonctive. Aussi les conjonctivites qui se rattachent à cette cause sont-elles presque toujours d'origine réflexe, et traduisent à l'extérieur un trouble de nutrition de la choroïde ou de la rétine.

Certaines maladies de peau invétérées, comme le psoriasis, s'étendent parfois jusqu'à la conjonctive, et déterminent des ophtalmies rebelles à toute espèce de traitement. Il est clair que, dans ces cas, la cause relève d'une influence plus générale, et c'est sur les antécédents du malade et la nature de l'affection cutanée, que l'on devra baser le diagnostic et le traitement de l'affection oculaire.

*Causes occasionnelles.* — Quelle que soit la prédisposition de la conjonctive à s'enflammer, il est bien rare qu'elle ne soit pas éveillée par quelque circonstance occasionnelle. Celles-ci sont très-nombreuses. Il suffit souvent de cils mal implantés, de glandes oblitérées ou hypertrophiées, de corps étrangers accidentels, pour amener une conjonctivite. Le froid, surtout l'humidité, agissent dans le même sens; d'autres fois, c'est l'irritation causée par la présence de gaz nuisibles, l'air vicié, la fumée, les vapeurs ammoniacales, qui déterminent et entretiennent la maladie. Enfin, il est toute une catégorie de conjonctivites qui ne doivent leur origine qu'à l'extension d'une phlegmasie du voisinage : catarrhe du sac lacrymal, coryza chronique, maladies des conduits lacrymaux. Nous aurons soin de montrer, à propos de chaque espèce de conjonctivite, quelles en sont les causes les plus habituelles.

*SYMPTOMATOLOGIE.* — Toute conjonctivite se caractérise par un ensemble de troubles fonctionnels et de signes objectifs; les symptômes généraux sont variables et peuvent souvent manquer.

Les *symptômes fonctionnels* se rattachent à de la gêne dans les mouvements des paupières et à des désordres de sensibilité de la muqueuse.

Dès le début de la conjonctivite, et souvent même avant qu'on puisse constater aucun symptôme apparent à la vue, le malade se plaint de lourdeur des paupières. Cette sensation, qui ne manque presque jamais, s'accompagne d'une sensibilité exagérée, localisée en certains points de la muqueuse, et qui s'exaspère toutes les fois que le malade ferme les paupières. Il croit sentir dans son œil un corps étranger, comme des grains de sable, et cette impression pénible, en même temps qu'elle le porte à froncer ses paupières, excite la sécrétion des larmes qui deviennent à leur tour une cause d'irritation pour la conjonctive. Les conséquences de cette irritation sont la congestion des vaisseaux de la paupière et de la conjonctive, surtout des veines, et leur distension par le sang, ce qui augmente encore la sensation de graviers qu'éprouve le malade.

La douleur de la conjonctivite est très-différente de celle que déterminent les affections profondes de l'œil. Celles-ci se traduisent par un sentiment de tension pénible au fond de l'orbite, et d'élançements douloureux dans le front, dans les tempes. Ici, la sensation est superficielle et s'accompagne rarement de troubles cérébraux, au moins quand l'affection reste bien localisée : de plus, il n'existe pas ordinairement de désordres fonctionnels considérables. A part la gêne produite par une sécrétion de larmes plus abondante, la vue reste parfaitement intacte, et la lumière n'impressionne pas désagréablement les malades. Nous verrons, au contraire, que la photophobie survient dès que l'inflammation gagne la cornée ou l'iris.

Les *symptômes physiques* se résument dans la tuméfaction, la rougeur, et une altération des sécrétions normales de la surface de l'œil.

La *rougeur* mérite d'être spécialement étudiée; c'est en effet le phénomène qui permet de reconnaître à première vue l'hypérémie de la conjonctive. Sans entrer dans des détails anatomiques qui ne sauraient trouver ici leur place, nous rappellerons en peu de mots la distribution vasculaire de la portion antérieure du globe de l'œil.

Tandis que les membranes profondes reçoivent le sang des artères ciliaires postérieures et de l'artère de la rétine, la conjonctive et la sclérotique sont alimentées par les artères ciliaires antérieures, et par les artères musculaires. Ces dernières, plus spécialement affectées à la conjonctive, rampent le long de la muqueuse palpébrale, se refléchissent sur le cul-de-sac conjonctival, et viennent gagner la muqueuse bulbaire, jusqu'au voisinage de la cornée, et viennent gagner la muqueuse bulbaire, jusqu'au voisinage de la cornée, en décrivant un trajet sinueux et irrégulier. Là, elles s'anastomosent avec les ramifications des artères ciliaires qui, après avoir alimenté la sclérotique, vont s'aboucher dans les vaisseaux de



l'iris (1). Il existe donc une réelle indépendance entre les systèmes vasculaires des enveloppes de l'œil, bien qu'ils communiquent entre eux par des anastomoses au voisinage du grand cercle de l'iris. Or, dans la conjonctivite, la rougeur est toujours d'autant plus marquée qu'on s'éloigne

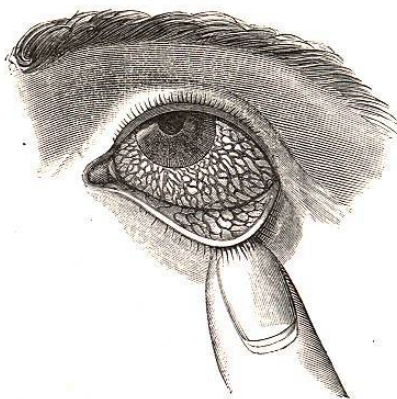


Fig. 45. — Injection des vaisseaux de la conjonctive.

de la conjonctive bulbaire, et le réseau, d'une teinte violacée au voisinage des paupières, pâlit de plus en plus, au fur et à mesure qu'on s'approche de la cornée. De plus, les vaisseaux, congestionnés et volumineux, sont superficiels, facilement mobiles, immédiatement baignés par les larmes : ils ont un trajet flexueux et irrégulièrement convergent vers le pôle antérieur de l'œil. Ces caractères sont pathognomoniques de l'irritation conjonctivale. Est-ce, au contraire, la cornée ou l'iris qui s'enflamme, la rougeur est

toute différente ; c'est le cercle périkératique, formé des dernières branches vasculaires de la sclérotique, qui s'injecte le premier ; les vaisseaux sont beaucoup plus fins, plus serrés ; ils affectent une direction rectiligne, et pâlisent d'autant plus qu'on s'éloigne davantage du pôle de l'œil.

La tuméfaction constitue un signe de moins de valeur que la rougeur. Tandis que celle-ci ne manque jamais, la tuméfaction est souvent fort peu marquée. Tantôt elle est bornée à la conjonctive palpébrale, tantôt elle est étendue à la muqueuse bulbaire qu'elle recouvre et envahit tout entière, de façon à empêcher presque complètement le jeu des paupières, et à masquer en partie la cornée. Celle-ci paraît alors comme enchâssée au milieu d'un bourrelet tuméfié, auquel on a donné le nom de *chémosis* : d'une manière générale, on peut dire que la gravité des conjonctivites, au point de vue des fonctions de l'œil, dépend assez exactement de l'intensité du chémosis. Ces différences d'aspect tiennent à des conditions pathogéniques que nous connaissons mal. Nous aurons du reste l'occasion de revenir sur ce symptôme, à propos de diverses espèces de conjonctivites.

Les altérations de sécrétion sont un phénomène d'une grande valeur, car tant qu'elles manquent, on est autorisé à n'admettre que de l'hypérémie simple de la conjonctive ; mais dès que la muqueuse est enflammée, elle donne lieu à des sécrétions morbides. C'est d'abord l'exagération des sécrétions normales, des larmes ; à un degré plus élevé, il se fait une desquamation abondante de produits épithéliaux ; enfin du pus

(1) Voy. Donders et van Warden, *Annales d'oculistique*, 1864, t. LII.

peut prendre naissance à la surface de l'œil, et présenter dans son abondance, dans ses qualités physiques et dans ses propriétés virulentes, les différences les plus considérables. On ne sera donc pas étonné de voir de nombreux auteurs prendre pour base de la classification des conjonctivites ces modifications sécrétoires.

Telles sont les généralités que nous voulions mettre en relief. Nous pouvons maintenant aborder l'étude des différentes formes de conjonctivites, et, nous basant sur les caractères anatomiques, nous réunirons toutes les variétés dans les cinq espèces suivantes : *a. conjonctivite simple ou catarrhale* ; *b. conjonctivite papuleuse* ; *c. conjonctivite purulente* ; *d. conjonctivite diphthérique* ; *conjonctivite granuleuse*.

Nous indiquerons de suite les principales sources auxquelles on devra recourir pour l'étude des différentes formes de conjonctivites.

- ARLT, *Ophthalmia catarrhalis epidemica* (*Wien med. Wochenschrift*, 1863, n° 3). — GALEZOWSKI, *Essai sur la conjonctivite lacrymale et son influence sur la vue* (*Gaz. des hôp.*, 1868, p. 430). — GOSSELIN, *Mém. sur l'origine par contagion des conjonctivites catarrhales* (*Arch. gén. de méd.*, avril 1869). — FITZ-GERALD, *Lacrymal conjunctivitis and its influence on the sight* (*Dublin Quart. Journ.*, nov. 1869). — RICHTER, *Traitement de la conjonctivite scrofuleuse* (*Prager Vierteljahrschrift*, 1859, et *Annales d'oculistique*, 1860, t. XLIII, p. 282). — DOUMIC, *Sur quelques points de l'hist. de la conjonctivite exanthématique* (*Soc. méd. prat.*, 6 juin 1861). — JOURDAN, *De l'ophtalmie scrofuleuse*, thèse de Paris, 1868.
- GACHÉ, *De l'ophtalmie purulente*, thèse de Paris, 1866. — KLOTZ, *Des conjonctivites purulentes*, thèse de Paris, 1868. — DEQUEVAUVILLERS, *De l'ophtalmie des nouveau-nés* (*Arch. gén. de méd.*, 1843, t. X et XI). — BERG, *Recherches des médecins suédois sur l'ophtalmie des nouveau-nés* (*Ann. d'oculistique*, 1856, t. XXXV, p. 290). — POINCARRÉ, *De l'ophtalmie purulente des nouveau-nés*, thèse de Paris, 1852. — TROUSSEAU, *Des ophtalmies à l'hôpital des enfants malades* (*Annales d'oculistique*, 1856). — DROUET, *De l'ophtalmie blennorrhagique*, thèse de Paris, 1860. — H. COLLIS, *De l'ophtalmie blennorrhagique* (*Dublin Quart. Journ.*, t. XXXV). — COCAING, *De l'ophtalmie blennorrhagique*, thèse de Paris, 1868.
- CAFFE, *Mém. sur l'ophtalmie de l'armée belge*, Paris, 1840. — BENDZ, HAIRION, etc., *Mémoire sur les ophtalmies des armées* (*Compte rendu du congrès d'ophtalmologie*, Bruxelles, 1837). — QUADRI, *De l'ophtalmie militaire dans l'Italie méridionale* (*Annales d'oculistique*, 1861). — CZOLECHOWSKI, *Compte rendu de l'épidémie d'ophtalmie contagieuse observée sur les soldats en Bohême de 1853 à 1862* (*Ann. d'oculistique*, 1865, t. LIV).
- ARLT, *Trachome de la conjonctive* (*Ann. d'oculistique*, 1850, t. XXIV). — THIRY, *Recherches sur les granulations de la conjonctive* (*Compte rendu du congrès ophtalmologique*, Bruxelles, 1857). — BADER, *Inoculation du pus dans la conjonctivite granuleuse* (*Ophthalmic Hosp. Reports*, 1863). — SICARD, *Des granulations palpébrales*, thèse de Paris, 1865. — CHAMPOUILLION, *Quelques mots sur l'ophtalmie algérienne* (*Gaz. méd. de l'Algérie*, 1867, n° 6). — ROY, *De l'ophtalmie granuleuse*, thèse de Paris, 1868. — DURR, *Relation entre l'ophtalmie et l'angine granuleuse* (*Ann. d'oculistique*, 1868, t. LX, p. 78). — QUADRI, *De la granulation palpébrale*, Naples, 1868. — WOLFRING, *Contribution à l'histologie du trachome* (*Ann. d'oculistique*, 1869, t. LXII, p. 27). — HAIRION, *Des granulations de la conjonctive* (*Ann. d'oculistique*, 1870, p. 5).



CHASSAIGNAC, *Sur l'ophtalmie diphthéritique* (*Ann. d'oculistique*, 1847). — J. HUTCHINSON, *Ophtalmie diphthéritique* (*Ann. d'oculistique*, 1860, t. XLIV, p. 443). — WARLOMONT, *Ophtalmie diphthéritique* (*Ann. d'oculistique*, t. XLIV, p. 415 et 497). — LEWINSKI, *De la conjonctivite épidémique* (*Ann. d'oculistique*, 1861, t. XLV, p. 43). — WECKER, *De la conjonctivite purulente et de la diphthérite de la conjonctive*, thèse de Paris, 1861. — E. H. MARTIN, *De la diphthérite oculaire, principalement chez les enfants*, thèse de Paris, 1862, n° 94. — RAYNAUD, *De l'ophtalmie diphthéritique*, thèse de Paris, 1866.

a. — *Conjonctivite simple ou catarrhale.*

ÉTIOLOGIE. — L'inflammation simple de la conjonctive reconnaît souvent pour origine des causes externes, par exemple la présence de corps étrangers dans l'œil : elle est fréquente dans les filatures, chez les enfants occupés à peigner le lin, chez les ouvriers carriers, les maçons, les plâtriers, et aussi chez ceux qui manient le verre de Schweinfurt (arsénite de cuivre). Bouisson (1) (de Montpellier) a signalé l'ophtalmie produite par le soufrage des vignes.

Le plus ordinairement elle succède à l'impression de l'air froid et humide. Il faut aussi bien évidemment admettre une prédisposition à la maladie chez certaines personnes; car la moindre fatigue, le moindre courant d'air froid, suffisent à la déterminer et à la reproduire. Il faut tenir compte également dans ces cas de l'hypertrophie des glandes conjonctivales qui devient, ainsi que le fait remarquer Galezowski, une cause d'irritation : il se passe là ce qu'on observe pour certaines angines glanduleuses, qui sont à la fois la cause et la conséquence des récidives.

L'exposition de l'œil à une vive lumière ou à des émanations irritantes, amène assez souvent la conjonctivite : c'est ainsi qu'elle se montre chez les ouvriers vidangeurs et les égoutiers, qui respirent des gaz ammoniacaux et sulfurés; cependant il faut dire que l'introduction dans ces industries de certains moyens de désinfection a rendu bien plus rare cette variété d'ophtalmie.

La conjonctivite la plus simple devient parfois épidémique, lorsqu'une même cause agit en même temps sur plusieurs individus. Assalini rapporte que les troupes du duc de Modène, envoyées à Reggio en 1792, furent atteintes rapidement de conjonctivite, après avoir passé une nuit sous les portiques d'un couvent tourné au nord, et placé dans la partie basse de la ville. Sans nier la possibilité de cette interprétation, nous croyons qu'il y a plutôt lieu d'admettre dans ces cas, l'existence d'un principe infectieux miasmatique, susceptible de se transmettre par contagion directe. C'est à cette catégorie de conjonctivites, pour lesquelles on peut suivre le mode de transmission et de dissémination du mal, que Gosselin donne exclusivement la dénomination de catarrhales, en raison de leur origine. Tout en reconnaissant qu'il y a là une circonstance étio-

(1) *Gaz. des hôp.*, 1863, n° 96.

logique particulière, nous ne pouvons séparer la conjonctivite catarrhale de la conjonctivite simple, parce que cliniquement ces deux espèces ne présentent aucune différence.

Nous rappellerons également que c'est cette forme de conjonctivite qu'on a voulu rattacher à l'influence rhumatismale : Mackenzie l'appelait même *catarrho-rhumatique*, pour indiquer les liens étroits qui existent entre ces deux modes pathogéniques.

Rien n'est moins démontré que l'influence de la suppression des hémorrhoides, des excès, des chagrins, sur la production de la conjonctivite. En revanche, les veilles, le travail prolongé à la lumière des lampes et du gaz, ont une action incontestable; mais, le plus souvent, la conjonctivite n'est dans ce cas que la conséquence secondaire de troubles de l'accommodation de l'œil, habituellement d'un certain degré d'hypermétropie.

SYMPTOMATOLOGIE. — La conjonctivite simple se montre à l'état aigu et à l'état chronique, et dans les deux cas, elle est habituellement binoculaire, tout en n'ayant pas une égale intensité à droite et à gauche. Parfois même, elle diminue sur un œil, lorsqu'elle augmente sur l'autre.

La conjonctivite aiguë débute par une sensation de picotement, de chaleur et de lourdeur des paupières où le malade accuse vainement la présence d'un corps étranger. Presque dès le début, la sécrétion lacrymale est augmentée, et on y trouve des filaments muqueux plus abondants que de coutume. Cette sécrétion muco-albumineuse ne tarde pas à se charger de débris d'épithélium, de matière sébacée et de globules purulents qui s'accumulent à l'angle interne de l'œil pendant la nuit, et contribuent en se desséchant à fixer les cils les uns contre les autres. L'œil est chassieux, mais non à la façon de la blépharite ciliaire où les croûtes sont molles et grasses; ici, elle sont sèches et cassantes. Souvent à ce degré la conjonctive oculaire n'est pas prise, et on découvre seulement une rougeur dans les culs-de-sac et sur la conjonctive palpébrale qui est sillonnée par de gros vaisseaux dilatés, perpendiculaires au bord libre des paupières.

A un degré plus avancé, la rougeur vasculaire franchit le cul-de-sac oculo-palpébral, et la conjonctive oculaire rougit et se tuméscit à son tour. Nous avons déjà insisté sur les caractères de cette rougeur et sur la disposition flexueuse, irrégulière et mobile du réseau vasculaire conjonctival; nous n'y reviendrons pas. L'extension de la rougeur inflammatoire coïncide en général avec une sensation plus vive de graviers dans l'œil; puis, cette sensation s'efface peu à peu au bout de quelques jours, et fait place uniquement à de la cuisson et à une gêne douloureuse dans les paupières. Cette rémission dans les douleurs du début est d'autant plus remarquable, qu'elle ne coïncide pas forcément avec un apaisement des symptômes locaux qui souvent se sont aggravés : preuve bien frappante du rôle que joue l'élément nerveux.

A cette période, la sécrétion est devenue franchement épithéliale et purulente; en soulevant les paupières, on voit du muco-pus se déposer



au grand angle de l'œil et des filaments blanc jaunâtre glisser à la surface de la cornée ou séjourner dans le cul-de-sac inférieur de la conjonctive; mais ce n'est jamais du pus comparable pour sa virulence et sa quantité à la sécrétion de la conjonctivite purulente.

Le larmolement se rencontre quelquefois, mais n'est jamais très-marké; la photophobie manque toujours: lorsqu'elle existe, elle annonce que l'inflammation gagne la cornée ou l'iris. Les seuls troubles de la vision sont dus à la présence de filaments de muco-pus, au-devant de la cornée.

Lorsque la conjonctivite fait de nouveaux progrès, les vaisseaux sanguins s'injectent de plus en plus et arrivent jusqu'au bord de la cornée; une ecchymose générale ou partielle se produit assez souvent dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Enfin, accident plus commun encore, la conjonctive se boursoufle par une infiltration séreuse ou séro-sanguine, à laquelle on a donné le nom de *chémosis*. On a distingué un *chémosis inflammatoire* ou *phlegmoneux*, et un *chémosis séreux*. Le premier est formé par le dépôt dans les mailles du tissu cellulaire sous-conjonctival d'un exsudat plastique assez consistant et par l'injection vasculaire; le second est dû à une simple infiltration de sérosité.

Très-rarement, même lorsque les signes locaux ont atteint un degré d'intensité considérable, la conjonctivite s'accompagne de fièvre ou de quelque trouble général de l'économie.

La conjonctivite aiguë se termine assez souvent par résolution au bout d'un petit nombre de jours, lorsque le malade cesse d'être soumis aux causes qui ont produit la maladie.

D'autres fois, l'inflammation se propage à la cornée, mais il est plus rare de la voir s'étendre aux membranes profondes de l'œil. Quelquefois, après avoir semblé se guérir et abandonner un œil, elle gagne l'œil opposé pour revenir ensuite au premier atteint; c'est ce qu'on appelle la *conjonctivite à répétition*; enfin elle passe assez souvent à l'état chronique.

Cette dernière forme est celle qu'affecte d'emblée la conjonctivite chez certains individus. Les symptômes fondamentaux sont à peu près les mêmes, mais la conjonctive éprouve des modifications plus profondes.

C'est surtout la muqueuse palpébrale qui devient épaisse et rougeâtre; quelquefois elle se recouvre de véritables fongosités. La conjonctive oculaire, participant à la congestion et, dans une certaine mesure, au gonflement, est rarement hypertrophiée, tandis que la conjonctive palpébrale l'est toujours plus ou moins.

La conjonctivite chronique existe souvent sans douleur appréciable et sans cette chaleur cuisante de la conjonctivite aiguë, mais elle est sujette à des exacerbations et à des complications névralgiques, et il n'est pas rare de voir l'état aigu succéder à l'état chronique et *vice versa*.

La persistance de cette phlegmasie conjonctivale favorise le développement de l'inflammation dans les membranes oculaires voisines; aussi voit-

on souvent la conjonctivite chronique s'accompagner de kératite ou d'iritis.

VARIÉTÉS. — La description qui précède s'applique à la conjonctivite générale et simple, mais on rencontre quelques variétés qui méritent une courte mention.

\* La localisation de la phlegmasie sur certains points de la conjonctive a suffi pour faire distinguer des conjonctivites *palpébrale*, *angulaire*, *des culs-de-sac de la conjonctive*.

*Conjonctivite palpébrale*. — L'inflammation débute souvent par la conjonctive palpébrale, et lorsqu'après s'être généralisée elle tend à disparaître, c'est encore la muqueuse des paupières qui est abandonnée en dernier lieu par la phlegmasie. Ce fait est important à connaître, car quelques personnes peuvent croire à tort à la guérison des malades chez lesquels disparaît promptement la conjonctivite oculaire. Cependant la chaleur, la sensation de graviers, un léger larmolement continuent, et, si l'on examine l'œil avec soin, on constate que la face interne des paupières est rouge, gonflée, et le siège d'une vascularisation très-intense.

*Conjonctivite angulaire*. — On donne le nom de *conjonctivite angulaire* à une phlegmasie limitée aux points de la conjonctive oculaire qui correspondent aux commissures palpébrales interne ou externe. La rougeur est tantôt diffuse, tantôt disposée sous forme de pinceau à pointe dirigée en dehors. C'est surtout à la partie externe qu'on observe cette variété de conjonctivite qui, chez certains individus, est aussi remarquable par sa ténacité que par son siège.

*Conjonctivite des culs-de-sac*. — Il est une dernière forme de conjonctivite partielle dont il importe de bien préciser le siège; c'est celle qui reste limitée aux points où la conjonctive palpébrale se réfléchit sur la conjonctive oculaire. Rien n'est plus insidieux que cette forme d'ophtalmie: les malades accusent du picotement, de la chaleur dans l'œil; tous les matins ils se réveillent avec les paupières collées par du mucus, ont une sensibilité anormale à la lumière et se fatiguent rapidement pour peu qu'ils travaillent le soir. Un examen rapide de la conjonctive ne fait rien découvrir, mais si l'on écarte forcément la paupière du globe de l'œil, on voit dans la rainure oculo-palpébrale un bourrelet rouge et gonflé, très-nettement arrêté au point de réflexion de la muqueuse bulbaire.

Cette forme de conjonctivite, étudiée et décrite par Gosselin, au point de vue clinique, a été l'objet de recherches plus complètes de la part de Galezowski, qui lui a donné le nom de *conjonctivite lacrymale*.

D'après cet auteur, ce serait le séjour des larmes dans le cul-de-sac conjonctival qui, en entraînant leur décomposition alcaline, en ferait une cause d'irritation permanente pour la muqueuse. Mais c'est là une altération secondaire qui peut dépendre elle-même de causes multiples, particulièrement de troubles des voies lacrymales. On devra donc toujours rechercher si, de ce côté, il n'existe pas quelque lésion inaperçue.

Dans les formes confirmées de cette affection, on constate, au niveau du



cul-de-sac conjonctival, une hypertrophie notable des glandes folliculaires qui parfois peuvent en imposer pour des granulations. Cette hypertrophie est presque toujours secondaire; néanmoins il serait possible que, dans quelque cas, elle constituât la lésion primitive.

Nous ne nous arrêterons pas à décrire les autres conjunctivites partielles, non plus que les espèces que certains oculistes ont cru devoir séparer à cause de leur origine. C'est ainsi que la *mitte des vidangeurs* n'est qu'une conjunctivite catarrhale épidémique dont la description isolée n'a plus de raison d'être. Quant aux ophthalmies *exanthématiques*, nous nous bornerons à dire qu'elles sont le plus souvent fort simples: ainsi, dans la majorité des cas de rougeole et de scarlatine, l'éruption oculaire se borne à une fluxion conjonctivale sans gravité. Toutefois, on sait la tendance qu'ont ces pyrexies à provoquer la suppuration; aussi n'est-il pas rare de voir, dans leur déclin, des conjunctivites purulentes se déclarer et aboutir à la fonte de l'œil. Il en est de même de la variole où, à l'influence pyrogénique générale, vient se joindre l'éruption pustuleuse locale. Rien n'est malheureusement plus commun, si l'on n'y fait grande attention et quelquefois en dépit de tous les soins, que de voir l'opacité de la cornée et la perte de la vue être la conséquence d'une variole confluente.

DIAGNOSTIC. — La conjunctivite simple ne peut être confondue avec les autres inflammations de l'œil (kératite, iritis), quoiqu'elle les accompagne assez souvent. En effet, lorsque la conjunctivite existe seule, on ne constate ni épiphora abondant, ni photophobie, ni névralgie circumorbitaire ni injection des vaisseaux sclérotidiens; enfin il n'existe point de troubles de la cornée, ni de changement dans la couleur de l'iris et dans la forme de la pupille.

PRONOSTIC. — C'est une maladie bénigne, mais trop souvent assez tenace.

TRAITEMENT. — On doit d'abord s'efforcer de soustraire le malade aux causes qui ont pu produire la conjunctivite. Ainsi l'on doit extraire les corps étrangers qui se sont arrêtés sur la muqueuse et qui l'enflamment si souvent. Quand l'inflammation paraît sous la dépendance d'un embarras gastro-intestinal, la première indication est d'administrer un purgatif. Dans les cas assez rares où la maladie reconnaît pour cause l'ingestion de l'iode de potassium, on doit cesser l'emploi de ce médicament.

Il est inutile d'ajouter que le malade devra éviter la trop vive lumière, le froid, le travail assidu le soir, les excès et les fatigues de tout genre.

Quelquefois la cessation des causes qui ont amené l'ophthalmie suffit à la guérison spontanée, mais il n'en est point ainsi dans tous les cas, et l'on doit souvent avoir recours à un traitement général et local.

Si l'ophthalmie est très aiguë, et si, d'autre part, elle se montre sur un sujet assez vigoureux, il faut de suite faire usage des émissions sanguines. La saignée générale est rarement indiquée; les émissions sanguines locales sont préférables dans la majorité des cas. On appliquera donc des sangsues ou des ventouses scarifiées, soit à la tempe, au niveau

de l'angle externe de l'œil, soit derrière les oreilles, en quantité suffisante pour amener une déplétion sanguine assez forte.

On a cru agir plus efficacement en conseillant d'appliquer les sangsues directement sur la conjunctive enflammée; c'est une mauvaise pratique à rejeter absolument. Un dernier mode d'émissions sanguines consiste dans des scarifications de la conjunctive; ces scarifications, faciles à pratiquer avec un petit couteau à lame courbe, ne conviennent que dans ces conjunctivites qui s'accompagnent d'un chémosis phlegmoneux un peu considérable. Dans la plupart des autres cas, elles sont inutiles, mais lorsqu'il existe de l'œdème de la conjunctive, c'est, de tous les moyens, celui qui agit le plus rapidement.

On conseillera en même temps un purgatif salin comme l'eau de Sedlitz. Le calomel, que quelques médecins anglais ont administré dans ce cas jusqu'à salivation, n'a point sur la marche de la phlegmasie l'heureuse influence qui suit parfois son application dans l'iritis et la kératite; il a donc plus d'inconvénients que d'avantages.

Les topiques dont on fait le plus d'usage dans le traitement de la conjunctivite sont les liquides désignés sous le nom de *collyres* et qu'on verse à la surface de la conjunctive enflammée.

On a, dans l'antiquité, désigné sous le nom de collyres des sortes de pâtes dont l'usage ne nous est pas parfaitement connu, mais sur lesquelles les oculistes romains imprimaient leur cachet spécial. Aujourd'hui on appelle encore du nom de collyres secs certaines poudres qu'on insuffle dans les yeux, mais on réserve surtout ce nom aux solutions composées en général d'une eau distillée qui tient en solution un sel métallique. Le nombre des collyres est si grand qu'on ne peut avoir la prétention de les énumérer tous.

Les sels métalliques dont on fait le plus souvent usage dans les collyres sont: l'azotate d'argent, le sulfate de cuivre, le sulfate de zinc, l'acétate de plomb, le borax; on emploie aussi le laudanum, le tannin, etc. Ces substances sont tenues en dissolution dans l'eau distillée ou dans les eaux de roses, de plantain, de mélilot.

L'application des collyres est souvent très-mal faite, et, dans un très-grand nombre de cas, ces solutions n'atteignent pas la surface malade de la conjunctive. Les paupières se contractent quand la goutte du collyre arrive au bord des paupières, et la contraction de ces organes suffit à la rejeter au dehors. L'emploi du petit vase connu sous le nom d'*œillère* est aussi des plus défectueux.

Il est donc indispensable que le chirurgien applique lui-même les collyres ou qu'il prenne le soin de bien en indiquer le mode d'emploi; à cet effet, les paupières étant écartées avec l'indicateur et le pouce de la main gauche, on laisse tomber sur l'œil quelques gouttes du collyre préalablement renfermé dans un tuyau de plume. Si les paupières se contractent convulsivement, deux doigts ne suffisent plus à écarter les paupières; il faut alors verser dans le grand angle de l'œil quelques