

VI. — CONJONCTIVITE LYMPHATIQUE (SCROFULEUSE,
PHLYCTÉNULAIRE)

§ 18. SYMPTOMES. — Dans sa forme typique la plus simple, le tableau symptomatologique de la conjonctivite lymphatique est le suivant : sur un point du limbe conjonctival, il se forme une petite élevation rouge, à peu près de la grosseur d'un grain de millet ; c'est l'*efflorescence*. Au début, celle-ci est conique et son sommet est couvert de l'épithélium de la conjonctive. Bientôt, l'épithélium du sommet de l'efflorescence s'élimine et le tissu qui se trouve immédiatement sous le revêtement épithélial se détruit, de façon que le sommet du cône disparaît. Celui-ci porte alors à son sommet un petit ulcère gris, qui proémine par conséquent au-dessus du niveau de la conjonctive saine environnante. Par destruction ultérieure, le cône disparaît finalement tout entier, l'ulcère s'affaisse au niveau de la conjonctive, se nettoie rapidement et se recouvre d'épithélium. Alors l'ulcère est cicatrisé, sans laisser de trace visible dans la conjonctive. Tout ce processus se termine dans un intervalle de huit à quinze jours.

Au moment où l'efflorescence apparaît, la conjonctive environnante s'hyperémie ; les vaisseaux injectés convergent de tous côtés vers la petite tumeur. La partie de la conjonctive, devenue rouge ainsi, prend la forme d'un triangle, dont la pointe correspond au limbe et à la petite tumeur ; le reste de la conjonctive est complètement pâle.

Le type le plus simple de la conjonctivite lymphatique est donc représenté par une petite nodosité exsudative nettement circonscrite, à laquelle correspond une certaine étendue de conjonctive injectée. La conjonctivite lymphatique est par conséquent une affection strictement localisée sur un point de la conjonctive bulbaire, et c'est ce qui la distingue de toutes les conjonctivites déjà décrites. Celles-ci, en effet, sont toutes des inflammations diffuses, puisqu'elles s'étendent d'une manière uniforme sur de grandes surfaces de la conjonctive.

Les formes cliniques réelles de la conjonctivite lymphatique présentent les variations les plus diverses de la forme typique simple que nous venons de décrire. Ces variations concernent :

a) *Le nombre des efflorescences*. Il est rare qu'il n'y en ait qu'une seule, le plus souvent il y en a plusieurs, fréquemment on en trouve un grand nombre. D'ordinaire, elles sont d'autant plus grandes qu'elles sont moins nombreuses ; dans quelques cas rares, elles gagnent presque la grosseur d'une lentille. Lorsque les efflorescences sont nombreuses, elles sont petites ;

souvent on trouve tout le limbe et même la cornée complètement couverts de toutes fines élevures, de façon que l'on dirait que, sur la surface du globe oculaire, on a répandu du sable. Quand les efflorescences n'ont que ces dimensions, elles disparaissent habituellement par résorption au bout de quelques jours sans s'ulcérer. Lorsque plusieurs efflorescences se développent à la fois, les triangles injectés de la conjonctive bulbaire appartenant à chacune d'elles deviennent confluent, et le caractère de la localisation de l'affection en foyer n'est plus manifeste. Le seul signe sensible de ce caractère, c'est la présence des diverses petites tumeurs exsudatives. En outre, quand l'inflammation est intense, la conjonctive palpébrale y participe également, ce qui fait alors que la conjonctivite lymphatique n'est plus une affection limitée simplement à la conjonctive bulbaire.

b) *Le siège des efflorescences* n'est pas toujours dans le limbe même, il peut se trouver aussi plus en dehors, dans le segment antérieur de la conjonctive bulbaire, ou encore en dedans du limbe dans la cornée même. Dans la cornée se trouvent de petites nodosités grises constituées par un dépôt de cellules rondes, et logées superficiellement entre la membrane de Bowman (fig. 23, B) et l'épithélium (fig. 23, E) qu'elles soulèvent.

La destruction de l'efflorescence occasionne une perte de substance dans la cornée, perte toute superficielle, qui n'intéresse que l'épithélium seul et qui se cicatrise sans laisser d'opacité permanente. Mais souvent il arrive que l'affection revêt un caractère plus grave, en ce sens que les exsudats de la cornée ont de la tendance à s'étendre en profondeur ou en largeur. C'est ainsi que l'infiltration peut perforer la membrane de Bowman, et pénétrer dans le tissu propre du parenchyme cornéen. Dans ce cas, il y a destruction de ce tissu, d'où un ulcère qui s'étend en profondeur et peut même perforer la cornée. Alors, après la cicatrisation de l'ulcère, il reste une opacité permanente.

c) Les ulcères cornéens qui se sont ainsi développés peuvent revêtir un caractère serpiginieux, c'est-à-dire se propager suivant la surface. C'est de cette manière que se forme la *kératite en bandelette* (Fischer), ou *kératite fasciculaire*, appelée encore, par *Stellwag*, pont herpétique. Voici

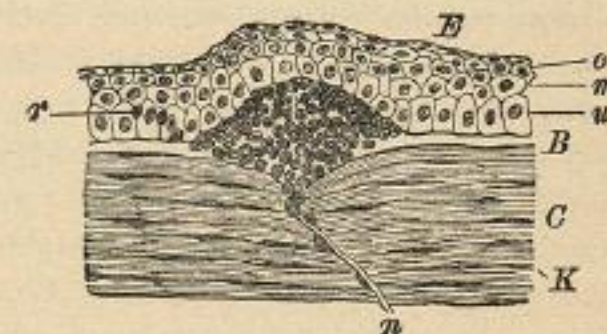


FIG. 23. — Efflorescence sur la cornée dans la conjonctivite lymphatique, d'après Iwaxow. — La nodosité, composée de cellules, siège entre la membrane de Bowman B et l'épithélium E qu'elle soulève. Dans l'épithélium, on distingue la couche la plus profonde de cellules cylindriques u, la couche moyenne de cellules polygonales m et la couche superficielle de cellules plates o ; entre les cellules épithéliales sont compris quelques leucocytes r. Le parenchyme cornéen C, avec ses corpuscules cornéens K, est traversé par un nerf n qui aboutit en haut à la nodosité.

comment cette affection débute : sur le bord de la cornée, se développe une efflorescence, qui laisse après elle un petit ulcère occupant un point de la périphérie de la cornée. Au bout de quelques jours, le petit ulcère se déterge dans sa moitié périphérique tournée du côté du bord de la cornée. En même temps, suivant la marche habituelle de l'ulcère cornéen régressif, il se développe dans le limbe des vaisseaux qui s'avancent vers le bord de l'ulcère en voie de guérison et qui concourent au travail de cicatrisation. Mais, entre-temps, le bord de l'ulcère tourné vers le centre de la cornée reste infiltré et gris. Comme l'infiltration et la destruction purulente consécutive font des progrès constants, l'ulcère s'avance de plus en plus vers le centre de la cornée, tandis qu'il se cicatrise dans la même mesure du côté de la périphérie et qu'il entraîne avec lui les vaisseaux sanguins. C'est ainsi que la kératite en bandelette est représentée par une bandelette étroite et rouge, formée de vaisseaux (de là son nom), qui, partant du bord cornéen, s'étend à une certaine distance sur la cornée. A la pointe de la bandelette se trouve un petit croissant gris. C'est le bord progressif, gris et infiltré de l'ulcère. Le mal ne s'arrête et ne se guérit que lorsque le petit ulcère se cicatrise complètement. Mais, avant ce temps, la bandelette vasculaire peut s'étendre jusqu'au centre et même au-delà de la cornée. L'ulcère cependant reste toujours superficiel et jamais l'on n'a observé qu'il ait produit la perforation de la cornée. Lorsque finalement les progrès de la kératite en bandelette se sont arrêtés, les vaisseaux disparaissent graduellement et il ne reste qu'une opacité cornéenne superficielle qui correspond à la forme allongée de la bandelette vasculaire. Cette opacité ne s'éclaircit plus jamais et permet ainsi de diagnostiquer pendant toute la vie qu'une kératite en bandelette a existé.

d) Les cas les plus graves de conjonctivite lymphatique sont ceux dans lesquels l'exsudat se manifeste dès le début, sous forme d'une large infiltration occupant les couches profondes de la cornée. On trouve alors celle-ci envahie sur une grande étendue par une opacité uniformément grise ou jaunâtre, dont les bords ne sont pas nettement limités et qui siège dans les couches profondes de la cornée; au niveau de l'opacité, la cornée paraît picotée. Dans les cas graves, l'infiltration, qui était primitivement grise, devient de plus en plus jaune et subit finalement la transformation purulente, de façon à amener une large perte de substance dans la cornée. Dans les cas bénins, au contraire, l'infiltration disparaît peu à peu par voie de résorption et la cornée redevient partiellement ou totalement transparente. On est étonné de voir jusqu'à quel point des infiltrations même étendues peuvent disparaître.

e) Au lieu de se montrer sous forme de foyers circonscrits, l'exsudat peut se transformer, sur la surface de la cornée, en un tissu nouveau con-

tinu, c'est-à-dire en *pannus*. Ce pannus porte le nom de pannus scrofuleux, pour le distinguer du pannus trachomateux. Il ne montre pas, comme celui-ci, de la prédilection pour la moitié supérieure de la cornée, mais il prend naissance sur n'importe quel point du bord de cette membrane. Il est habituellement mince, peu vascularisé et susceptible de disparaître complètement.

La conjonctivite lymphatique est le plus souvent accompagnée d'un larmolement abondant. Il n'existe généralement pas de sécrétion muqueuse ou muco-purulente, comme dans le catarrhe; c'est pourquoi les paupières ne sont pas collées le matin. Il n'y a d'exception que pour les cas anciens où l'inflammation, intéressant également la conjonctive palpébrale, y a produit l'effet d'une inflammation catarrhale concomitante.

Les symptômes subjectifs consistent en photophobie et crampes des paupières (blépharospasme). Bénins dans beaucoup de cas, ces symptômes acquièrent d'autres fois une intensité inaccoutumée: les enfants se cachent dans quelque coin obscur de la chambre, ils se couvrent la figure de leurs mains et s'opposent si énergiquement à toute tentative d'écartement des paupières que le médecin éprouve de grandes difficultés pour faire l'examen des yeux. Il n'y a aucun rapport constant entre l'intensité de ces symptômes et la gravité de la maladie; c'est, au contraire, précisément dans les cas, où l'affection de la cornée est étendue et profonde que les phénomènes irritatifs sont souvent réellement bénins. En général — à l'inverse de ce qui a lieu pour le catarrhe conjonctival — les souffrances sont plus fortes le matin que l'après-midi et le soir.

MARCHE ET PRONOSTIC. — La simple efflorescence typique sur le limbe parcourt toutes ses phases jusqu'à sa disparition complète, en huit ou quinze jours. Si les efflorescences sont multiples, le temps nécessaire à leur guérison est proportionnellement plus long. Malgré cela, la maladie serait encore de courte durée, si elle se bornait à une seule et unique attaque. Mais ce n'est que rarement le cas. Car, après un certain temps de repos, ou même avant que la première inflammation soit entièrement terminée, l'œil s'injecte de rechef et de nouvelles nodosités poussent sur le limbe ou à côté. Ainsi, avec des intermittences plus ou moins longues, l'affection peut traîner des mois et des années. Elle débute dans l'enfance, mais les attaques reviennent souvent jusqu'au temps de la puberté, quelquefois même au delà. Tantôt l'un des yeux est atteint, tantôt l'autre ou même tous les deux simultanément. Enfin les atteintes deviennent de plus en plus rares et finissent par cesser entièrement.

L'humectation constante des paupières par les larmes produit souvent de la blépharite, ainsi que de l'eczéma palpébral et, consécutivement, un ectropion de la paupière inférieure. Souvent on observe des excoriations

siégeant à l'angle palpébral externe, et plus tard se développe souvent un blépharophimosis.

Le pronostic de la conjonctivite lymphatique est favorable, en ce sens qu'il est rare qu'elle amène la perte complète d'un œil. Les efflorescences superficielles disparaissent sans laisser de traces; les ulcères, au contraire, qui intéressent le parenchyme cornéen proprement dit, laissent des opacités permanentes, qui sont cependant, dans la plupart des cas, minces et superficielles (macule cornée). Chez les personnes qui ont eu à subir un grand nombre d'atteintes, les cornées portent plusieurs de ces macules, indices d'inflammations antérieures. La vue en devient plus mauvaise et empêche ces personnes de se livrer à des travaux délicats. En outre, les inflammations oculaires, réapparaissant coup sur coup, ont pour effet d'arrêter les enfants dans leur développement physique et intellectuel. Par conséquent, quoique la conjonctivite lymphatique n'amène qu'exceptionnellement la cécité, elle est néanmoins si nuisible à celui qui en est atteint qu'il faut la combattre par tous les moyens dont on dispose.

§ 19. ÉTIOLOGIE. — La conjonctivite lymphatique est une des affections oculaires les plus fréquentes. Elle est sous la dépendance de la diathèse scrofuleuse. Cette conjonctivite, comme la scrofuleuse elle-même, est une affection de l'enfance et de la jeunesse. Il est rare qu'on la rencontre chez de tout petits enfants — en dessous d'un an. Elle disparaît habituellement vers l'âge de la puberté. Quant aux adultes, ils n'en sont atteints que dans le cas où ils en ont souffert dans leur enfance. Les enfants frappés de conjonctivite lymphatique appartiennent, dans l'immense majorité des cas, aux classes pauvres. En effet, ces enfants sont insuffisamment et mal nourris, vivent dans des habitations sales, humides et mal aérées. D'autres enfants, qui étaient auparavant en bonne santé, sont affaiblis par des maladies générales (scarlatine, rougeole, fièvre typhoïde, coqueluche, etc.).

Les enfants scrofuleux sont pâles et émaciés, ou bien ils sont bouffis. Ils ont les ganglions engorgés sous la mâchoire inférieure, au cou, devant les oreilles. Ils portent des ulcérations et des fistules qui demandent des mois et même des années pour se guérir, et qui laissent des cicatrices très difformes et caractéristiques. Ces ulcérations et ces fistules proviennent de glandes suppurées et d'infiltrations cutanées ulcérées. On observe des eczéma humides sur divers endroits du corps, le plus souvent à la face; c'est, au reste, également à une affection eczémateuse de la muqueuse nasale que doit être attribué l'enchifrènement continu dont souffrent plusieurs de ces enfants. Les paupières sont atteintes de blépharite. Le nez et la lèvre supérieure sont devenus épais par suite d'inflammations toujours répétées. On observe aussi chez eux des maladies plus profondes telles que la carie des os (carie du rocher sous forme d'otorrhée), la

tuberculose et, chez les filles, l'apparition tardive et irrégulière des menstrues.

Dans la plupart des cas, la conjonctivite lymphatique est accompagnée de l'un ou l'autre des symptômes scrofuleux mentionnés; quelquefois on en observe plusieurs simultanément. Il est relativement rare de rencontrer l'affection chez un individu d'ailleurs sain; il en est de même pour d'autres phénomènes scrofuleux que l'on rencontre quelquefois d'une manière tout à fait isolée.

TRAITEMENT. — Dans les cas légers, le traitement local consiste dans l'emploi de moyens excitants, principalement du calomel et de la pommade au précipité jaune (pommade de Pagenstecher). Au moyen d'un pinceau de blaireau, on projette en couche mince le calomel, finement pulvérisé, sur la conjonctive de la paupière inférieure; quant à la pommade au précipité (0,05—0,15 gr. précip. jaune sur 5 gr. axonge), on l'introduit dans le cul-de-sac au moyen d'un pinceau ou d'une tige de verre et, par des frictions pratiquées sur les paupières, on l'étend sur toute la surface de la conjonctive. Les deux remèdes sont excitants, mais la pommade au précipité l'est plus que le calomel. Aussi vaut-il mieux n'employer que le calomel au début de la maladie, alors que l'œil présente un état irritatif intense; plus tard quand les phénomènes inflammatoires diminuent, on lui substitue la pommade au précipité jaune. Il ne faut appliquer ces deux remèdes qu'une fois le jour. — Ils sont contre-indiqués, quand il existe des infiltrations de fraîche date, ou des ulcères progressifs de la cornée. Dans ces cas, avant d'en venir aux moyens excitants, il faut — tout en appliquant l'atropine — attendre le moment que l'infiltration ait disparu, ou que l'ulcère se soit détergé. La présence d'un pannus et la kératite en bandelette ne constituent pas une contre-indication à l'emploi du calomel ou de la pommade jaune. Si, par l'application de ces moyens, on ne parvient pas à arrêter les progrès de la kératite en bandelette il ne reste qu'à cautériser le bord progressif du petit ulcère, au fer rouge (galvano-cautère, thermo-cautère). Lorsqu'il s'agit d'ulcères plus larges, à fond sale, ou bien d'infiltrations cornéennes profondes, on retire le plus grand avantage de l'emploi de compresses à l'eau chaude, appliquées sur l'œil fermé plusieurs fois par jour pendant une à deux heures. Pour ce qui concerne le traitement des ulcères plus profonds, ainsi que celui des cicatrices qui résultent des ulcères, on s'en rapportera aux règles générales qui seront exposées à propos des maladies de la cornée. Il faut éviter l'application d'un bandeau, si ce n'est en cas d'absolue nécessité — par exemple, dans le cas d'ulcères cornéens profonds, — sinon mieux vaut s'en abstenir. Le bandeau a l'inconvénient, d'une part, de gêner le libre écoulement des larmes dont la sécrétion est si abondante et, d'autre part, étant

promptement humecté, de produire facilement un eczéma des paupières.

Dans la conjonctivite lymphatique, eu égard à l'étiologie, le *traitement général* est d'une importance capitale. La nourriture des enfants sera substantielle et donnée à des heures régulières. Il faut avoir soin de leur procurer une habitation sèche et bien aérée; on les promènera souvent à l'air, sans faire trop attention à la photophobie dont ils souffrent. Il ne faut, en effet, pas y attacher trop d'importance et c'est une véritable erreur de vouloir tenir les enfants photophobiques dans une chambre obscure.

Pour fortifier les enfants on recourt aux frictions à l'eau froide, au séjour à la campagne, de préférence sur les montagnes, ou au bord de la mer. Pour prévenir les récidives, il est bon, lorsque les symptômes inflammatoires ont disparu, d'employer des bains salés ou des bains de mer. Mais l'exécution de toutes ces mesures est, hélas! trop souvent entravée par des circonstances indépendantes de la volonté du patient, notamment par sa pauvreté.

Le traitement pharmaceutique de la scrofuleuse consiste dans l'usage de l'huile de foie de morue, des préparations iodurées, ferrugineuses, arsenicales et quiniques. Pour l'espèce et la dose des remèdes à employer, on doit se laisser guider par les besoins de chaque cas en particulier.

Un fait qui retentit avantageusement sur la guérison de l'affection oculaire, c'est le traitement des autres manifestations scrofuleuses dont le patient est en même temps atteint, surtout de la blépharite, ainsi que de l'eczéma de la face et de la muqueuse nasale. A cet effet, l'application de la pommade au précipité blanc (1—2 0/0) rend de bons services. Dans la blépharite, on applique cette pommade le soir sur la fente palpébrale fermée. Les points eczémateux de la face seront recouverts d'une compresse enduite de la même pommade; pour combattre l'enchifrènement eczémateux, on introduit cette pommade dans les narines aussi loin que possible. Pour guérir l'eczéma humide de la face, on se sert aussi avec grand avantage d'une solution de nitrate d'argent à 5—10 0/0. Après avoir enlevé les croûtes, on en badigeonne la peau dénudée qui se recouvre alors d'une mince escharre. Sous cette escharre, les points excoriés se cicatrisent promptement. Le badigeonnage doit être répété au début tous les jours, plus tard à plusieurs jours d'intervalle et être continué aussi longtemps que de nouvelles croûtes se reproduisent.

Comme le trachome, la conjonctivite lymphatique porte un grand nombre de *synonymes* tels que: conjonctivite phlycténulaire, pustuleuse, herpès de la conjonctive (Stellwag), conjonctivite exanthématique, eczémateuse (Desmarres, Hörner, Michel). Toutes ces appellations proviennent de l'idée que l'efflorescence de la

conjonctive ou de la cornée est constituée par une vésicule creuse et remplie de liquide (πλύκταινα, vésicule, pustule, vésicule herpétique). Cependant en réalité jamais l'efflorescence n'est formée par une vésicule, elle est au contraire toujours constituée par un tubercule solide, mais mou, produit surtout par l'accumulation de cellules lymphoïdes (fig. 23). Le ramollissement et la liquéfaction de la masse cellulaire ne débute pas au centre du tubercule, mais bien au sommet, de façon qu'on ne voit jamais y survenir une excavation (vésicule ou pustule) mais seulement une perte de substance superficielle (ulcère). De plus le nom d'herpès cornéen pourrait faire confondre l'efflorescence avec le véritable herpès cornéen (herpes febrilis et h. zoster, voir § 42). — Le nom de conjonctivite exanthématique ou eczémateuse a été donné à l'efflorescence conjonctivale par les auteurs qui croient que la conjonctivite lymphatique est l'analogie de l'eczéma de la peau. Certes, cette opinion pourrait être vraie, mais, il faut l'avouer, jusqu'ici rien n'en prouve la certitude; il n'est donc pas permis, du moins quant à présent, de désigner ces deux affections par un seul et même nom. Il sera sans doute difficile d'assigner à la conjonctivite lymphatique une place certaine, avant que l'on en ait découvert le microorganisme caractéristique: un grand nombre de recherches ont déjà été faites dans ce but (Gifford, Burchardt).

Les auteurs font une distinction entre l'affection lymphatique de la conjonctive et celle de la cornée; ils parlent ainsi de conjonctivite et de kératite phlycténulaire, d'herpès de la conjonctive et de la cornée, suivant que l'efflorescence se montre sur la conjonctive ou sur la cornée. C'est ainsi que, par esprit de système, on partage en deux un tableau clinique dont l'unité est absolue. En effet, il ne s'agit que d'une maladie unique qui se localise tantôt sur tel point, tantôt sur tel autre. Il arrive très souvent que l'on observe simultanément, sur le même œil, une efflorescence sur la conjonctive, une seconde sur le limbe, empiétant par moitié sur la conjonctive, par moitié sur la cornée, enfin une troisième, sur la cornée elle-même. C'est pourquoi, dans la description qui précède, on s'est servi de l'expression conjonctivite lymphatique pour désigner la maladie en général, quelque soit le point de la surface bulbaire occupé par l'efflorescence. On peut en agir ainsi sans heurter la vérité anatomique, vu que les couches cornéennes superficielles sont considérées comme la continuation de la conjonctive sur la cornée. On peut donc regarder l'affection de la cornée, dans la conjonctivite lymphatique, comme une maladie du « feuillet conjonctival » de la cornée. C'est ainsi que le pannus trachomateux est considéré comme un phénomène partiel de la conjonctivite trachomateuse et non pas comme une entité morbide distincte.

Le *diagnostic différentiel* entre la conjonctivite lymphatique et les autres affections de la conjonctive et de la cornée est, en règle générale, facile à établir. Ce qu'il y a de caractéristique dans la conjonctivite lymphatique, c'est que la maladie se localise sur un point circonscrit, qui est dans le voisinage de la cornée ou bien sur cette membrane elle-même. Il n'y a qu'une seule espèce de conjonctivite qui ait ce caractère commun avec la conjonctivite lymphatique, c'est la conjonctivite *ex acne*, mais la présence simultanée sur la face d'acné rosacé la fait facilement distinguer (voir § 21). Dans le catarrhe printanier (voir § 20), où il existe également de petites nodosités sur le limbe, la conjonctive pal-

pébrale est en même temps atteinte d'une manière caractéristique. Parmi les affections inflammatoires diffuses de la conjonctive, le catarrhe pourrait être confondu avec la conjonctivite lymphatique. Dans les cas graves et rebelles de conjonctivite lymphatique, l'inflammation passe aussi sur la conjonctive des paupières qui sont alors fortement injectées, gonflées, et même finement veloutées; on voit survenir également une sécrétion conjonctivale muqueuse ou muco-purulente. La distinction entre ces cas et le catarrhe est souvent difficile, surtout lorsque, précisément au moment de l'observation, il n'existe pas d'efflorescence sur la conjonctive bulbaire. Heureusement qu'une erreur de diagnostic est ici sans conséquence, parce que, sur une pareille conjonctive, une cautérisation modérée au moyen d'une solution de nitrate d'argent est toujours indiquée, quelle que soit l'origine de l'affection. La forme pustuleuse du catarrhe conjonctival aigu constitue la transition entre la conjonctivite catarrhale et la conjonctivite lymphatique (voir page 48).

Le pannus scrofuleux se distingue principalement du pannus trachomateux, en ce que, par un examen minutieux de la conjonctive palpébrale et de celle du cul-de-sac, on peut établir la présence ou l'absence des altérations propres au trachome. Pour les ulcères de la cornée résultant des infiltrations d'une conjonctivite lymphatique, il est quelquefois impossible d'en reconnaître l'origine avec certitude, si ce n'est quand l'ulcère a son siège tout au bord de la cornée et empiète sur le limbe conjonctival. Des ulcères situés aussi périphériquement ne s'observent que dans la conjonctivite lymphatique. — La kératite en bandelette peut se confondre facilement avec un petit ulcère cornéen ordinaire auquel, pendant la guérison, le limbe a fourni des vaisseaux, qui forment ainsi un pont vasculaire entre le limbe et le petit ulcère. Dans un cas semblable, il n'y a pas à craindre que l'ulcère s'étende sur le champ pupillaire de la cornée: après la guérison de l'ulcère, il ne reste alors qu'une macule, petite et arrondie, au lieu d'une bandelette allongée opaque, comme dans la kératite en bandelette. Voici comment on distingue les deux affections: dans la kératite en bandelette, le bord ulcéreux gris, progressif se voit facilement, les vaisseaux sanguins qui passent sur la cornée se trouvent dans le sillon que l'ulcère a creusé sur son passage. Ces vaisseaux siègent donc soit au niveau de la surface de la cornée, soit plus profondément. Dans les ulcères simples avec formation de vaisseaux, le sillon et l'opacité qui en résultent font défaut.

Dans le traitement de la conjonctivite lymphatique, c'est le calomel qui joue le rôle principal. Comme cette substance est insoluble dans l'eau, on croyait d'abord que l'action était purement mécanique (ouverture par grattage des efflorescences considérées comme vésicules). Mais contre cette opinion plaide le fait, que l'introduction dans l'œil de poudres inertes, telles que du verre porphyrisé, dont on s'est également servi, ne produit pas le même effet. Les recherches les plus récentes ont démontré que l'action du calomel est de nature chimique. La poudre de calomel séjourne pendant longtemps dans le cul-de-sac conjonctival; de petites parties en sont transformées en sublimé par le chlorure de sodium contenu dans les larmes. Il se produit ainsi constamment une petite quantité de sublimé qui ne cesse d'agir sur la conjonctive. Suivant d'autres, le calomel serait

soluble en petite proportion dans une solution de chlorure de sodium, comme le sont les larmes, et il deviendrait ainsi actif comme tel. Lorsque l'on emploie la poudre de calomel dans l'œil d'un malade qui prend de l'iode à l'intérieur, il n'est pas rare d'observer une action fortement corrosive du calomel; il se produit en effet, au moyen de l'iode éliminé par les larmes, de l'iodure de mercure qui est très corrosif (*Schläpfke*). C'est pourquoi l'emploi de l'une de ces substances exclut l'autre.

Une incommodité, particulièrement désagréable pour ceux qui souffrent de conjonctivite lymphatique, est la *photophobie* qui accompagne si souvent cette affection. Dans certains cas, elle persiste opiniâtrément pendant des mois. Les parents amènent leurs enfants chez le médecin, en disant qu'ils sont « aveugles » depuis autant de semaines. Ces enfants opposent la plus vive résistance à ceux qui veulent leur ouvrir les yeux de force, et ils le font surtout quand ils portent en même temps des excoriations à l'angle externe des paupières. Cela tient à ce que les paupières les font souffrir et saignent facilement quand on les écarte. On fera donc bien dans ces cas de les écarter prudemment et modérément, pour ne pas augmenter encore la résistance de la part des enfants. Par suite de ce blépharospasme ininterrompu, les paupières, surtout les paupières supérieures, deviennent œdémateuses parce que les veines palpébrales, qui traversent l'orbiculaire en contraction permanente, se trouvent comprimées. L'occlusion énergique des yeux fait aussi que souvent les paupières s'incurvent en arrière, ce qui donne lieu à un *entropion spasmodique*. Enfin on a décrit des cas où des enfants, après avoir souffert longtemps de blépharospasme, étaient complètement aveugles, lorsque la contraction spasmodique des paupières avait cessé (*v. Graefe, Schirmer, Leber, Samelsohn, Silex, Furstenheim*). Cette cécité n'est le plus souvent que temporaire. Comme, dans la plupart de ces cas, on n'a pas pu trouver d'altérations objectives qui puissent être considérées comme la cause de la cécité, il n'a pas été possible d'en donner jusqu'ici une explication certaine.

Dans le plus grand nombre de cas, le blépharospasme cède vite, dès que l'affection conjonctivale, qui en est la cause, entre dans la période de guérison par suite d'un traitement approprié. Dans le cas de blépharospasme particulièrement rebelle, on peut frictionner deux ou trois fois par jour le front et les tempes du malade au moyen de l'onguent d'*Arté* (ext. bellad. 0,5 gr. sur 3 gr. ong. gris). Une pratique souvent utile est l'instillation fréquemment répétée de cocaïne, ou l'administration d'une douche générale d'eau froide à laquelle on soumet journellement l'enfant. Enfin l'on peut pratiquer aussi l'incision de la commissure externe (canthoplastie, voir § 169) surtout quand, par suite d'un blépharophimos, la fente palpébrale est anormalement raccourcie.

Herz a fait observer que beaucoup d'enfants, qui souffrent de conjonctivite lymphatique, sont incommodés par des poux de tête, qu'il suffit de détruire, pour que la conjonctivite, jusque-là rebelle à toute espèce de remèdes, se guérisse souvent très rapidement. Il en conclut que l'irritation de la peau, causée par les poux, est capable de provoquer et d'entretenir l'inflammation de la conjonctive.