

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).

(ainsi que le repli semilunaire) est également très rouge et quelque peu gonflé, tandis que la conjonctive bulbaire ne présente que peu ou point de changement.

Les cas *graves* se distinguent des cas plus légers en ce que dans les premiers le processus pathologique envahit la conjonctive bulbaire. L'injection et le gonflement de la conjonctive palpébrale sont plus prononcés, et souvent il s'y joint un léger œdème des paupières. La conjonctive bulbaire présente une injection réticulaire dense et un léger degré de tuméfaction. Très souvent, au milieu de l'injection réticulaire on trouve des taches d'un rouge diffus : ce sont de petites hémorragies, des ecchymoses conjonctivales provenant de la rupture de petits vaisseaux. Ces cas graves, où la conjonctive est entreprise dans toute son étendue, sont désignés sous le nom d'*ophtalmie catarrhale*, pour les distinguer des cas légers que l'on appelle simplement conjonctivites catarrhales.

La conjonctivite est accompagnée d'une augmentation de *sécrétion* de la conjonctive. On peut voir les matières conjonctivales sécrétées nager sous forme de flocons muqueux dans le liquide lacrymal abondamment sécrété. L'abondance de la sécrétion et la tendance de celle-ci à passer à la suppuration sont d'autant plus grandes que l'inflammation est plus violente. C'est ainsi qu'au début les cas d'ophtalmie catarrhale grave sont difficiles à distinguer d'une blennorrhée aiguë légère, mais la marche ultérieure jette de la lumière sur le diagnostic. — Pendant la nuit, la matière sécrétée, qui s'accumule entre les paupières, se dessèche sur les bords palpébraux et les agglutine. Les *symptômes subjectifs* consistent en un larmoieusement abondant, photophobie, picotements et sentiment de brûlure aux yeux. L'intensité des symptômes dépend naturellement du degré de l'inflammation elle-même. Cependant il est rare qu'il existe des douleurs vives et, quand elles se font sentir, elles ne sont pas dues au catarrhe lui-même, mais à des complications (particulièrement à des ulcères de la cornée). Souvent la sensation d'un corps étranger dans l'œil est très incommode ; cette sensation est due à la présence de flocons et de filaments de mucosités visqueuses dans le cul-de-sac conjonctival. Lorsque ces filaments se placent devant la cornée, il en résulte une gêne visuelle dont les patients se plaignent quelquefois. Cette gêne se distingue de celle qui revêt un caractère plus sérieux en ce que, par les mouvements des paupières, les mucosités se déplacent et la vue se rétablit aussitôt. Un fait caractéristique du catarrhe est l'amendement de tous les symptômes dans la matinée et leur aggravation graduelle pendant le reste de la journée jusqu'au soir où ils acquièrent leur apogée.

**MARCHE.** — Si le catarrhe est exempt de complications, la marche en est favorable, puisque l'inflammation disparaît spontanément au bout de

un ou de deux septénaires. Cependant il n'est pas rare qu'il persiste un état d'inflammation chronique — catarrhe conjonctival chronique — qui produit sans doute moins d'inconvénients que le stade aigu, mais qui en revanche traîne en longueur. Le catarrhe conjonctival aigu atteint le plus souvent les deux yeux, soit simultanément, soit le second quelques jours après le premier.

Les *complications* qui s'observent dans le catarrhe sont les ulcères de la cornée et l'iritis. L'apparition d'une affection de la cornée s'annonce par l'augmentation des douleurs et la photophobie. On voit apparaître d'abord dans le voisinage du bord cornéen de petits points gris rangés en série concentrique à la marge de la cornée. Bientôt ces infiltrations cornéennes punctiformes se multiplient et deviennent finalement confluentes, de telle sorte qu'elles finissent par former un petit croissant grisâtre. Par la destruction de leur surface, il se développe un sillon, c'est-à-dire un ulcère de forme semilunaire, situé tout près du bord de la cornée et concentrique à ce bord. Les ulcères de ce genre sont caractéristiques pour le catarrhe conjonctival ; pour ce motif on les nomme *ulcères catarrhaux*. Ordinairement l'ulcère se déterge rapidement et se guérit en laissant après lui une légère opacité arciforme. Cependant, dans les cas particulièrement graves, il peut survenir une perforation de la cornée. La présence d'un ulcère cornéen devient souvent la cause d'une iritis, comme c'est le cas dans toute espèce d'ulcères cornéens ; toutefois un catarrhe violent peut directement se compliquer d'iritis, en l'absence de tout ulcère de la cornée.

Les complications susdites ne s'observent que dans les cas graves, c'est-à-dire dans l'ophtalmie catarrhale. Elles sont très souvent dues à une thérapeutique défectueuse du catarrhe. Dans le vulgaire, on emploie toute espèce de moyens empiriques contre les inflammations oculaires. Ainsi on fait des applications de viande crue, de pain blanc trempé dans du lait, d'oignons cuits, ou bien encore on baigne l'œil avec de l'urine, etc. Ces moyens sont précisément ceux qui conviennent pour augmenter l'inflammation et pour provoquer des complications. Cependant, l'application simple de cataplasmes froids ou chauds peut également avoir les mêmes conséquences.

**ÉTILOGIE.** — Les causes les plus fréquentes du catarrhe sont les influences atmosphériques. L'on ne doit pas comprendre sous cette désignation de simples refroidissements ; il s'agit plutôt d'influences dont la nature ne nous est pas encore connue. Peut-être existe-t-il un contagion qui est transporté sur l'œil par l'intermédiaire de l'air. A certains moments surtout, ces influences deviennent plus actives, c'est alors que les catarrhes se multiplient. C'est notamment le cas pendant le printemps, où tant de personnes souffrent de catarrhes des voies aériennes, tels que rhume

de cerveau, de poitrine, etc. C'est aussi dans ces circonstances que l'on rencontre d'habitude un nombre considérable de catarrhes conjonctivaux. En outre, il existe de véritables épidémies de catarrhes conjonctivaux, et c'est alors la forme grave, l'ophtalmie catarrhale, qui se rencontre de préférence. Dans de pareilles épidémies, l'extension de l'affection est probablement due en partie à une infection qui s'opère par le transport des produits de sécrétion d'un individu à l'autre. Ce transport est surtout à craindre dans une famille où les enfants se servent tous des mêmes objets de toilette, des mêmes mouchoirs, etc. Bien qu'en général le catarrhe conjonctival soit très peu contagieux, il est pourtant nécessaire, dans les cas accompagnés d'une abondante sécrétion, d'éviter les contacts et de prévenir ainsi l'infection.

**TRAITEMENT.** — Par un traitement approprié, on diminue considérablement la durée du catarrhe conjonctival et l'on prévient le développement d'un catarrhe chronique. Le moyen souverain, dans tous les cas assez sérieux de catarrhe, est la cautérisation au nitrate d'argent. Le caustique ne doit venir en contact qu'avec la conjonctive seule, à l'exclusion de la cornée. Pour l'appliquer, on renverse la paupière, de façon à mettre à nu la surface conjonctivale. Alors on la touche avec une solution de pierre infernale à 2 0/0, et on lave rapidement l'excédent de caustique au moyen d'eau tiède ou d'une solution faible de sel de cuisine. On voit alors la surface de la conjonctive se recouvrir d'une couche mince d'un blanc bleuâtre. C'est l'escarre superficielle produite par la cautérisation. La conséquence immédiate de cette pratique, que l'on désigne sous l'expression de *toucher la conjonctive*, est de provoquer une sensation de brûlure et une forte irritation de l'œil, en un mot une augmentation de tous les phénomènes inflammatoires, — stade d'exacerbation. Un quart d'heure à une demi-heure après, suivant l'intensité de la cautérisation, se produit peu à peu un soulagement. L'examen de l'œil à ce moment montre que la mince escarre se détache et s'élimine sous forme de lambeaux. L'élimination finie, l'œil est plus pâle, le malade se sent soulagé et se trouve beaucoup moins incommodé par son catarrhe qu'avant la cautérisation, — stade de rémission. Suivant l'intensité du catarrhe, ce soulagement se maintient d'un demi-jour à un jour entier. Alors les sensations douloureuses reparaissent graduellement, — recrudescence. C'est un signe qu'il faut répéter la cautérisation. En général, il suffit de la pratiquer une fois par jour, de préférence le matin.

Les commençants doivent bien se garder de cautériser trop fortement. Si l'on a dépassé la mesure, la douleur qui suit la cautérisation dure beaucoup plus longtemps que d'habitude (pendant des heures) et l'on observe qu'après un temps déjà long, le lendemain même, l'escarre reste encore

adhérente par places. Ceci démontre que l'escarrification a été trop profonde. Si malgré cela on s'obstinait à vouloir toucher encore, on provoquerait une nécrose de plus en plus profonde du tissu et l'on augmenterait l'inflammation au lieu de la guérir. Il faut donc remettre à plus tard une nouvelle cautérisation, jusqu'à ce que l'escarre n'adhère plus nulle part à la conjonctive.

Les personnes qui ne sont pas en état de voir journellement le médecin peuvent s'instiller chez elles la solution de nitrate d'argent. Comme dans ce cas le médicament vient en contact avec la cornée, il faut se servir d'une solution plus faible ( $\frac{1}{4}$  —  $\frac{1}{2}$  0/0), dont l'action sur la conjonctive est naturellement moins énergique. Cette méthode d'appliquer la solution argentique n'est donc qu'un pis-aller et ne doit être adoptée que pour les cas où l'application au moyen du pinceau est impossible pour des motifs spéciaux. Lorsque les phénomènes inflammatoires ont à peu près disparu, on remplace le nitrate d'argent par des collyres moins actifs; ce sont ceux que l'on emploie dans le catarrhe chronique et auxquels nous renvoyons le lecteur (§ 9).

À côté du traitement proprement dit du catarrhe conjonctival, on ne doit pas oublier de recommander au patient les mesures hygiéniques générales: entretenir la propreté des yeux par des lavages à l'eau tiède, éviter la fumée, la poussière, l'air corrompu en général; par contre, on recommande le séjour au grand air. On s'abstiendra aussi de fatiguer les yeux, surtout le soir à l'éclairage artificiel. Eu égard à la possibilité de l'extension du mal par infection, le patient sera averti qu'il doit avoir à son usage personnel et exclusif un bassin, des essuie-mains, etc.

La conjonctivite catarrhale, ou conjonctivite simple, encore appelée syndesmite (1) catarrhale par Stellwag, est rangée, ainsi que le catarrhe des voies aériennes, dans la catégorie des maladies dites à frigore. Sans doute, cet élément étiologique peut être regardé, dans quelques cas isolés, comme étant effectivement la cause du catarrhe; cependant, dans l'immense majorité des cas, l'inflammation est très probablement due à une infection de la conjonctive venant du dehors. Le germe est transporté sur la conjonctive par l'intermédiaire de l'air. On incline à se le représenter comme un microorganisme, car effectivement, dans certaines formes de catarrhe aigu, on a déjà pu découvrir un bacille spécial (*Weeks*). Il faut encore de nouvelles recherches pour que la question soit clairement résolue.

L'action des influences atmosphériques sur le développement des catarrhes se manifeste avec une évidence particulière dans la forme de catarrhe qui complique la *fièvre de foin*. Cette affection, assez fréquente dans certains pays, atteint au commencement de l'été les personnes prédisposées. Elle se caractérise par de la

(1) σύνδεσμος, ligament.

fièvre, ainsi que par une violente inflammation catarrhale de la conjonctive et des voies aériennes. Dans le plus grand nombre des cas, l'infection, qui, suivant toute probabilité, provoque le catarrhe conjonctival, se transporte du dehors sur la conjonctive ; il y a cependant d'autres cas où une matière toxique circulant dans le sang devient la cause de l'inflammation de la conjonctive. C'est notamment le cas pour le catarrhe conjonctival qui accompagne la rougeole et qui en constitue souvent même le premier symptôme appréciable. Cette forme, sous le nom de conjonctivite exanthématique, sera traitée plus tard en détail (voir § 21).

Le catarrhe est-il contagieux ? Les cas accompagnés d'une abondante sécrétion sont probablement infectieux ; cependant, il faut reconnaître qu'en règle générale les expériences d'infection par transport de la matière sécrétée, d'un œil affecté sur un œil sain, sont restées sans résultat (*Piringer*), ce dont j'ai pu me convaincre moi-même par des essais répétés.

Il arrive quelquefois que l'on rencontre des cas de catarrhe conjonctival aigu dont la forme clinique s'écarte de celle que nous avons exposée plus haut ; on les décrit comme des variétés particulières de catarrhe. A celles-ci appartiennent les cas dans lesquels on observe des *follicules* et qui seront décrits avec plus de détails au § 10. Le *catarrhe vésiculeux* représente une seconde variété de catarrhe. La conjonctive du tarse est couverte d'un nombre considérable de très petites élevures, ressemblant à des grains de sable répandus sur une lame de verre humide (*Arit*). Cet aspect résulte de petites saillies vésiculaires produites par du liquide qui a soulevé les couches superficielles de l'épithélium. Une troisième variété est celle qui porte le nom de forme *pustuleuse*. Ici, on trouve sur la conjonctive bulbaire, le plus souvent dans le voisinage du bord cornéen, des saillies aplaties, dont la surface s'ulcère par suppuration. Ainsi, sur une base un peu proéminente, se forment des ulcères gris ou jaunes de la grosseur d'un grain de millet et au delà. Ces ulcères ont beaucoup d'analogie avec les efflorescences de la conjonctivite lymphatique (§ 18). La distinction entre la forme pustuleuse du catarrhe et la conjonctivite lymphatique consiste en ce que, dans la forme pustuleuse, on observe les phénomènes de l'inflammation catarrhale sur la conjonctive palpébrale et dans le cul-de-sac, tandis que, dans la conjonctivite lymphatique, ces régions ne participent que peu ou point à l'inflammation. Un grand nombre d'auteurs considèrent la forme pustuleuse comme une forme mixte de conjonctivite catarrhale et de conjonctivite lymphatique. En pratique, le traitement doit en tenir compte, de telle sorte qu'au début de la maladie, c'est d'ordinaire par la cautérisation au nitrate d'argent en solution qu'on obtient les meilleurs effets, tandis que plus tard, après la cessation des phénomènes inflammatoires les plus prononcés, c'est le calomel qui rend les meilleurs services.

Les trois variétés de catarrhe que nous venons de citer se rencontrent principalement chez les enfants et les jeunes gens. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles s'observent chez les adultes ; par contre, chez ces derniers on rencontre beaucoup plus fréquemment l'ulcère catarrhal cornéen en forme de croissant, que l'on ne trouve que rarement chez les enfants. Sur le même œil peuvent se présenter plusieurs ulcères situés sur différents points du pourtour cornéen, et, lorsqu'ils deviennent confluents, ils en arrivent à former un ulcère unique, annulaire,

embrassant tout le pourtour cornéen. L'opacité que laisse après la cicatrisation cet ulcère annulaire présente beaucoup de ressemblance avec l'arc sénile de la cornée (voir § 20). Dans les cas où un pareil ulcère avait envahi les couches profondes, on a observé quelquefois des conséquences très fâcheuses, notamment une ectasie permanente de la cornée. En effet, la cornée, amincie par le sillon profond qui court le long de son bord, n'étant plus susceptible de résister à la pression intraoculaire, s'ectasie en totalité. Alors toute la région cornéenne renfermée dans l'anneau fait saillie sur les parties marginales de la cornée à la façon d'un verre de montre.

Notre remède par excellence contre le catarrhe, le nitrate d'argent, a été, au siècle dernier, introduit par *Saint-Yves* dans la thérapeutique contre les inflammations de la conjonctive. Cependant ce n'est que dans ce siècle qu'il a reçu une application générale. On éprouvait une crainte bien légitime à introduire dans un œil violemment enflammé un liquide aussi irritant que l'est la solution de pierre infernale. En effet, cette solution provoque dans un œil parfaitement sain une forte irritation de la conjonctive, et il n'est pas difficile, en répétant l'application, de produire un catarrhe artificiel. Comment se fait-il donc que la solution de pierre infernale agisse si favorablement contre le catarrhe conjonctival ? La couche mince, de teinte blanc bleuâtre, qui tapisse la conjonctive immédiatement après l'application de la solution, provient de ce que l'albumine des cellules des couches superficielles de l'épithélium se coagule sous l'influence du nitrate d'argent ; ces couches deviennent ainsi opaques et se mortifient. L'escarre agit comme un corps irritant qui augmente l'hyperémie préexistante. Cela ne cause pas seulement une augmentation des symptômes subjectifs (exacerbation), mais amène encore la production sous l'escarre d'une exsudation qui la détache et finit par l'éliminer. On croit que cet épanchement pourrait avoir pour résultat de dégorgier les vaisseaux et de diminuer consécutivement l'hyperémie. S'il était reconnu que des microorganismes sont la cause du catarrhe, on pourrait peut-être trouver une meilleure explication de l'action du nitrate d'argent, en admettant que les microorganismes, qui se trouvent dans les couches superficielles de l'épithélium, sont détruits en même temps que les cellules épithéliales par la solution argentique, et finalement éliminés.

La solution de nitrate d'argent trouve une large application, non seulement dans le catarrhe, mais encore dans d'autres affections conjonctivales. Aussi doit-on se pénétrer des préceptes suivants. Un grand nombre de médecins emploient des solutions plus ou moins fortes suivant l'effet qu'ils veulent obtenir. Cependant la solution à 20/0 peut toujours suffire, puisqu'il est possible de rendre l'action du médicament plus ou moins efficace en touchant plus ou moins fort. Il ne faut jamais cautériser le soir, car, après la cautérisation, les paupières restant fermées, pendant le sommeil toute la masse sécrétée serait retenue dans le cul-de-sac conjonctival. Pour le même motif, il ne faut pas appliquer de bandeau immédiatement après la cautérisation. — La présence d'ulcères cornéens ne constitue pas une contre-indication pour la cautérisation ; au contraire, l'indication en est formelle dans le cas où ces ulcères paraissent de nature catarrhale. Seulement, ici plus encore qu'ailleurs, il faut avoir soin d'empêcher que le caustique ne vienne

en contact avec la cornée. — Si l'on prolonge trop longtemps (des mois et des années) l'application du nitrate sur la conjonctive, cette membrane acquiert peu à peu une teinte d'un gris sale qui ne disparaît plus dans la suite; c'est le phénomène qu'on appelle l'argyrose ou l'argyrie(1); il est dû à ce que l'argent se dépose, pour ne plus disparaître, dans le tissu conjonctival (dans les fibres élastiques), sous forme d'oxyde et d'albuminate d'argent. L'instillation prolongée de la solution de nitrate d'argent provoque plus facilement encore l'argyrose que la cautérisation au moyen du pinceau, puisque, dans ce cas, l'excédent de solution n'est pas enlevé par le lavage, mais demeure dans le sac conjonctival. On observe la même coloration de la conjonctive quand — par exemple chez beaucoup d'ouvriers qui travaillent l'argent — la conjonctive est constamment exposée à la poussière d'argent.

On emploie aussi dans le catarrhe conjonctival, ainsi que dans d'autres affections de la conjonctive, l'acétate de plomb, tantôt comme astringent, tantôt comme caustique léger, soit en solution en compresses, en instillations, en badigeonnage, soit sous forme de pommade. Tant que la cornée est intacte, le médicament ne présente pas d'inconvénients, mais, dès qu'il y a une perte de substance (ulcère) dans la cornée, l'application prolongée du plomb produit à l'endroit de l'ulcère une tache blanche brillante qui constitue une opacité cornéenne très difforme. Cette tache, appelée *inerustation plombique*, est due à une imprégnation du tissu cornéen par le sel de plomb, et il est difficile ou même impossible de la faire disparaître. Pour ce motif il vaut mieux, en règle générale, se servir le moins possible de l'acétate de plomb, pour le traitement des maladies de la conjonctive, d'autant plus que l'on dispose d'autres moyens qui mènent au même but, sans faire courir les mêmes dangers.

On doit éviter autant que possible l'application d'un bandeau sur les yeux atteints de catarrhe ou de toute autre affection accompagnée d'une sécrétion abondante, car on empêche ainsi le libre écoulement des matières sécrétées.

#### b) Conjonctivite catarrhale chronique

§ 9. SYMPTÔMES. — Dans le catarrhe conjonctival chronique, les altérations *objectives* sont, dans leur ensemble, peu prononcées. La conjonctive n'est que modérément injectée au niveau du tarse ou en même temps du cul-de-sac. Elle est lisse et non gonflée; ce n'est que dans les cas anciens que l'on voit survenir de l'hypertrophie avec épaissement et état velouté de la conjonctive. La sécrétion est peu abondante et se manifeste surtout par l'agglutination des paupières le matin. L'écume blanche que l'on trouve souvent aux angles palpébraux provient de ce que, à la suite du clignotement fréquent, le liquide lacrymal, mêlé à la sécrétion des glandes

(1) ἄργυρος, argent.

de *Meibomius*, est battu en une espèce d'émulsion mousseuse. L'humidité permanente de la peau à cet endroit provoque la formation d'excoriations. Dans beaucoup de cas, la sécrétion paraît même plutôt diminuée qu'augmentée. En raison du faible degré ou de l'absence même de l'augmentation de la sécrétion, beaucoup d'auteurs considèrent ces sortes d'affections, non pas comme des catarrhes, mais comme de simples hyperémies de la conjonctive.

En raison du peu de signification des symptômes objectifs, il faut accorder d'autant plus d'importance aux plaintes du patient. Car les *symptômes subjectifs* sont le plus souvent si caractéristiques qu'à eux seuls ils suffisent pour établir le diagnostic. D'habitude les sensations désagréables sont plus fortes vers le soir. Le poids des paupières, à peine sensible pendant le jour, est tellement considérable le soir, que les patients ont de la peine à tenir les yeux ouverts; ils sont comme accablés par le sommeil. La sécrétion peu abondante, qui séjourne dans le cul-de-sac conjonctival sous forme de filaments muqueux, donne la sensation désagréable de la présence d'un corps étranger, absolument comme si un grain de poussière se trouvait dans l'œil. Dans le cas où ces filaments muqueux viennent à se déposer sur la cornée, la vision en est troublée, ou bien la flamme de la bougie s'entoure d'anneaux irisés. En outre, le patient se plaint de sensations pénibles de diverses espèces, telles que brûlures et prurit, éblouissement à la lumière, prompte fatigue des yeux au travail, clignotement fréquent, etc. Le matin, les paupières sont un peu agglutinées, ou bien l'on trouve un petit dépôt jaunâtre de sécrétion desséchée dans l'angle interne de l'œil. Dans d'autres cas, il existe un sentiment désagréable de sécheresse aux yeux qui ne s'ouvrent qu'avec difficulté. Cet état donne au patient l'impression que ses paupières desséchées sont collées au globe oculaire (catarrhe sec). L'intensité de ces sensations variées n'est pas dans un rapport déterminé avec les symptômes objectifs. On voit, en effet, chez beaucoup de personnes, la conjonctive assez fortement injectée, sans qu'elles se plaignent le moins du monde; tandis que chez d'autres, qui agacent le médecin à force de se plaindre, c'est souvent avec peine que l'on peut observer quelque changement à la conjonctive.

MARCHE. — La conjonctivite chronique est une des affections oculaires les plus fréquentes. Elle atteint principalement les adultes, et notamment les personnes âgées. Chez les vieillards, il est presque de règle de trouver un léger degré de conjonctivite catarrhale chronique que l'on désigne sous le nom de catarrhe sénile. La durée de la conjonctivite chronique est d'ordinaire longue, beaucoup de personnes en souffrent une grande partie de la vie.

La maladie peut entraîner des complications qui produisent des altéra-

tions partiellement irréparables. Une des complications les plus fréquentes est l'inflammation du bord palpébral — blépharite — causée par la fréquente humectation des bords palpébraux, provoquée elle-même par l'abondance de la sécrétion lacrymale. C'est encore à l'écoulement des larmes que la peau de la paupière inférieure doit de devenir eczémateuse ou bien rigide et de se raccourcir de façon que son bord libre ne s'applique plus exactement sur le bulbe. Il s'ensuit que le point lacrymal ne plonge plus dans le lac lacrymal, ce qui empêche les larmes d'arriver dans le sac lacrymal. De cette manière le larmolement devient plus abondant et réagit défavorablement sur l'état de la peau. Il s'établit ainsi un cercle vicieux qui produit une chute de plus en plus prononcée de la paupière inférieure, et finalement un ectropion. Cette terminaison est encore favorisée par le fait que le patient, en essuyant les larmes qui coulent fréquemment le long de la joue, exécute, avec le mouchoir, toujours les mêmes frottements de haut en bas et favorise ainsi l'abaissement de la paupière inférieure. Lorsque le raccourcissement provoqué par l'épiphora s'opère plutôt dans le sens horizontal, il se développe un blépharophimos. Enfin le catarrhe fait souvent naître de petits ulcères cornéens.

ÉTILOGIE.— Les causes du catarrhe chronique sont : 1° un catarrhe aigu préalable qui passe à l'état chronique au lieu de guérir complètement ; 2° en général des influences nuisibles de diverses espèces. A ces influences appartient avant tout une atmosphère viciée, corrompue par la fumée, par la poussière, par la chaleur, par la présence d'un grand nombre de personnes, etc. Les ouvriers, dans les fabriques où il y a beaucoup de poussière, les garçons, dans les cafés où l'on fume beaucoup, etc., souffrent fréquemment de catarrhes conjonctivaux. Les veilles prolongées, les nuits sans sommeil, l'usage immodéré de boissons spiritueuses y prédisposent également. Les personnes qui souffrent déjà de catarrhe chronique se trouvent plus mal, après avoir été exposées à l'une ou l'autre de ces causes, par exemple après une soirée passée au théâtre ou dans un lieu rempli de fumée. L'action prolongée du vent et du mauvais temps provoque très souvent un catarrhe chez les campagnards et les cochers, etc. Pour le même motif, les yeux qui proéminent fortement (à fleur de tête) ou dont les paupières sont trop courtes (lagophtalmos) sont souvent atteints de catarrhe parce qu'ils sont trop peu protégés contre l'influence de l'air. L'action que le contact permanent de l'air exerce sur la conjonctive se remarque très bien dans l'ectropion, où la conjonctive du tarse, mise à nu, est très rouge, épaissie, veloutée et même rugueuse. La conjonctive supporte tout aussi peu d'être privée d'air que d'y être constamment exposée. C'est pour ce motif qu'un bandeau longtemps maintenu sur l'œil y provoque le développement d'un catarrhe chronique ; 3° des efforts excessifs de l'œil,

surtout chez les hypermétropes et les astigmatés, peuvent avoir pour conséquence le développement d'un catarrhe ; 4° des injures locales. A celles-ci appartient l'irritation de la conjonctive par la présence de corps étrangers dans le cul-de-sac conjonctival, en y comptant, dans un sens plus large du mot, les cils dirigés contre l'œil. Dans la plupart des cas, la cause locale dépend d'une autre affection de l'œil, dont le catarrhe n'est qu'une complication ; tels sont, par exemple, la blépharite ou les infarctus des glandes de Meibomius. La stase lacrymale, dépendant d'une blennorrhée du sac lacrymal ou de l'immersion défectueuse des points lacrymaux dans le lac lacrymal, est une cause fréquente de catarrhe. Aussi dans un catarrhe unilatéral ne doit-on jamais négliger d'examiner les voies lacrymales. Les catarrhes produits par des causes locales se distinguent de ceux provoqués par des causes générales en ce que, très fréquemment, ils sont unilatéraux, tandis que, pour les derniers, il est naturel que les deux yeux soient plus souvent atteints simultanément.

TRAITEMENT. — Il est évident que le traitement doit surtout s'attaquer à l'élément causal, en régularisant le genre de vie en général, autant que la chose est compatible avec la profession du patient, et en écartant toute espèce de causes locales propres à engendrer le catarrhe, etc. Pour le traitement du catarrhe chronique lui-même, tout comme pour le catarrhe aigu, le premier médicament auquel il faut avoir recours est le nitrate d'argent. On l'applique au moyen du pinceau (en solution à 2 0/0) ou en instillation (en solution à  $\frac{1}{4}$  —  $\frac{1}{2}$  0/0). On ne s'en sert que dans le cas où le catarrhe est accompagné d'une abondante sécrétion et de relâchement de la conjonctive. Il n'est pas rare en effet que, dans le cours d'un catarrhe chronique, il se manifeste des poussées de catarrhe aigu. On se sert encore du nitrate d'argent quand la conjonctive est déjà hypertrophiée.

En dehors de ces cas, on s'adresse à des collyres astringents que le malade peut instiller lui-même. Les plus employés sont le collyre astringent jaune (1) et le laudanum de Sydenham. Ces deux médicaments ne se prescrivent habituellement pas purs, mais additionnés d'une fois leur volume d'eau. Ensuite la pierre divine et le sulfate de zinc, tous les deux

(1) Ce collyre, appelé aussi eau d'Horst, n'est plus officinal aujourd'hui dans la plupart des pays ; il rend cependant des services signalés dans un grand nombre de cas où il ne peut être remplacé par aucun autre. D'après la nouvelle (septième) édition de la pharmacopée autrichienne, qui est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1890, on doit le préparer de la manière suivante : Ammonii chlorati 0.5, zinci sulfurici 1.25, solve in aquæ distillatæ 200.0, adde camphoræ 0.4, solute in spirit, vini dil. 20.0, croci 0.1. Digere per 24 horas sæpius agitando, filtra. Le collyre de Romershausen, que l'on emploie fréquemment aussi dans le catarrhe chronique, se compose d'un mélange de teinture de fenouil et d'eau de fenouil.

en solution de  $\frac{1}{2}$  — 1 0/0; enfin, l'alun, le tannin, l'acide borique et autres astringents.

L'ordre dans lequel ces collyres sont cités ici indique à peu près la gradation descendante depuis le plus fort jusqu'au plus faible. On les instillera une ou deux fois le jour, mais jamais le soir. J'en ai cité un si grand nombre parce qu'il est bon d'en avoir un bon choix à sa disposition, pour pouvoir les alterner pendant la longue durée du catarrhe. Tout médicament, en effet, employé pendant longtemps, perd de son activité, parce que la conjonctive s'y habitue. Contre l'agglutination des paupières, ainsi que contre toute espèce d'excoriations, on se sert de la pommade au précipité blanc ( $\frac{1}{2}$  — 1 0/0) en onction le soir, avant le coucher, sur les paupières fermées.

#### c) Conjonctivite folliculaire

§ 10. Le catarrhe folliculaire est caractérisé par la présence des follicules. Ce sont de petites granulations (de la grosseur d'une tête d'épingle) rondes, qui se trouvent dans le cul-de-sac conjonctival. Elles ont un aspect pâle et translucide et soulèvent la conjonctive sous forme de petites élevures. Quelquefois elles sont isolées, d'autres fois elles sont nombreuses et habituellement rangées en file — comme les grains d'un chapelet. — L'examen microscopique nous apprend que les follicules, aussi bien que ce que l'on appelle les granulations trachomateuses, sont constitués par une accumulation circonscrite de tissu adénoïde (fig. 24, T).

Les follicules s'observent le plus souvent chez les individus jeunes et peuvent accompagner aussi bien le catarrhe aigu que le catarrhe chronique. Ils ont de l'importance, en ce sens que leur présence présage une longue durée de l'affection. Dans les cas chroniques, les follicules restent pendant des années dans la conjonctive. — Finalement ils disparaissent sans laisser de traces. Malgré sa durée donc, le pronostic de l'affection est favorable, puisqu'elle guérit sans conséquence fâcheuse. C'est par ce caractère que le catarrhe folliculaire se distingue du trachome qui lui ressemble en apparence beaucoup, mais qui conduit toujours à des altérations permanentes de la conjonctive.

L'étiologie du catarrhe folliculaire n'est pas encore certaine jusqu'ici. Suivant les uns, la cause en serait de nature infectieuse, miasmatique selon les autres (l'air corrompu). Cependant, ni les uns ni les autres ne sont en état d'étayer leur opinion de preuves suffisantes. C'est surtout dans les écoles que la maladie s'observe fréquemment, ainsi que dans les pensionnats, etc., où souvent un grand nombre d'enfants sont atteints en même

temps. Chez beaucoup d'entr'eux, l'affection existe sous une forme latente; nonobstant le nombre considérable de follicules, la conjonctive reste pâle et n'est le siège d'aucune espèce de sensation, au point que la maladie n'est reconnue qu'à l'occasion d'un examen médical.

Le traitement est le même que celui qu'on a l'habitude d'employer en général contre le catarrhe conjonctival. Il a pour effet de faire disparaître les phénomènes inflammatoires du côté de la conjonctive et la gêne qui en résulte; mais, malgré le traitement, les follicules persistent d'ordinaire opiniâtement. Pour les faire disparaître à leur tour, le mieux est d'introduire dans le cul-de-sac une pommade plombique (acétate de plomb 0,1 — 0,2 grammes sur 3 grammes d'axonge). Mais il ne faut pas oublier que la présence d'ulcères cornéens constitue une contre-indication formelle de l'emploi d'une pommade plombique quelconque. Pour les cas où les follicules ne produisent aucune gêne, mieux vaut renoncer à tout traitement. Comme en général pour tout catarrhe, on conseille ici tout spécialement le séjour dans un air frais et pur.

#### II. — CONJONCTIVITE GROUPELE OU MEMBRANEUSE

§ 11. SYMPTÔMES ET MARCHE. — L'inflammation débute par les symptômes d'une violente ophtalmie catarrhale. Ces symptômes arrivent en quelques jours à un degré d'intensité qu'ils n'ont pas l'habitude d'acquiescer dans le catarrhe. Les paupières s'œdématisent, la conjonctive rougit et gonfle, notamment dans le cul-de-sac, enfin il survient une sécrétion abondante, muco-purulente. Dès que l'inflammation est arrivée à ce point, on voit apparaître sur la conjonctive du tarse seule, ou en même temps sur celle du cul-de-sac, une membrane d'un blanc grisâtre, c'est la membrane croupale qui est caractéristique de la maladie. Cette membrane est assez fortement adhérente à la surface de la conjonctive, cependant on peut habituellement l'en arracher avec une pince. On trouve alors sous la membrane croupale la conjonctive très rouge, gonflée, et par-ci par-là saignante, bien qu'elle n'accuse pas une perte de substance notable. Cette particularité démontre que la membrane s'est formée à la surface de la conjonctive et n'intéresse pas les couches profondes, à la différence de ce qui a lieu pour la diphtérie de la conjonctive. Au bout d'un ou deux septénaires, les membranes disparaissent peu à peu et l'œil présente alors les signes d'un catarrhe simple violent qui, d'habitude, disparaît spontanément au bout d'une ou de deux autres semaines. Généralement donc la maladie se termine par la guérison complète. Ce n'est que dans des cas rares que l'inflammation devient si violente que la conjonctive bulbaire se recouvre