

marche, les complications sont, dans les cas types, absolument différents.

§ 309. **Conjonctivite croupale.** — Elle a été décrite pour la première fois par Bouisson (de Montpellier), en 1846, avec des observations disparates, puis par Chassaignac, Gosselin, Trousseau, qui l'ont, conformément aux découvertes postérieures, généralement rattachée à la diphtérie.

Ultérieurement, en 1854, de Græfe établit une différence absolument tranchée entre les formes croupales et les formes diphtéritiques que nous rapprochons aujourd'hui.

La conjonctivite croupale présente d'abord les allures de la conjonctivite catharrale ou catarrho-purulente aiguë. La muqueuse se recouvre ensuite, au niveau des culs-de-sac en particulier, d'un exsudat grisâtre peu épais, détachable aisément avec une pastule, une pince ou un tampon de ouate; après l'ablation, la muqueuse apparaît rouge et sanguinolente. Les exsudats peuvent se reproduire, ils diminuent au bout de quelques jours et sont entraînés par les sécrétions catarrho-purulentes ou purulentes qui se produisent. La conjonctive bulbaire est peu touchée et la cornée reste généralement indemne.

Cette conjonctivite paraît assez rare et relativement bénigne; elle guérit en quelques semaines.

Elle est toujours aggravée par les caustiques. On a recommandé l'application du froid, du jus de citron, etc. On se trouvera mieux des lavages boriqués fréquents et tièdes, des compresses chaudes, d'une simple pommade sublimée à l'atropine et à la cocaïne, ou encore de la vaseline iodoformée. Ce qu'il faut redouter surtout, c'est l'action gravative des paupières gonflées, surchargées de fausses membranes, sur la cornée. En certains cas extrêmes, pour faire cesser une compression kératique fâcheuse, on pratiquera, le débridement large de la commissure externe.

Il existe quelques formes redoutables, suraiguës, de cette affection (Valude) contre lesquelles le traitement offre peu d'action; la cornée est attaquée et détruite en un temps

très court. Un traitement général fortifiant est surtout utile. Dans les cas graves ou rebelles, on pourrait appliquer la méthode des inoculations sérothérapiques comme dans la conjonctivite diphtérique.

La conjonctivite croupale devant être considérée comme de provenance diphtéritique, une antisepsie complète du sujet et du milieu est nécessaire, pour éviter la dissémination de l'ophtalmie ou les autres manifestations de la diphtérie.

§ 310. **Conjonctivite diphtérique.** — La conjonctivite diphtérique — διφθέρρα, membrane — est caractérisée par la production d'exsudats interstitiels, par la nécrose muqueuse consécutive et sa gravité locale ou générale.

Le début est celui d'une conjonctivite catarrhale ou purulente subaiguë, avec gonflement, raideur, sensibilité considérable des paupières. Dans la suite, il n'y a guère d'écoulement; la conjonctivite est recouverte d'un exsudat grisâtre ou jaunâtre, marbré de points rouges ou violacés. Cet exsudat est plus ou moins épais, inégal, infiltré, comme produit par une injection cireuse dans la muqueuse anémiée.

Les scarifications ou les incisions profondes de la conjonctive n'entraînent aucune effusion sanguine.

Quelques jours après, la réaction locale s'établit, et il survient une suppuration plus ou moins marquée. C'est la période d'élimination, qui coïncide avec une vascularisation plus développée et tend vers la réparation. La guérison s'obtient par la fonte de l'exsudat, la nécrose des portions muqueuses étranglées par l'infiltration et la cicatrisation générale; mais elle est souvent incomplète ou entravée par des complications redoutables du côté de la cornée.

Lanutrition oculaire, dans la conjonctivite diphtérique, est très compromise à cause de la misère organique fréquente des patients et aussi de l'infiltration interstitielle de la conjonctive. L'exsudat enserre, étouffe les vaisseaux. Dans les cas graves, à infiltration très profonde, la muqueuse est véritablement exsangue; la cornée s'ulcère à son centre, se détruit par points ou s'émiette parfois en quelques jours; des her-

nies iriennes se produisent et, lors même que la guérison surviendrait, la vision reste fort compromise. Sourdille attribue les lésions cornéennes aux germes infectieux associés à ceux de la diphtérie, surtout aux streptocoques.

Dans la muqueuse et les exsudats on rencontre, en effet, toujours des bacilles de Klebs-Lœffler, des staphylocoques et des streptocoques. Les bacilles de Klebs sont plus ou moins nombreux et de dimensions variables (L. Martin).

L'état général est ordinairement mauvais. Les muqueuses buccale, laryngée, pharyngée sont fréquemment infectées par la diphtérie.

La conjonctivite diphtérique est infectieuse, épidémique et contagieuse; nous n'avons jamais observé cependant, à la Charité de Lyon, même pendant les plus fortes épidémies diphtériques, de véritable contagion directe. Elle se montre chez les enfants cachectiques, chez les adultes mal nourris et se termine, du fait des complications générales et respiratoires, fréquemment par la mort.

L'intensité de l'infiltration et de l'anémie conjonctivale, les complications cornéennes sont des symptômes graves; une vascularisation abondante est plus favorable. La détermination microbienne peut donner enfin quelques indications pronostiques. Il importe, en tout cas, de distinguer les fausses membranes diverses, chimiques, croupales ou diphtériques.

La fausse membrane du nitrate d'argent est très blanche, celle de l'ophtalmie phlycténulaire ou blennorrhagique, mal liée, plutôt filamenteuse. La croupale est gris pâle, mince, continue, facile à enlever et tapissant une conjonctive boursoufflée, vasculaire, saignante. La diphtérique est gris jaunâtre, irrégulière, infiltrée, adhérente, difficile à extraire, assez sèche, reposant sur une conjonctive pâle, anémiée, raide. Il peut y avoir des bacilles de Lœffler dans tous les cas, mais ils se montrent plus abondants et plus persistants dans la forme diphtéritique franche.

Le *traitement* de la conjonctive diphtérique n'est jamais négligeable, même quand la mort paraît imminente du fait de

l'infection générale, car les malades peuvent toujours survivre et il importe d'épargner leurs yeux. Au début, à la période d'infiltration, pas de caustiques; il faut au contraire exciter la nutrition et favoriser la circulation locale.

Le froid, qui a été recommandé, paraît contre-indiqué; les scarifications profondes de la conjonctive et la section commissurale des paupières, qui ont été conseillées, sont des pratiques détestables.

Le calomel à doses réfractées, les onctions mercurielles belladonnées sont utiles. Le jus de citron a pu être favorable. A la période de réaction et d'élimination, la suppuration doit être surveillée et, s'il y a lieu, tempérée; les lavages répétés sont de rigueur.

La réparation sera dirigée et les cicatrices régularisées ultérieurement. Les lésions cornéennes seront traitées selon leur nature et leur degré; l'iodoforme en pommade est, à cet égard, un excellent topique.

Les complications oculaires étant produites par des agents infectieux non spécifiques, surtout les streptocoques, on doit agir contre eux avec les moyens ordinaires: iode, pyoclanine, surtout le fer rouge et les paracentèses.

Dans ces temps derniers, Roux, de l'Institut Pasteur, a préconisé l'injection sous-cutanée de sérum antidiphtérique. Son action paraît, en l'espèce, d'autant plus utile que l'infection ophtalmique n'est pas localisée seulement à la conjonctive, mais aussi à la gorge, au nez, et qu'il s'agit, avant tout, d'une maladie générale localisée. C'est le traitement spécifique de l'infection; dans les cas où on l'a appliqué, il a généralement donné d'excellents résultats (Coppez).

XIV. — Ecchymoses. Œdème. Emphysème.

311. Les *ecchymoses conjonctivales* sont fréquentes. On les observe à la suite de rupture vasculaire dans l'artério-sclérose, après un coup, une plaie de la muqueuse, même simple-

ment par la fatigue qui résulte d'un travail soutenu. On les rencontre aussi, tardives et à la paupière inférieure, après les fractures du crâne. Elles ont alors une grande valeur séméiologique mais ne présentent aucune gravité et se résorbent en quelques semaines. La compression et le massage hâtent leur disparition.

L'*œdème* est consécutif aux inflammations oculaires ou périoculaires graves, aux troubles rénaux ou dyscrasiques avec infiltration générale. Il devient significatif à la suite d'interventions opératoires et indique une infection profonde. Les corps étrangers peuvent le provoquer. L'*œdème* par lui-même ne présente aucune gravité. Une légère compression, dans les cas légers, des mouchetures, dans les cas excessifs, peuvent être cependant indiquées.

L'*emphysème* coïncide avec celui des paupières et résulte de fractures orbitaires, nasales ou temporales.

XV. — Dégénérescence amyloïde.

§ 312. Oettingen a décrit une affection singulière et mal connue que l'on rencontre surtout du côté de la Russie. Elle est caractérisée, au point de vue anatomique, par l'infiltration lymphoïde, la dégénérescence hyaline puis amyloïde de la conjonctive et, au point de vue clinique, par l'aspect cireux de la conjonctive, qui, plus ou moins gonflée, forme un épais bourrelet autour de la cornée. Il existe comme des tumeurs agglomérées se déchirant très aisément par traction; on dirait une conjonctive infiltrée et friable, presque exsangue. La cornée est souvent farineuse et recouverte par les paupières alourdis. Pas de troubles généraux. Le traitement local ou général est peu efficace et n'empêche guère la cécité progressive de se produire.

XVI. — Blessures.

§ 313. Les *plaies* de la conjonctive sont des éraillures ou des sections plus ou moins étendues et qui s'accompagnent d'ecchymoses profuses. L'infection seule peut les rendre fâcheuses. L'antiseptie locale et, au besoin, quelques points de suture suffisent à la guérison.

Les *brûlures* sont fréquentes et souvent graves. Elles peuvent en effet produire, outre les lésions de la cornée, une désorganisation profonde de la conjonctive, du symblépharon et de l'entropion consécutifs. Les corrosions par la potasse, la chaux, sont communes, et provoquent des kérato-conjonctivites aiguës, très douloureuses et même très tenaces.

Le traitement des brûlures se résume dans l'emploi des calmants, des antiphlogistiques, la conduite de la cicatrisation.

Il importe surtout de pratiquer tout d'abord une toilette soignée de la conjonctive et des culs-de-sac, de manière à ne laisser aucun résidu caustique; l'anesthésie locale et parfois l'anesthésie générale sont indispensables. Il faut ensuite éviter l'entropion et le symblépharon. La mobilisation des paupières, des pommades et même, dans les cas graves, l'application d'une coque de verre transparent, sont recommandées pour s'opposer à la formation du symblépharon.

Les *corps étrangers* (Pouchet, Yvert) de la conjonctive sont très variés: poussières, charbons, éclats de fer, d'acier, de fonte, de pierres, débris végétaux, grains de blé, d'orge, etc., etc. Ils provoquent immédiatement une violente douleur, du larmoiement, de la photophobie, de la rougeur, et, s'il y a infection, des conjonctivites ou des kérato-conjonctivites graves. Cependant la douleur peut disparaître, l'irritation se calmer, et le corps étranger être plus ou moins bien toléré.

Les phénomènes réactionnels sont parfois ceux d'une conjonctivite catarrhale ou purulente, d'allure blennorrhéique.

Les corps étrangers peuvent s'implanter sur la conjonctive bulbaire, mais le plus souvent on les rencontre vers la région

tarsale supérieure, dans les culs-de-sac conjonctivaux, où l'on doit d'ailleurs toujours les rechercher, en n'oubliant pas qu'on en a trouvé enkystés depuis des mois entiers sans altération notable.

L'ablation est nécessaire et exige parfois, chez les enfants, l'anesthésie générale. On doit, dans les cas graves, traiter soigneusement les complications infectieuses consécutives.

XVII. — Xérosis. — Xérophtalmie.

§ 314. Dans le xérosis ou xérophtalmie, — ξηρός, sec — la conjonctive est sèche, comme parcheminée, et présente en divers points de petites taches blanches savonneuses, squameuses. La cornée est souvent dépolie.

On rencontre le xérosis, à la suite de brûlures, d'ulcères divers, dans le trachome. Deux fois nous l'avons vu survenir après l'ablation de la glande lacrymale orbitaire. On l'observe encore dans quelques cas d'héméralopie et surtout de kératomalacie par dystrophie générale. Dans le xérosis d'origine locale, les lésions seraient profondes; dans le xérosis d'origine générale, l'épithélium surtout se trouverait altéré (Cohn).

On a décrit un bacille spécial, court, à la surface des cellules épithéliales, mais sa spécificité et surtout son action sont très contestées; d'autres microbes coexistent souvent. L'affection est grave car, propagée à la cornée, elle entraîne d'ordinaire la cécité.

On essayera bien des instillations, des pommades, des douches chaudes, mais il faut s'attendre au peu d'efficacité des divers traitements. On emploie aussi la solution physiologique de chlorure de sodium et la glycérine. En fait, le seul moyen sûr de guérir le xérosis est de pratiquer l'occlusion temporaire des paupières par la blépharorrhaphie. Il nous est arrivé, à cet effet, de coudre et de découdre alternativement les paupières et cela pendant plusieurs années. Le traitement des affections concomitantes et de l'état général e doit jamais être négligé.

XVIII. — Ptérygion.

§ 315. Le ptérygion — πτερυγιον, drapeau; πτερυξ, aile — est un épaississement triangulaire de la conjonctive qui occupe surtout le côté interne de la cornée, et dont le sommet (tête) s'avance horizontalement de la périphérie au centre. Membraneux ou charnu, il adhère à la sclérotique et à la cornée par sa tête et son corps, le col restant souvent libre au point d'être soulevé aisément avec une pince ou un stylet.

On observe le ptérygion chez l'adulte et le vieillard à la suite de pinguecula et d'irritations oculaires répétées. On le trouve presque toujours en dedans ou en dehors, rarement en haut ou en bas.

On y a découvert des microcoques (Poncet), mais il ne semble pas qu'ils aient une grande valeur étiologique. Le ptérygion se développe lentement et sa tête ne dépasse guère le centre cornéen.

Stationnaire, membraneux et peu gênant pour la vision, il vaut mieux le respecter. Gênant, épais ou progressif, il faut l'enlever. L'ablation ou le déplacement avec la cautérisation superficielle de son lit cornéen (G. Martin) constitue un bon procédé opératoire. L'autoplastie conjonctivale est également recommandable (Chibret). Les irrigations lacrymales et conjonctivales sont toujours utiles. Quel que soit d'ailleurs le traitement employé, la récurrence est très fréquente et doit être prévue.

XIX. — Ulcérations.

§ 316. On a signalé des bulles de *pemphigus*, des vésicules d'*herpès*, des plaques de *psoriasis*.

Le chancre *sypilitique*, des plaques muqueuses et des gommages ont été observés.

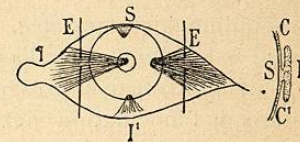


FIG. 16. — Ptérygion.

EE, interne et externe; I, inférieur; S, supérieur; CC, cornée; P, ptérygion; S, lit cornéen.

Le lupus, la tuberculose sont plus ordinaires.

Le *lupus* est rarement primitif et provient ordinairement, par propagation, des parties voisines : nez, lèvres, joue.

La *tuberculose* se montre surtout au niveau de la région tarsale, sous forme d'une perte de substance, à fond grisâtre, à bords irréguliers, entourée de points gris jaunâtre ou gris rougeâtre. L'ulcération s'étend, en surface ou en profondeur, et les ganglions s'engorgent. On y découvre le bacille de Koch.

L'affection est primitive et résulte probablement d'infection externe, à la suite d'éraillure épithéliale par un corps étranger (Valude), ou bien elle est secondaire et coïncide avec la tuberculose pulmonaire, laryngée, articulaire, etc. La nature tuberculeuse est indiquée par l'aspect et la marche de l'ulcère; elle se démontre par la présence du bacille spécifique et les résultats de l'inoculation chez le lapin ou le cobaye.

L'infection tuberculeuse est toujours grave et doit être énergiquement traitée. Primitive surtout, pour éviter la généralisation, il faut détruire au fer rouge l'ulcération ou en pratiquer l'exérèse. L'iodoforme, comme topique, reste spécialement indiqué.

XX. — Tumeurs.

§ 317. On peut diviser les tumeurs en bénignes et malignes.

Les *tumeurs bénignes* comprennent les polypes, les papillomes, les granulomes, les angiomes, les lipomes, les ostéomes, les dermoïdes, les kystes.

Les *granulomes* se développent à la suite d'éraillures, de plaies accidentelles ou opératoires, surtout après la strabotomie. Pas d'épithélium, mais du tissu conjonctif, des cellules embryonnaires et des vaisseaux. Ce sont des bourgeons charnus, qui saignent facilement et peuvent colorer les larmes en rouge (larmes de sang).

Les *papillomes* représentent de simples verrucosités plus ou moins irrégulières et pédiculées, à épithélium stratifié.

Les *polypes* sont des excroissances fibreuses de volume et de nombre variables recouvertes d'un vernis épithélial.

Les *angiomes* proviennent d'ordinaire des paupières, mais on les observe aussi primitivement sur la conjonctive. Ce sont alors des *nævi* parfois pigmentés. La cautérisation ignée est préférable à l'ablation. Celle-ci, comme la ligature, serait applicable aux angiomes pédiculés.

Les *lipomes sous-conjonctivaux* siègent en dehors, surtout en haut et en dehors, entre les muscles droits externe et supérieur. Ils sont arrondis, pseudo-fluctuants, ordinairement congénitaux, mais se développant vers la puberté. L'extirpation est parfois nécessaire. Il importe de ne pas la poursuivre trop profondément, car la masse de la tumeur se continue souvent avec la graisse orbitaire.

Les *ostéomes* sont exceptionnels, encapsulés sous la conjonctive, en dehors. On les a rencontrés jusqu'ici chez des jeunes gens, ce qui fait croire à une affection congénitale analogue aux dermoïdes (Panas).

Les *dermoïdes* sont congénitaux, siègent généralement vers la partie externe du limbe scléro-cornéen. Leur aspect est cutané, on y rencontre souvent des poils follets. La structure paraît nettement dermique. Ils gênent peu la vision, et se développent à l'époque de la puberté. On les a attribués à une inclusion ectodermique ou à une adhérence amniotique (Van Duyse). L'ablation et la cautérisation ignée du point d'implantation amènent une guérison radicale.

Les *kystes* sont plus ou moins vésiculeux, d'origine lymphatique, lacrymale, parasitaire. Ce sont de petites vésicules remplies de sérosité claire. Les *kystes lymphatiques* se rencontrent sur la conjonctive bulbaire. Les *kystes lacrymaux* habitent surtout vers les culs-de-sac et proviennent des glandes de Krause. Les *kystes parasites* renferment des cysticerques. Ils sont plus ou moins volumineux, mobiles, fluctuants et contiennent la vésicule et le cysticerque. Leur siège de prédilection est le sillon palpébral inférieur. L'incision simple, ou mieux l'ablation, entraîne la guérison.

La *pinguecula* — pinguis, gras — est une tumeur jaune grisâtre, qu'on rencontre chez l'adulte et le vieillard, sur la

conjonctive, en dedans de la cornée, dans le méridien horizontal. Elle est du volume d'une tête d'épingle à un petit pois, aplatie, à bords diffus.

La pinguecula se développe lentement ou demeure tout à fait stationnaire. Elle n'occasionne aucune gêne notable, et les malades ne s'en préoccupent que par hasard ou pas du tout. Elle semble cependant prédisposer au ptérygion.

On croyait autrefois qu'il s'agissait d'un petit amas graisseux; on reconnut plus tard qu'il n'y avait pas de graisse, mais seulement un état dégénératif épithélial. Tantôt la lésion ne touche que l'épithélium, et tantôt elle va jusqu'à l'épiscière.

Fuchs, de Vienne, a constaté récemment, une dégénérescence hyaline de la conjonctive, de l'épiscière, et même des couches superficielles de la sclérotique. Les fibres conjonctives et scléroticales dégénérées s'enroulent, formant de minuscules îlots hyalins. L'épithélium n'est presque pas altéré. Les petits vaisseaux sont oblitérés. La pinguecula résulterait donc d'une sorte de dystrophie sénile analogue au gérontoxon, provoquée par les irritations extérieures au niveau de la fente palpébrale. L'expectation est la règle, en tout cas l'ablation est extrêmement facile.

Les *tumeurs malignes* de la conjonctive comprennent surtout l'épithéliome et le sarcome.

Les recherches de Panas démontrent la fréquence relative de l'épithéliome. Le pigment existe dans le tiers des cas, mais on doit rarement parler de mélanose, car dans la région limbique où il se développe ordinairement, il s'y trouve à l'état normal. La tumeur peut à la rigueur se développer en un point quelconque de la conjonctive; toutefois elle apparaît presque toujours sur le limbe, en dehors.

Elle est l'apanage des vieillards. Son aspect est framboisé, arrondi, aplati. Elle marche lentement et s'étend surtout en surface jusqu'à recouvrir le globe. A la longue cependant, il peut y avoir pénétration intra-oculaire; la gêne fonctionnelle est minime; la vision est limitée du côté de la tumeur.

Il s'agit bien ici du vrai cancer; la structure, la marche,

l'invasion ganglionnaire dans les cas particulièrement graves, la récurrence ne permettant pas d'en douter. Cependant c'est une affection qui reste généralement locale et ne repullule que sur place. Le raclage et la cautérisation du pédicule compléteront l'ablation au bistouri. Le globe de l'œil ne sera énucléé que si les membranes internes sont envahies.

Les *sarcomes* de la conjonctive sont exceptionnels et ordinairement pigmentés. Ils se développent de préférence sur la conjonctive palpébrale et le limbe scléro-cornéen, là où normalement on rencontre du pigment.

L'ablation totale et précoce, comme dans l'épithéliome, est absolument de rigueur.

XXI. — Lésions de la caroncule et du pli semi-lunaire.

§ 318. La caroncule et le pli semi-lunaire sont parfois le siège d'inflammations et de tumeurs diverses.

Les *inflammations (encanthis bénin)* résultent des conjonctivites chroniques (conjonctivite angulaire), d'affections lacrymales, de corps étrangers. La *suppuration* est rare. Nous l'avons observée chez un garçon d'une quinzaine d'années; une simple incision a produit une guérison rapide. Les *tumeurs*, signalées rarement, sont l'adénome, le sarcome et surtout l'épithéliome. Les *tumeurs malignes (encanthis malin)* doivent être extirpées largement et de bonne heure.

CHAPITRE VII

MALADIES DE LA SCLÉROTIQUE

I. — Blessures.

§ 319. La sclérotique présente des plaies par instruments piquants, tranchants, contondants et des ruptures par éclate-