

CONJONCTIVE

LA CONJONCTIVITE CHRYSOPHANIQUE

Depuis quelque temps, les dermatologistes badigeonnent sur une étendue variable la surface tégumentaire des malades atteints de psoriasis avec une solution dont voici la formule la plus usitée :

Chloroforme. 90 gr.
Gutta-percha 10 gr.
Acide chrysophanique.. 10 gr.

Ce mode de traitement, que j'ai vu employer avec succès à l'hôpital Saint-Louis, n'est pas sans présenter un inconvénient digne de fixer l'attention des ophthalmologistes. A la suite de ces applications, une conjonctivite à forme et à marche particulières fait assez souvent son apparition.

M. le professeur Fournier, en me montrant dans son service des malades chez lesquels il

avait remarqué cette altération, m'a donné l'idée de ce petit travail.

Voici comment les choses se passent :

Dans la nuit qui suit le badigeonnage, le malade est réveillé par une cuisson assez vive à l'un des yeux ; il a des picotements, une sensation désagréable de gravier. Au jour, la douleur a sensiblement augmenté ; il existe du blépharospasme, un larmolement intense, quelquefois un léger degré de photophobie ; la conjonctive est fortement injectée, mais il n'y a pas trace de sécrétion conjonctivale et la cornée est saine.

Cette affection débute donc assez brusquement. Il est de règle qu'elle s'établisse 12 à 24 heures après l'application du topique ; elle est presque toujours double ; un œil se prend, et quelques heures après le second œil s'enflamme. Dans un cas, j'ai vu le deuxième œil s'irriter trois jours après le début du mal sur le premier.

Quand l'affection est établie, outre les symptômes douloureux et irritatifs que je signalais tout à l'heure, la conjonctive bulbaire est très rouge, très vascularisée ; les conjonctives palpébrales offrent le même aspect, surtout la conjonctive palpébrale inférieure, car il arrive quelquefois que la palpébrale supérieure parti-

cipe fort peu au processus inflammatoire ; dans 2 cas, je l'ai trouvée indemne.

La période aiguë dure 3 à 4 jours ; elle est fort douloureuse ; le larmolement et le blépharospasme ne tendent à céder que vers le commencement du 3^e jour. L'injection persiste plus longtemps, surtout sur le bulbe et dans le cul-de-sac inférieur.

En général, tous les phénomènes ont disparu sans aucun traitement au bout de 8 à 10 jours.

J'insiste sur ce fait qu'il n'existe pas de sécrétion conjonctivale ; parfois l'œil est un peu collé le matin au réveil.

L'évolution de la maladie est presque identique sur les deux yeux ; j'ai cru pourtant remarquer que l'affection est un peu moins intense et moins longue sur l'œil pris le second.

Le pronostic est en somme bénin ; j'ai toujours vu la conjonctivite guérir sans complication dans l'espace de temps que j'ai indiqué.

Cette maladie est pénible et douloureuse. Elle effraye les malades et est assez fréquente pour justifier cette étude. J'estime que 4 à 5 0/0 environ des malades badigeonnés sont soumis à cet inconvénient. Ceux d'entre eux qui ont vu la conjonctivite récidiver à chaque application d'acide chrysophanique finissent par redouter cette médication.

Il m'a semblé qu'on pouvait soulager les patients et même abrégé la durée de la maladie en appliquant continuellement sur les yeux des compresses tièdes d'eau boriquée à 4/100.

S'agit-il d'une conjonctivite due à une inoculation directe par l'intermédiaire des mains tachées d'acide chrysophanique ou d'une conjonctivite succédant à l'absorption de la solution déposée sur la surface cutanée, manifestation d'une intoxication générale par l'acide?

La question n'est pas facile à élucider.

Tout d'abord, l'absorption de l'acide chrysophanique peut-elle être prouvée? Pas jusqu'à présent. Le professeur Fournier a fait des recherches dans ce sens; elles ont été infructueuses.

D'autre part, la solution portée directement dans l'œil produit-elle une conjonctivite analogue à celle que j'ai observée? On peut encore répondre négativement.

J'ai mis sur la conjonctive d'un certain nombre de lapins, au moyen d'une allumette, une petite quantité de solution. Dans les 12 expériences que j'ai faites, j'ai toujours vu se produire une conjonctivite muco-purulente. L'abondance de la sécrétion était en rapport avec la quantité de liquide portée dans l'œil et le catarrhe s'est toujours manifesté, même

quand la substance avait été introduite en aussi petite proportion que possible. Deux malades qui s'étaient touché les yeux avec les mains souillées de solution chrysophanique ont aussi présenté une conjonctivite à sécrétion. L'acide chrysophanique mis en poudre sèche produisait la même altération dans l'œil du lapin.

On pourrait conclure de là que notre conjonctivite caractérisée par la sécheresse, ne pouvait être aisément attribuée au contact des doigts, maculés par la solution. Il restait à savoir si elle ne pouvait être imputée aux vapeurs chloroformiques qui se dégagent après l'application du topique. Mais le chloroforme s'évapore avec une très grande rapidité, et nous avons tous vu des malades, soumis à l'anesthésie pendant des heures (ovariotomies, par exemple), qui ne se présentaient pas la moindre conjonctivite. J'ai instillé dans l'œil de mes lapins 2 et 4 gouttes de chloroforme pur, et je n'ai jamais observé qu'une légère inflammation cédant rapidement et n'affectant pas les allures de l'affection qui m'occupe.

Jepenche donc vers cette hypothèse qu'ils'agit là d'une conjonctivite succédant à l'absorption du médicament et cela à cause des faits déjà énoncés et pour les motifs suivants :

Tous les malades (11) que j'ai observés

avaient été prévenus du péril qu'il pouvait avoir à porter les mains aux yeux ; tous se sont énergiquement défendus d'avoir encouru ce danger. Parmi-ceux-ci 4 avaient, à un premier pansement, été atteints de conjonctivite et redoutaient cette complication. On peut donc croire à leur bonne foi ; il s'agissait de gens intelligents et soigneux. Aucun des malades n'avait été enduit aux mains.

Les patients badigeonnés à la face ne semblent pas beaucoup plus sujets à l'affection que ceux badigeonnés au tronc et aux membres inférieurs.

Cette notion que la maladie récidive, qu'elle est toujours double, qu'elle apparaît quelques heures après l'application sont encore des arguments contre l'inoculation.

Je pense néanmoins que des études plus complètes sont nécessaires avant que la question puisse être jugée en dernier ressort.

DES GOMMES DE LA CONJONCTIVE PALPÉBRALE

Les gommages de la conjonctive palpébrale ont été jusqu'ici très peu étudiés, ce qui s'explique par leur rareté proclamée par tous les auteurs classiques.

Un assez grand nombre de travaux ont été faits sur les gommages des paupières en général.

Mackenzie (traduction française 1844), Desmarres (1847), Hirschler (1866), Galezowski (1872), Von Vogel (1873), Michel (1875), Fuchs, Bull, Magawly (1878), Falchi (1879), Tavignot, Wiethe, Julinsbürger (1882), Back, Doming (1884), sont des hommes à citer dès qu'on touche à cette question.

Toutefois, il m'a été impossible de trouver dans la littérature ophthalmologique un travail donnant une idée exacte des gommages de la conjonctive *palpébrale*. Aussi, utilisant deux cas que j'ai eu l'heureuse fortune d'observer, me servant de quelques renseignements fournis par mes prédécesseurs, me permets-je de présenter l'exposé qui va suivre. On me pardonnera aisément de remplacer la lecture aride de deux observations par une étude descriptive.

Le début de la maladie est le plus souvent insidieux, à peine le patient s'aperçoit-il d'une certaine lourdeur, d'une gêne dans les mouvements des paupières. A cette époque, un examen attentif ferait voir la conjonctive soulevée par une ou plusieurs petites grosseurs analogues à des chazions, et, il faut l'avouer, le diagnostic serait fort difficile si les choses restaient en cet état. Bientôt une certaine réaction se produit ; les

tumeurs s'ulcèrent avec des caractères spéciaux, sur lesquels nous reviendrons, et, sous l'influence du traitement, la cicatrisation se fait sans grand fracas, sans grand dégât. Tel est l'aspect de l'affection dans sa forme chronique.

Bien plus caractéristique est la forme aiguë qui, après une période latente de courte durée, force l'attention de l'observateur.

La rougeur débute par le bord ciliaire de la paupière qui s'épaissit, puis elle gagne la presque totalité du voile palpébral en respectant pourtant le tiers supérieur environ. Il existe un œdème assez considérable, la peau est rouge, livide, violacée. En la déprimant, on sent le tarse gonflé, épaissi. Il n'y a pas de sécrétion conjonctivale marquée. Les ganglions préauriculaires et sous-maxillaires sont engorgés. La douleur spontanée n'existe pas ; provoquée, elle est loin d'être vive. Au bout de quelques jours, les phénomènes réactionnels s'amendent, la peau pâlit, perd sa teinte violacée ; seul l'épaississement persiste, puis, peu à peu, très lentement, tout rentre dans l'ordre et la paupière reprend son apparence normale sauf méfaits cicatriciels.

A ces aspects divers du tégument correspondent des manifestations conjonctivales importantes sur lesquelles je vais insister

Au commencement, il existe une ou plusieurs petites tumeurs ayant un volume variant de celui d'un pois à celui d'une noisette et soulevant la conjonctive légèrement hyperémiée qui, bientôt, au niveau de ce soulèvement, va se teinter de petits points jaunâtres, au nombre de deux ou trois pour chaque élevure. C'est la première période ou période d'éruption, qui passerait inaperçue si on n'était amené à retourner la paupière par les plaintes du patient.

Rapidement la gomme crève et la deuxième période dite de ramollissement ou d'ulcération commence. Toutes les élevures n'apparaissent pas et ne s'ulcèrent pas en même temps ; aussi peut-on voir sur une même conjonctive des gommages à la période d'éruption et d'autres à une période déjà avancée du stade ulcéreux.

Les ulcérations gommeuses se rapprochent, en général, de la forme circulaire ; leurs bords adhérents sont taillés à pic, le fond est déchiqueté, raviné, recouvert d'une pellicule, ici grise, là jaune, qui ressemble à des morceaux de filasse. Cette matière, très adhérente par places, se laisse facilement arracher en d'autres points. Certaines ulcérations se réunissent en groupes ; dans ce cas, les unes sont superficielles, les autres profondes, et il existe une disposition en marche d'escalier tout à fait cara-

téristique. Parfois, deux ulcères se fusionnent pour n'en constituer qu'un seul qui se rapproche de la forme circulaire. Entre les ulcères, la muqueuse est boursoufflée, parfois ecchymotique. Constamment, les pertes de substance respectent les culs-de-sac ; elles ne siègent que sur la partie moyenne et inférieure de la conjonctive.

C'est pendant cette période que les phénomènes réactionnels sont les plus intenses. Ils vont s'atténuer dans la troisième période ou période de réparation pour cesser tout à fait lors de la cicatrisation.

Bientôt, surtout si le traitement est actif, les ulcères se détergent, la matière grisâtre disparaît, les bords s'affaissent, le fond se nettoie, se comble et bourgeonne ; l'engorgement ganglionnaire diminue.

De tout cet appareil en somme effrayant, il ne restera qu'une cicatrice blanchâtre, fibreuse, assez souple pour ne pas trop gêner le jeu de la paupière.

Le pronostic est bénin lorsque le traitement est institué à temps ; pourtant, il faut compter avec des rétractions ou des déviations consécutives des paupières, quelquefois avec une chute des cils qui repoussent plus tard, plus souvent avec une atrophie du tarse et un petit degré de lagophthalmos.

Dans les deux cas que j'ai suivis, la guérison a été parfaite. Si l'affection est méconnue ou si elle est traitée tardivement et mollement, il se peut qu'il se produise de la gangrène de la paupière, voire même du phagédénisme. On sait la gravité de ces complications.

Dans les cas favorables, la maladie dure de 6 à 10 semaines ; dans certaines formes chroniques, elle peut se prolonger plusieurs mois.

L'affection n'atteint le plus souvent qu'une seule paupière, la supérieure surtout, mais elle siège aussi quelquefois sur les deux paupières du même côté, et, en même temps aussi, sur des paupières du côté opposé.

Le nombre des tumeurs est variable : 1 à 3 ou 4 en général ; on en a compté 8 à la même paupière.

Comme Fuschs l'a bien mis en relief, comme ma propre expérience l'a confirmé, c'est le tarse qui est le point de départ des productions gommeuses. Je n'en veux pour preuve que le siège habituel de ces tumeurs, que l'épaississement du tarse qui ouvre la marche et qu'on sent aisément par le palper au début, que l'atrophie consécutive de cet organe qui manque rarement.

On s'est plu à répéter que les gommages des paupières ne surviennent qu'à la période ter-

tiaire de la syphilis. Les deux faits que j'ai vus sont contraires à cette notion. Le premier sujet a été atteint 9 mois après l'infection, le deuxième 12 mois après le chancre. Tous les deux étaient en pleins accidents secondaires et, fait à retenir, sous le coup d'une syphilis particulièrement grave. Le premier avait eu préalablement trois poussées successives d'irido-choroïdite spécifique sur l'œil dont la conjonctive fut atteinte plus tard ; depuis, il a présenté des accidents d'une rare intensité.

En général, on établira facilement le diagnostic sur les signes indiqués plus haut, spécialement sur l'aspect des ulcérations, l'engorgement ganglionnaire, l'étude des antécédents du malade.

Au début, on évitera de confondre les gomme avec une blépharite hypertrophique ou ulcéreuse, avec des chalazions, avec un abcès ou un phlegmon de la paupière. Dans ce dernier cas, la rougeur est plus vive, la peau est plus tendue, la totalité du voile palpébral est envahie par l'inflammation, la douleur est très violente et il existe parfois un état fébrile.

La tarsiste consiste en un épaissement chronique du tarse sans grande réaction et sans ulcération.

Le chancre de la conjonctive palpébrale se distingue de la gomme en ce qu'il a pour point de départ le bord marginal, en ce qu'il ne s'accompagne que d'une hyperémie localisée à son voisinage immédiat, en ce qu'il est unique et en ce qu'il amène un gonflement, le plus souvent énorme, du ganglion préauriculaire, sans parler de l'induration bien connue.

L'épithélioma débute par le bord palpébral, n'est jamais multiple, ne se recouvre pas de cette matière particulière grisâtre ; son fond, lorsqu'il est ulcéré, est rouge sanguinolent. Le lupus n'est pas primitif sur la conjonctive et n'est point accompagné d'engorgement du ganglion préauriculaire.

Les tubercules de la conjonctive ont quelques points communs avec l'affection gommeuse (saillies jaunâtres, ulcérations, engorgements du ganglion préauriculaire) ; mais la paupière est rarement très gonflée, les ulcérations sont très petites, à fond granuleux, à bords taillés à l'emporte-pièce ; le malade présente des signes de tuberculose générale.

Le traitement local des gomme consistera en lavages antiseptiques, en pommade iodoformée ; il cédera le pas au traitement général qui, d'emblée, devra être énergique. On donnera de hautes doses d'iodure de potassium, on

prescrira les frictions mercurielles et une cure heureuse ne tardera pas à récompenser la précision du diagnostic.

LA CONJONCTIVITE BLENNORRHAGIQUE SPONTANÉE SANS INOCULATION

Vers le milieu du mois de février 1888, je fus appelé auprès d'un homme de vingt-huit ans, qui me dit être atteint, depuis cinq jours, d'une inflammation oculaire qui l'inquiétait beaucoup.

L'œil droit s'était progressivement injecté sans phénomène douloureux autre qu'une cuisson vive et une sensation de gravier assez gênante ; peu à peu à la partie interne et inférieure du globe, il s'était formé un bourrelet d'une certaine épaisseur.

Au moment de mon examen, les paupières étaient normales, ne présentaient pas le moindre gonflement ; l'œil ne sécrétait pas, quoique collé le matin ; le malade n'éprouvait pas une douleur bien grande ; la lumière du jour ne lui était pas trop désagréable, il n'y avait ni larmoiement, ni blépharospasme.

La conjonctive bulbaire était fortement vascularisée et un chémosis séreux intense entou-

rait en demi-lune la partie externe et inférieure de la cornée. Je retournai les paupières et ne trouvai sur la conjonctive palpébrale supérieure aucune trace d'injection ; la conjonctive palpébrale inférieure était plus rouge que normalement.

Sans autre interrogatoire, je dis au malade : « Monsieur, vous avez la chaudepisse. » Celui-ci parut se troubler, et après quelques hésitations il finit par m'avouer qu'en effet il avait contracté la blennorrhagie une vingtaine de jours auparavant. Il était fort inquiet de son état, car il savait les méfaits auxquels le pus uréthral peut donner naissance quand il est transporté sur l'œil. Pourtant, affirmait-il, aucun contact suspect n'avait eu lieu. Il avait été d'une prudence achevée, car à sa première chaudepisse, quatre ans auparavant, il avait eu, au dire de son médecin, une ophthalmie blennorrhagique que celui-ci aurait guérie au moyen de compresses chaudes d'infusion de camomille. Il s'agissait certainement d'une conjonctivite analogue à celle que j'ai eue à soigner.

Je rassurai mon malade et lui déclarai que son affection était sans gravité, et qu'il guérirait parfaitement. Je fis appliquer sur la partie atteinte des compresses d'eau boriquée à 4 0/0. Quatorze jours après, il ne restait plus qu'une

légère injection conjonctivale quand l'autre œil fut pris de phénomènes analogues, mais très atténués, qui ne tardèrent pas à s'amender ; neuf jours après, mon client était radicalement guéri.

En portant d'emblée un diagnostic et un pronostic aussi affirmatifs et aussi hasardés en apparence, j'aurais fait preuve de suffisance et de témérité si, le 13 novembre 1885, je n'avais assisté à une leçon du professeur Fournier sur les conjonctivites blennorrhagiques spontanées sans inoculation.

Les caractères de cette affection avaient été exposés par ce maître avec une telle précision, qu'il me paraît impossible, après audition ou lecture de cette conférence, de méconnaître cette variété d'ophtalmie, d'autant plus que M. Fournier avait appuyé sa dissertation par la présentation d'un malade que j'avais pu étudier à loisir dans le service de Saint-Louis.

Cet homme avait offert des symptômes analogues à ceux de mon client : conjonctivite bulbaire d'apparence bénigne, chémosis séreux inféro-externe, pas de sécrétion, douleur modérée. L'affection avait débuté sur l'œil droit et une quinzaine de jours après, l'œil gauche avait été atteint plus légèrement. En l'espace d'un mois, tous les phénomènes avaient disparu. Le ma-

lade avait la chaudépisse depuis quelques semaines, quand son ophtalmie avait commencé ; il affirmait avoir pris les plus grandes précautions pour éviter le transport du pus blennorrhagique dans l'œil.

J'avais classé ces observations dans mes notes lorsque j'eus connaissance de faits analogues rapportés par le D^r Haltenhoff (*Archiv. f., Augenheilkunde*) et par le D^r Armaignac (de Bordeaux) (*Rev. Clin. d'oculistique*, janv. 1886). Il m'a semblé qu'il n'était pas inutile de contribuer, pour ma faible part, à l'éclaircissement d'une question que beaucoup d'ophtalmologistes jugent encore très obscure.

Les uns Hellway, Meyer nient l'existence d'une telle affection ; mais les faits sont là et il me semble qu'on ne peut différer que sur leur interprétation.

Les observations de Fournier, d'Armaignac, d'Haltenhoff, les miennes ne laissent aucun doute sur l'existence d'une ophtalmie blennorrhagique bénigne.

S'agit-il d'une ophtalmie d'inoculation atténuée, comme d'aucuns se sont plus à le dire ? Je ne le crois pas, parce que dans les cas rapportés l'inoculation ne peut être retrouvée et est improbable ; parce qu'il s'agit le plus souvent d'une ophtalmie qui revient chez le même malade à

chaque chaudepisse, qui, fréquemment, passe d'un œil à l'autre deux ou trois fois, qui dans nombre de cas coexiste avec le rhumatisme blennorrhagique, enfin, et ceci n'est pas l'argument le plus faible, parce qu'il n'a pas été trouvé de gonocoques dans les cas où la recherche a été pratiquée. A trois reprises j'ai fait cet examen sur mon client avec résultat négatif et cependant le pus urétral abondait en micro-organismes de cet ordre. Sur le malade de l'hôpital Saint-Louis, ce même examen avait été fait par le D^r Darier, chef de laboratoire de la Faculté, avec semblable résultat. Le pus de l'urètre contenait aussi des gonococci.

Je crois donc que cette conjonctivite est une manifestation de la blennorrhagie, maladie générale au même titre que le rhumatisme, que l'iritis. N'était-ce pas là l'opinion de Ricord qui appelait cette affection « arthrite de l'œil » ?

Je ne puis que renvoyer ceux qui désirent de plus amples détails sur cette importante question à l'excellente leçon du professeur Fournier (*Gazette des Hôpitaux*, 31 décembre 1885 et 5 janvier 1886).

FORME INSIDIEUSE GRAVE DE L'OPHTHALMIE BLENNORRHAGIQUE

L'étude des faits cliniques usuels nous a amenés à considérer l'ophtalmie blennorrhagique comme une affection à grand fracas révélant d'emblée et son origine et sa gravité particulière, par l'intensité et la spécificité de ses symptômes.

L'observation que je vais rapporter montrera qu'à côté de la forme aiguë accompagnée de gonflement considérable et de rougeur des paupières, d'abondant écoulement purulent, de troubles cornéens précoces, il faut admettre une forme insidieuse non moins grave, caractérisée par un gonflement peu marqué des voiles palpébraux, un écoulement peu abondant, un chémosis intense et l'apparition tardive d'accidents cornéens redoutables.

En juin 1889, à l'hôpital Saint-Louis, M. le docteur Besnier me pria de voir dans son service un jeune homme de 16 ans qui, à la fin du deuxième mois d'une chaudepisse encore en activité avait été pris d'une double conjonctivite d'apparence bénigne. Quoique la muqueuse offrit une teinte rouge vif et un chémosis péri-