

CHAPITRE PREMIER

MALADIES DE LA CONJONCTIVE

ANATOMIE

§ 7. La conjonctive tapisse la face postérieure des paupières et la face antérieure du globe oculaire. Elle forme un sac, le sac conjonctival, ouvert en avant pour former la fente palpébrale. Nous distinguons trois parties dans la conjonctive. La première est celle qui recouvre la face postérieure des paupières et qui est fortement adhérente au tarse: c'est la conjonctive du tarse; la seconde, celle qui recouvre la face antérieure du globe oculaire: c'est la conjonctive bulbaire. L'union de ces deux parties se fait par l'intermédiaire de la troisième portion, celle que l'on appelle cul-de-sac de la conjonctive. Cette partie, qui se réfléchit des paupières sur le globe, constitue le fond du sac conjonctival.

On parvient à voir la *conjonctive du tarse* sur l'œil vivant en renversant les paupières. La surface en est lisse et adhère intimement au tarse (fig. 16, t). Il est donc impossible de restituer chirurgicalement des pertes de substances conjonctivales au niveau du tarse en faisant glisser la conjonctive avoisinante, comme cela peut se faire sur le globe de diverses manières. En raison de la ténuité de cette membrane, on peut voir, à travers la conjonctive du tarse, les glandes de *Meibomius* logées dans ce fibro-cartilage.

Le microscope démontre que la conjonctive des paupières est tapissée par un épithélium cylindrique stratifié. La muqueuse elle-même est de nature adénoïde, c'est-à-dire que, déjà à l'état sain, elle contient une grande quantité de cellules rondes (corpuscules lymphatiques), qui se multiplient notablement à l'occasion de toute inflammation. En fait de glandes, elle renferme des glandes muco-acineuses qui se trouvent le long du bord convexe du tarse (fig. 16, w, *Waldeyer*); des glandes analogues se rencontrent aussi dans le cul-de-sac (glandes de Krause).

La conjonctive de la paupière supérieure est nourrie par deux arcs arté-

riels, appelés l'arc tarsal supérieur (fig. 16, *as*) et l'arc tarsal inférieur (fig. 16, *ai*). Ils sont situés sur la face antérieure du tarse, près de ses bords supérieur et inférieur. Pour atteindre la conjonctive, les branches de l'arc tar-

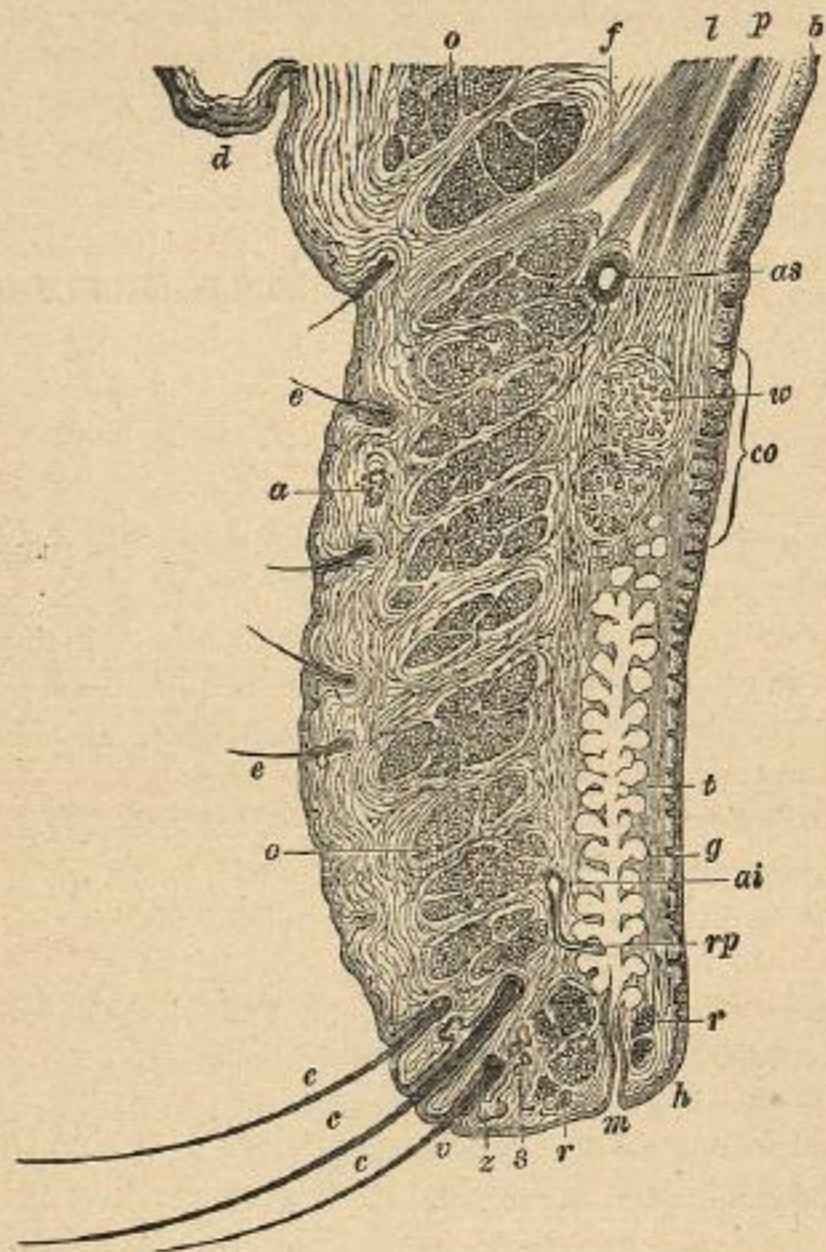


FIG. 16. — Coupe verticale à travers la paupière supérieure. — Gross. 5/1. La peau de la paupière montre en haut, au-dessus d'un étranglement, le repli *d*; plus bas elle recouvre l'angle antérieur du bord palpébral *v*. On trouve dans la peau de fins poils *ee*, des glandes sudoripares *a*, des cils *ccc*, et à ces derniers les glandes de Zeiss *z*, ainsi que les glandes sudoripares modifiées *s*. Sous la peau on voit les faisceaux coupés en travers du muscle orbiculaire *oo*, dont les faisceaux les plus internes *r* et *r* forment le muscle ciliaire de Riouin. La face postérieure de la paupière est revêtue de la conjonctive, qui montre dans le cul-de-sac *b* sa nature adhésive, sur le tarse *f* laisse voir au contraire des papilles, surtout au niveau du bord convexe du cartilage adhésif *cc*. Les glandes de Meibomius *g* ont leur orifice *m* en avant de l'angle postérieur du bord palpébral *h*; au-dessus d'elles sont les glandes muqueuses de Waldeyer *ai* et encore plus haut le muscle palpébral supérieur de Müller *p* et le releveur de la paupière *l*. De ce dernier part le tractus fibreux *f* vers la peau de la paupière. *as* est l'arc tarsal supérieur, *ai* l'arc inférieur; partant de ce dernier, les rameaux perforants *rp* se dirigent directement en bas, puis en arrière en traversant le tarse.

sal inférieur traversent le tarse dans toute son épaisseur à 2 ou 3 millimètres au-dessus du bord libre (fig. 16, *rp*). La ligne le long de laquelle les artérioles émergent du tarse, est marquée par un sillon peu profond qui se

trouve sur la surface conjonctivale de la paupière (sillon subtarsal). A la paupière inférieure, il n'existe qu'un seul arc artériel.

La conjonctive du cul-de-sac est très aisée à voir à la paupière inférieure, quand on la tire en bas pendant que l'œil regarde en haut. A la paupière supérieure, au contraire, il est difficile de voir le cul-de-sac quand on ne veut pas renverser deux fois la paupière. Le cul-de-sac est la partie la plus lâche de la conjonctive, celle-ci y est si abondante qu'elle y forme des plis horizontaux. Cette disposition assure la liberté des mouvements de l'œil. Si la conjonctive passait directement de la paupière sur l'œil, comme on l'observe dans certaines affections conjonctivales, alors, à chaque mouvement du globe oculaire, les paupières seraient entraînées, et si, dans ce cas, l'on immobilisait au moyen du doigt l'une des paupières, l'œil serait lui-même gêné dans ses mouvements. Mais la conjonctive est si abondante, au niveau du cul-de-sac, que l'œil peut se mouvoir tout à fait indépendamment des paupières, car pendant les mouvements oculaires la conjonctive du cul-de-sac se plisse ou se déplisse suivant la position de l'œil. A travers la conjonctive du cul-de-sac inférieur, on voit paraître le riche réseau veineux sous-jacent ainsi que le fascia blanc. La laxité du tissu, ainsi que la richesse vasculaire du cul-de-sac conjonctival, rendent celui-ci particulièrement enclin à se tuméfier à l'occasion de toute inflammation de la conjonctive.

La conjonctive bulbaire recouvre la surface antérieure du globe oculaire. Elle ne s'interrompt pas au niveau de la cornée, mais passe sur cet organe, en changeant toutefois de nature. Cette continuité de la conjonctive nous explique pourquoi les processus pathologiques de cette dernière membrane ne s'arrêtent pas au bord de la cornée, mais s'y propagent à la surface, comme on l'observe particulièrement bien dans le trachome et la conjonctivite lymphatique. Les deux portions de la conjonctive bulbaire se distinguent en conjonctive sclérale et en conjonctive cornéenne. La conjonctive cornéenne est complètement transparente et si intimement unie à la cornée proprement dite, qu'on la considère comme en constituant la couche la plus superficielle; il vaut donc mieux en parler à propos des maladies de la cornée (voir § 29).

La conjonctive sclérale revêt sous forme d'une membrane mince le segment antérieur de la sclérotique. Elle est si lâchement unie à la sclérotique par du tissu conjonctif peu dense (le tissu épiscléral) qu'elle est mobile en tous sens. C'est seulement à la périphérie de la cornée, où la conjonctive se termine en biseau, au limbe (1) conjonctival, qu'elle est plus intimement adhérente aux couches sous-jacentes. Elle est très mince et extensible

(1) *Limbus*, ourlet.

et laisse voir nettement la sclérotique qu'elle recouvre. C'est le *blanc de l'œil*. Chez les personnes âgées, un petit point situé au bord externe et au bord interne de la cornée contraste avec ce blanc par sa couleur jaunâtre. Ce point a la forme d'un triangle, dont la base correspond au bord cornéen et proémine légèrement au-dessus du niveau du tissu conjonctival voisin. On l'appelle la *pinguicula* (1). Elle est due à une modification du tissu de la partie de la conjonctive qui se trouve au niveau de la fente palpébrale et qui est constamment exposée aux influences atmosphériques.

La conjonctive scléroticale est tapissée d'un épithélium pavimenteux stratifié et ne contient pas de glandes. Au niveau de l'angle interne de l'œil, elle présente un repli en forme de croissant. C'est le repli semilunaire, qui représente un reste peu développé de la troisième paupière des animaux. Du côté interne du repli semilunaire se trouve une petite élevation rougeâtre, verruqueuse, c'est la *caroncule* (2), qui occupe le fond de l'échancrure en forme de fer à cheval de l'angle de l'œil (fig. 24, C). Histologiquement parlant, c'est un petit îlot cutané qui possède des glandes sébacées et sudoripares, et dont la surface est couverte de poils fins et pâles.

La conjonctive du bulbe reçoit ses *vaisseaux nourriciers*, principalement des vaisseaux du cul-de-sac — vaisseaux conjonctivaux postérieurs (fig. 17, *o* et *o'*). — De plus, les vaisseaux ciliaires antérieurs (fig. 17, *e* et *e'*) prennent part à la nutrition de la conjonctive bulbaire. Ces derniers proviennent des quatre muscles droits de l'œil (fig. 17, *R*), et sous la conjonctive, derrière laquelle ils paraissent bleuâtres, ils se rendent au bord de la cornée, où ils disparaissent brusquement, en traversant la sclérotique, pour pénétrer dans l'intérieur de l'œil. Mais, avant de disparaître, ils fournissent des branches qui se terminent près du bord cornéen, dans le limbe conjonctival, par des anses vasculaires, — réseau périkératique (fig. 17, *q*). Ce réseau est très important pour la cornée, qui, au point de vue de sa nutrition, en dépend principalement. D'autres branches des artères ciliaires se dirigent en arrière, dans l'épaisseur de la conjonctive, vaisseaux conjonctivaux antérieurs (fig. 16, *p*), à la rencontre des vaisseaux conjonctivaux postérieurs, avec lesquels ils s'anastomosent.

Nous avons donc, dans la conjonctive, deux systèmes vasculaires, celui des vaisseaux conjonctivaux postérieurs et celui des vaisseaux ciliaires antérieurs. Suivant que l'un ou l'autre de ces systèmes est engorgé, la conjonctive prend un aspect différent, que l'on désigne sous le nom d'*injection ciliaire* ou *injection conjonctivale*.

L'*injection conjonctivale* nous fait voir un réseau superficiel formé de

(1) *Pinguis*, graisse.

(2) *Caruncula*, diminutif de *caro*, chair.

vaisseaux de différents calibres, et l'on démontre qu'ils sont bien situés

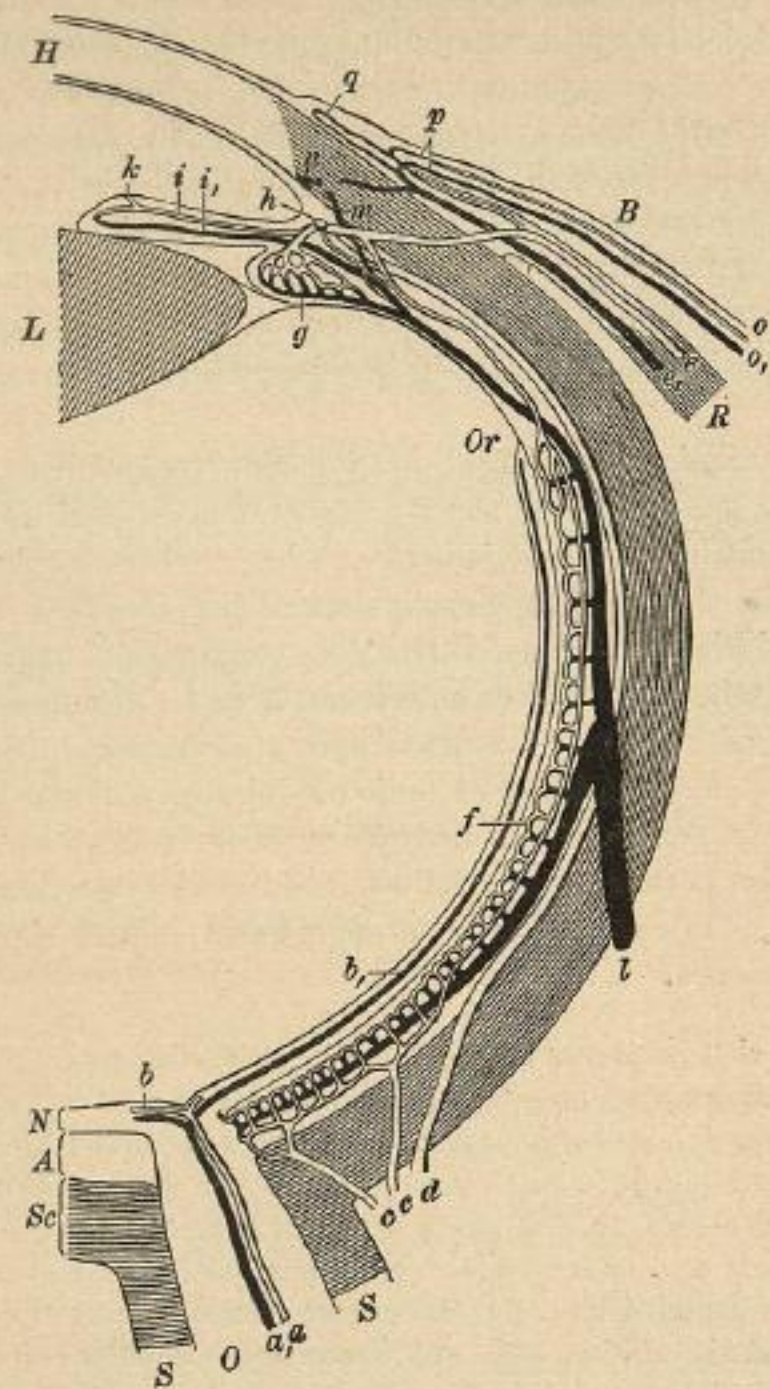


FIG. 17. — Vaisseaux sanguins de l'œil. — Figure schématisée d'après LEAZA. — Le système rétinien dépend de l'artère centrale du nerf optique *n* et de la veine centrale *e'*, qui fournissent les artères rétiniques *b* et les veines rétiniques *b'*. Celles-ci se terminent à l'ora serrata *Or*.

Le système choroïdien est fourni par les artères ciliaires postérieures courtes *c, c'*, les artères ciliaires postérieures longues *d* et les artères ciliaires antérieures *e*. Elles forment le réseau vasculaire de la choroïde capillaire *f* et du corps ciliaire *g*, ainsi que le grand cercle artériel de l'iris *h*. De ce dernier partent les artères de l'iris *i* qui forment au bord pupillaire le petit cercle artériel de l'iris *k*. Les veines de l'iris *j*, du corps ciliaire et de la choroïde, se réunissent dans les veines vorticellées *l*; les veines qui sortent du muscle ciliaire *m* quittent l'œil au contraire en formant les veines ciliaires antérieures *e'*. Avec celles-ci s'anastomosent le canal de Schlemm *n*.

Le système conjonctival se compose des vaisseaux conjonctivaux postérieurs *O* et *O'*. Ceux-ci communiquent avec les branches des vaisseaux ciliaires antérieurs qui viennent à leur rencontre, et qui constituent les vaisseaux conjonctivaux antérieurs *p*; ils forment ensemble les anses vasculaires du bord cornéen *q*. *O* nerf optique, *S* sa gaine, *Sc* sclérotique, *A* choroïde, *N* rétine, *L* cristallin, *H* cornée, *R* droit interne, *B* conjonctive.

dans la conjonctive, parce qu'on peut les faire glisser avec elle sur la

selérotique. Cette injection présente une teinte d'un rouge vif ou rouge brique ; on peut reconnaître facilement chaque maille du réseau en particulier. Cette injection est caractéristique pour les maladies de la conjonctive.

L'*injection ciliaire* entoure la cornée (d'où le nom d'*injection périkeratique*) sous forme d'une zone rosée ou violette pâle, sans que l'on y puisse distinguer chaque ramuscule vasculaire en particulier. Si l'injection devient plus intense, on remarque encore, à une certaine distance de la cornée, un réseau constitué par de gros vaisseaux ; ils ont une teinte violette et paraissent voilés, ce qui démontre que leur siège se trouve dans les couches profondes ; aussi ne se déplacent-ils pas quand on fait mouvoir la conjonctive.

L'*injection ciliaire* se distingue de l'*injection conjonctivale*, surtout par son ton violet, aussi bien que par son aspect diffus, car, si les vaisseaux se laissent reconnaître, ce n'est jamais qu'avec une certaine difficulté. L'*injection ciliaire* accompagne principalement les affections de la cornée, ainsi que de l'iris et du corps ciliaire, tous organes qui appartiennent au domaine des vaisseaux ciliaires antérieurs. A cause des nombreuses anastomoses qui existent entre les deux espèces de vaisseaux conjonctivaux, les deux systèmes se trouvent toujours injectés à l'occasion de toute inflammation un peu violente des parties antérieures du globe. Très souvent cependant il est permis de reconnaître, en outre de l'*injection superficielle conjonctivale*, l'*injection ciliaire* profondément située immédiatement autour de la cornée.

Ce n'est que chez les jeunes individus que la conjonctive est en réalité entièrement lisse. Chez les personnes âgées, au niveau des angles du tarse et souvent aussi tout le long de son bord convexe, on trouve à la surface de la conjonctive un aspect velouté (fig. 16, *co*). C'est ce qu'on appelle état papillaire de la conjonctive. En réalité ce ne sont pas à proprement parler des *papilles* que l'on trouve alors sur la conjonctive, mais de petits plis que forme la surface de la conjonctive un peu hypertrophiée. Sur des coupes microscopiques transversales, les plis de la conjonctive ainsi modifiée ont l'apparence de papilles entre lesquelles le revêtement épithélial plonge dans la profondeur. Si les faces de deux saillies se trouvent vis-à-vis l'une de l'autre et tout à fait voisines, la dépression couverte d'épithélium qui se trouve entre les deux peut, sur des coupes transversales, en imposer pour un canal excréteur d'une glande (fig. 20, *t*). C'est bien ainsi qu'il faut expliquer la prétendue formation nouvelle de glandes tubuleuses que l'on a trouvées dans certains cas d'hypertrophie pseudopapillaire de la conjonctive. Cependant l'on ne saurait nier que, exceptionnellement, l'on trouve des glandes tubuleuses, aussi bien dans la conjonctive normale que dans celle qui est malade. Elles s'appellent glandes de *Henle*, du nom de l'auteur qui les a découvertes (fig. 21, *d*).

Au sujet de l'état papillaire de la conjonctive au niveau du bord supérieur et

aux angles du tarse, on se demande s'il faut le considérer comme entièrement normal, ou si ce n'est pas plutôt un produit d'une hyperémie répétée de la conjonctive. Il faut se poser la même question au sujet de la structure adénoïde de la conjonctive que beaucoup d'auteurs considèrent également comme un reliquat d'une irritation inflammatoire antérieure. En effet, la muqueuse conjonctivale étant plus exposée qu'aucune autre aux influences extérieures, il n'y a personne qui, dans le cours de la vie, ne subisse des hyperémies conjonctivales répétées qui finissent par provoquer des altérations permanentes dans cette membrane. Rien n'indique mieux l'action des influences extérieures que la formation de la pinguicula (1). Celle-ci siège en effet tout juste à l'endroit de la conjonctive qui est le plus exposé au vent, à la poussière, etc. On donne à la tache de la fente palpébrale le nom de pinguicula, à cause de sa couleur, que l'on faisait autrefois dépendre d'un dépôt graisseux dans la conjonctive. En réalité, il n'existe qu'un épaississement de la conjonctive, par suite surtout de la multiplication et de l'épaississement de ses fibres élastiques. De plus, elle contient de nombreux amas d'une substance colloïde jaune qui donne sa teinte à la pinguicula. C'est pourquoi l'on voit surtout bien la pinguicula, quand la conjonctive bulbaire est très rouge, soit par injection, soit par suffusion sanguine. Par suite de ces altérations, la conjonctive y est moins transparente et laisse apparaître la teinte rouge du sang, moins vivement qu'aux points où elle n'est pas épaissie. Elle se détache ainsi sous forme de triangle, sur le fond rouge, de façon que les commençants la prennent facilement pour une infiltration diphtéritique de la conjonctive, ou, dans le cas où la pinguicula est très jaune, la confondent avec une pustule remplie de pus.

I. — CONJONCTIVITE CATARRHALE

a) Conjonctivite catarrhale aiguë

§ 8. SYMPTÔMES. — La conjonctivite catarrhale aiguë s'attaque, dans les cas légers, principalement à la conjonctive des paupières et du cul-de-sac. La conjonctive palpébrale est d'un rouge vif, elle est relâchée. L'injection présente généralement la forme d'un réseau, c'est-à-dire que l'on peut encore y distinguer chaque vaisseau comme tel ; ce n'est que lorsque l'injection est particulièrement serrée que la conjonctive gagne un aspect uniformément rouge. La surface de la conjonctive est lisse ; c'est là un signe qui distingue la forme catarrhale de quelques autres formes d'inflammations dans lesquelles la conjonctive est infiltrée et, plus tard, hypertrophiée, état qui se trahit par les inégalités de la surface. Le cul-de-sac

(1) A l'exemple de Littré et Wecker, nous avons adopté *pinguicula* et non *pinguécoula* qui n'est pas correct. (Note des traducteurs).