

trachome règne aujourd'hui endémiquement dans beaucoup de pays, mais il s'y montre le plus souvent sous la forme chronique, que nous observons aujourd'hui presque exclusivement. Aussi son extension a diminué. Dans l'armée prussienne, on comptait, en 1888, 2 trachomateux sur 4.000 soldats. En Autriche, où le trachome est encore très répandu dans les provinces orientales, il y avait en moyenne, de 1881 à 1890, 8 p. 4.000 des soldats présents atteints de cette maladie. Il en va autrement en Orient. En Égypte, encore actuellement, on aurait peine à rencontrer un seul indigène ayant une conjonctive normale, et il s'y trouve d'innombrables aveugles. D'ailleurs la maladie, qui y sévit sous le nom d'ophtalmie égyptienne, n'est pas uniquement le trachome, mais aussi la blennorrhée aiguë, qui cause de grands ravages pendant la saison chaude.

Le trachome ne se manifeste pas seulement sous des formes cliniques différentes, tantôt aigu et menaçant, tantôt chronique et bénin, mais en outre il semble avoir changé de caractère dans la suite des temps. L'explication de ce fait a été fournie par l'étude du trachome dans son pays d'origine, l'Égypte, où règne encore à présent, comme dans l'antiquité, l'ophtalmie égyptienne. Les examens ont prouvé (Muller, Morax) qu'en Égypte presque tous les indigènes souffrent du trachome, qu'ils ont gagné déjà dès leur enfance. Il évolue chroniquement comme chez nous et conduit très souvent au pannus. De plus, beaucoup d'indigènes sont, pendant la saison chaude, atteints d'une ophtalmie aiguë, dans la sécrétion de laquelle on ne découvre pas le gonocoque, mais l'un des microbes de l'ophtalmie catarrhale aiguë, d'ordinaire le bacille de Koch-Weeks. Les cas de la première espèce sont ceux qui causent ces cécités si nombreuses en Égypte, par suppuration de la cornée. Or toutes ces affections oculaires sont désignées sous le nom générique d'ophtalmie d'Égypte et considérées comme identiques au trachome. Mais en réalité le trachome est, en Égypte comme ici, une affection à marche chronique, et les cas aigus s'expliquent par une infection superposée. La connaissance de ces faits laisse supposer que, chez nous, ces cas, qui débutent d'une façon aiguë ou qui, plus tard, se compliquent de phénomènes inflammatoires aigus, ne sont pas du trachome pur, mais le produit d'une infection mixte, soit d'emblée, soit par superposition ultérieure d'une deuxième infection (Morax). L'agent pathogène du trachome n'est pas encore connu avec certitude. On a bien découvert des microbes très variés dans la sécrétion et les granulations du trachome, mais on n'a pu fournir la preuve qu'ils en sont vraiment la cause. La plus grande difficulté réside dans ce fait que les inoculations aux animaux ne réussissent pas et qu'il n'est pas permis de faire des inoculations à des hommes, à cause des dangers de l'affection.

Les *altérations anatomiques* consistent, dans le trachome, en une hypertrophie papillaire de la conjonctive palpébrale et dans le développement des granulations trachomateuses. Les cas dans lesquels se montre telle ou telle forme d'hypertrophie de la conjonctive, on les considérait autrefois comme des maladies différentes, et l'on distinguait entre un trachome papillaire

(appelé également blennorrhée chronique ou ophtalmie purulente chronique) et un trachome granuleux (trachome vrai, ou d'Arlt, ou folliculaire). Lorsque les deux formes étaient mélangées, on parlait de trachome mixte. A présent, le trachome est une seule et unique maladie, qui porte également le nom de conjonctivite granuleuse.

Ces hypertrophies *papillaires*, qui donnent à la conjonctive son apparence veloutée ou framboisée, résultent d'une augmentation de la surface de la conjonctive en voie d'hypertrophie. Celle-ci se déjette en plis, entre lesquels il se forme des sillons plus ou moins profonds; sur une coupe transversale, ces plis prennent la forme de papilles (fig. 30, P et P'). Le tissu conjonctif qui forme les papilles est farci de cellules rondes; la surface des papilles est revêtue d'un épithélium fortement épaissi (e, e). Celui-ci plonge naturellement dans les dépressions qui se trouvent entre les papilles (t, t). Ces

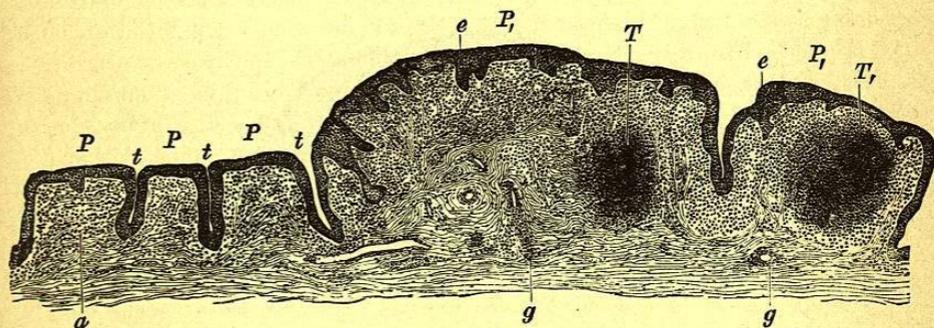


FIG. 30. — Coupe à travers la conjonctive trachomateuse de la paupière supérieure. Gross. 24/1. — On y voit de petites P, P, P, aussi bien que de grosses P', P', papilles. Les premières se dressent en palissade à côté les unes des autres; les sillons qui les séparent, recouverts d'épithélium t, t, t, ont l'aspect de cavités glandulaires. Les grosses papilles contiennent des grains trachomateux T et T', qui ne possèdent ni limite propre ni capsule. L'épithélium de la conjonctive est épaissi en beaucoup d'endroits e, e. La muqueuse montre une infiltration cellulaire a, particulièrement développée autour des vaisseaux sanguins g, g.

dépressions ont ainsi, sur des coupes microscopiques, l'aspect de canaux étroits, couverts d'épithélium, et ont été, pour ce motif, considérées comme des glandes tubuleuses. De là l'opinion que, dans le trachome, il se forme des glandes nouvelles. D'une certaine manière, cette opinion est exacte: sans doute, les dépressions entre les papilles ne sont pas des glandes, mais il n'en est pas moins vrai que les parois de ces dépressions forment des tubes qui, pénétrant plus avant dans le tissu conjonctif, y sont revêtus d'épithélium et ne présentent dès lors plus de différence avec de véritables glandes.

L'hypertrophie papillaire de la conjonctive n'est pas du tout caractéristique du trachome. On la trouve, en effet, bien qu'à un degré plus bénin, à l'occasion de toute irritation inflammatoire de longue durée de la conjonctive, ainsi dans le catarrhe chronique, dans la conjonctivite eczémateuse invétérée, dans l'ectropion sur la partie exposée à l'air, après la blennorrhée aiguë, quand elle donne lieu à la blennorrhée dite chronique, etc. De grosses papilles, mais aplaties, caractérisent le catarrhe printanier (fig. 35).

Sur une coupe microscopique, les *granulations trachomateuses* se montrent constituées par des amas arrondis de cellules, entre lesquelles on peut reconnaître un réticulum de tissu conjonctif très délicat. Les cellules sont en majorité des lymphocytes ; dans l'intérieur de la granulation, on voit çà et là de plus grosses cellules (cellules épithélioïdes et phagocytes). Tantôt les granulations trachomateuses se perdent insensiblement, sans limites nettement tranchées, dans le tissu environnant, également très riche en cellules (fig. 30, *T* et *T'*) ; tantôt elles sont renfermées — quand elles sont anciennes — dans une espèce de capsule incomplète du tissu conjonctif (fig. 31, *k*). Le sort ultérieur des granulations trachomateuses est variable. Les unes se transforment progressivement en un tissu conjonctif dense, d'autres se ramollissent au centre et se vident au dehors, pendant que se détruit l'épithé-

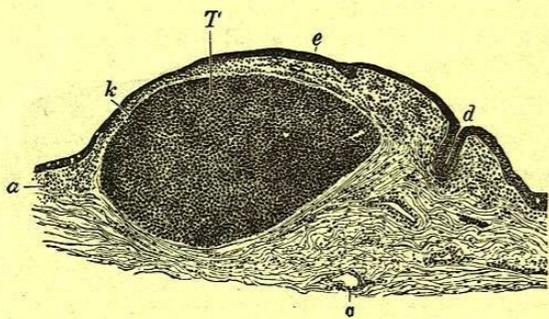


FIG. 31. — Granulation trachomateuse du cul-de-sac. Gross. 24/1. — La granulation trachomateuse *T* soulève la muqueuse et est entourée d'une couche de tissu épaissi, la capsule *k*. La conjonctive montre une infiltration cellulaire, aussi bien dans les couches superficielles *a* que le long des vaisseaux *g* ; l'épithélium *e* montre au-dessus de *a* des places claires répondant à des cellules caliciformes ; en *d* se voit une glande de Henle.

lium qui les recouvre ; la perte de substance qui en résulte se ferme par cicatrisation (Raehlmann).

La forme dite *mixte* est celle que l'on observe le plus souvent cliniquement, et les observations microscopiques démontrent que c'est presque la seule forme qui se présente. En effet, même dans les cas où, à l'œil nu, on croit avoir devant soi une simple hypertrophie papillaire, on trouve, sur les coupes microscopiques, des granulations trachomateuses qui siègent tantôt dans les papilles elles-mêmes, tantôt dans les couches profondes de la muqueuse. Dans le premier cas, les papilles paraissent particulièrement larges, ayant parfois la forme d'un bouton (fig. 30, *P'*). Dans le second cas, les granulations trachomateuses sont cachées sous les corps papillaires ; souvent on les voit apparaître plus tard, alors qu'après un traitement prolongé l'hypertrophie papillaire a disparu.

Le *trachome gélatineux* de Stellwag constitue un stade ultérieur du trachome mixte, dans lequel persiste une infiltration lymphoïde plus uniforme avec des modifications cicatricielles à la surface. Alors on a devant soi une

conjonctive épaissie, superficiellement lisse, jaunâtre et translucide comme une gelée.

La transformation de la conjonctive en *tissu cicatriciel* s'opère de la manière suivante : parmi les nombreuses cellules qui sont en partie parsemées uniformément dans la conjonctive, en partie réunies en amas circonscrits (granulations trachomateuses), un certain nombre disparaît par résorption ; d'autres sont éliminées au dehors quand la granulation crève ; d'autres, au contraire, se transforment peu à peu en cellules fusiformes et finalement en fibres conjonctives. Ce tissu conjonctif de nouvelle formation se rétracte très fortement, de façon que la conjonctive se raccourcit, devient plus mince et d'aspect tendineux. Il s'agit ici d'un processus semblable à celui qui s'opère dans la cirrhose du foie, c'est-à-dire d'une rétraction d'un tissu conjonctif jeune, provenant d'une infiltration inflammatoire antérieure. Ce nom de granulation pourrait faire croire que, dans la conjonctive trachomateuse, il existe quelque

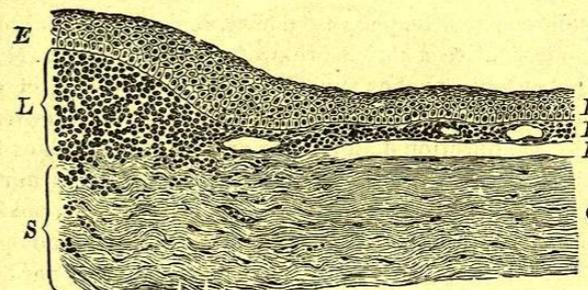


FIG. 32. — Coupe à travers le bord d'une cornée couverte de pannus. Gross. 125/1. — Sous l'épithélium *EE*, le limbe *L* est très épaissi par une infiltration cellulaire. De celui-ci se glisse sur la cornée *C*, entre l'épithélium et la membrane de Bowman *B*, le pannus *P*, dans lequel on constate la coupe de plusieurs vaisseaux sanguins. *S*, sclérotique.

endroit dénudé en voie de cicatrisation, mais ce serait une erreur. En effet, ce qu'on appelle granulations dans le trachome n'a de commun avec les bourgeons charnus que l'apparence extérieure.

Les recherches histologiques démontrent que le *pannus* est constitué par une couche de tissu conjonctif de nouvelle formation qui, du limbe, s'étend sur la cornée (fig. 32, *P*). Cette couche est constituée par un tissu mou, extraordinairement riche en cellules, qui a la plus grande analogie avec la conjonctive trachomateuse infiltrée. Ce tissu est richement vascularisé, tantôt plus épais, tantôt plus mince, ce qui fait que la surface du pannus paraît inégale et bosselée. Au début, le pannus se trouve entre la membrane de Bowman (fig. 32, *B*) et l'épithélium (fig. 32, *E*), qui est séparé de cette membrane et recouvre la surface du pannus. Le tissu cornéen proprement dit, préservé par la membrane de Bowman intacte, ne change aucunement de nature. C'est ainsi qu'après la résorption du pannus, la cornée peut regagner sa structure normale et sa parfaite transparence ; en effet, l'épithélium se réapplique immédiatement à la membrane de Bowman. Très fréquemment pourtant le pannus

traverse d'emblée la membrane de Bowman, la détruit et envahit de son tissu cellulaire les couches superficielles de la cornée. Alors le rétablissement complet de la transparence de la cornée est devenu impossible.

Quelques formes et stades du pannus portent des noms particuliers : un pannus récent qui n'est pas encore épais s'appelle pannus tenuis; s'il est très vascularisé, pannus vasculosus. Le pannus a-t-il acquis une certaine épaisseur, c'est le pannus crassus ou carnosus. Quelquefois le pannus devient si épais que l'on s'imagine voir sur la cornée des bourgeons charnus exubérants : c'est le pannus sarcomatosus (cet adjectif s'emploie aussi pour désigner l'hypertrophie de la conjonctive, par exemple dans l'expression ectropium sarcomatosum). Mieux vaudrait abandonner complètement ces expressions surannées, mais principalement celle de sarcomatosus, qui peut donner lieu à confusion avec des néoplasmes — sarcomes. Un vieux pannus, formé de tissu conjonctif peu vascularisé, se nomme pannus siccus.

Une métamorphose rare du pannus consiste dans sa transformation en un tissu dense, blanc ou jaunâtre, peu vascularisé, analogue à une cicatrice dense, par exemple consécutive à un ulcère profond de la cornée. Mais ce tissu ne se substitue qu'aux couches superficielles de la cornée, et occupe par exemple, la moitié supérieure de la cornée, si le pannus recouvrait cette région. Une autre modification d'un pannus ancien consiste dans l'apparition de petites taches blanches saturées, qui se groupent fréquemment dans le champ pupillaire de la cornée. L'aspect de ces petites taches, qui siègent tout contre les fins vaisseaux du pannus, rappelle les incrustations plombiques. Elles sont situées superficiellement et peuvent être enlevées par l'abrasion de la cornée (§ 45). — (Voir aussi le § 22, *Pseudo-ptérygion*.)

Quelles sont les causes du pannus dans le trachome? Les uns considèrent le pannus comme une continuation du processus inflammatoire, passant de la conjonctive sur la cornée. On objecte très justement à cette idée de propagation par continuité, qu'entre le cul-de-sac et le bord de la cornée se trouve toute une portion de la conjonctive, la conjonctive bulbaire, qui ne participe généralement que peu ou point au processus trachomateux. Une autre explication se fonde sur le fait que généralement, dans le trachome, le pannus se montre d'abord sur la moitié supérieure de la cornée et l'occupe habituellement déjà entièrement, avant que la moitié inférieure en soit envahie. On en conclut que la paupière supérieure, par les rugosités de la conjonctive, irrite mécaniquement la moitié supérieure de la cornée et en provoque ainsi l'inflammation. Il n'y a pas de doute que ce soit là une cause qui entre en ligne de compte pour faire naître le pannus, mais ce ne peut en être ni la seule ni la plus importante. En effet, on trouve souvent la conjonctive palpébrale hérissée des rugosités les plus développées, sans être accompagnée de pannus, et, d'autre part, un pannus là où la conjonctive est presque lisse. Jusqu'ici donc nous ne pouvons affirmer que ceci : le pannus est anatomiquement analogue au trachome de la conjonctive palpébrale. Il représente le processus trachomateux de cette partie de la conjonctive qui recouvre la cornée, c'est-à-dire le feuillet conjonctival de cet organe. En effet, il n'est pas éton-

nant que la conjonctive cornéenne souffre dans le trachome, tout aussi bien que la conjonctive des paupières ou celle du cul-de-sac; mais il est plus difficile de comprendre pourquoi le reste de la conjonctive, celle qui couvre le globe oculaire, ne participe pas plus activement au processus trachomateux. En voici, peut-être, la véritable explication: la figure 32 montre que l'infiltration cellulaire est surtout intense au niveau du limbe cornéen (L) et qu'à partir de là elle diminue insensiblement, en passant sur la cornée. Par conséquent, à l'endroit où un pannus est en voie de développement, on observe, même à l'examen macroscopique, le limbe fortement injecté et gonflé, au point de former quelquefois un bourrelet épais. C'est donc à l'affection trachomateuse du limbe qu'il semble qu'on doive rapporter l'origine du pannus. Posons-nous maintenant les questions suivantes : 1° pourquoi le limbe est-il si fort entrepris dans le trachome; 2° pourquoi l'inflammation du limbe se propage-t-elle à la cornée, et non pas, au contraire, à la conjonctive scléroticale? La première question trouvera sa solution dans le fait que le limbe est de loin la partie la plus vascularisée de la conjonctive bulbaire, d'où il suit qu'il est le plus enclin à s'enflammer. Quant au fait que l'inflammation du limbe est centripète, c'est-à-dire qu'elle se propage du côté de la cornée, au lieu d'être centrifuge et de s'étendre sur la conjonctive sclérale, ce phénomène s'accorde avec ce que nous pouvons observer ailleurs encore dans les maladies du limbe et des parties avoisinantes de la cornée. En effet, nous connaissons une foule de maladies, dans lesquelles des infiltrations inflammatoires ou des vaisseaux se propagent du limbe sur la cornée. Cette particularité dépend sans doute de la direction centripète du torrent circulatoire dans la conjonctive sclérale. Les artères se rendent de la périphérie au limbe, où elles forment un réseau serré d'anses capillaires. Ici, où s'arrête le courant sanguin centripète, commence un courant lymphatique dirigé dans le même sens dans la cornée; enfin, les vaisseaux sanguins qui naissent des anses vasculaires périkératiques adoptent cette même direction, ainsi que les produits inflammatoires. Enfin, il reste à expliquer pourquoi le pannus débute le plus souvent au bord supérieur de la cornée, pourquoi c'est là que le limbe s'affecte en premier lieu. Quand un œil est infecté par le trachome, la conjonctive n'est pas envahie en même temps dans toute son étendue, mais le virus infectieux se dépose d'abord sur un point circonscrit de la conjonctive, spécialement au niveau de la conjonctive du tarse et du cul-de-sac; les endroits les plus enclins aux affections trachomateuses. De l'endroit de la conjonctive d'abord affecté, le trachome peut se propager de deux manières : par continuité, lorsqu'il s'étend de proche en proche sur les parties voisines; par contiguïté, lorsque, par son contact, la conjonctive du tarse infecte la conjonctive oculaire contre laquelle elle s'applique et spécialement le limbe, comparativement le plus prédisposé à se laisser envahir. Mais c'est précisément au niveau du bord supérieur de la cornée que, non seulement pendant la nuit, mais encore tout le long du jour, le limbe est en contact avec la paupière supérieure, puisque, même à l'état normal, quand les yeux sont ouverts, la paupière recouvre la partie supérieure de la cornée. C'est donc ici surtout le

contact permanent avec la conjonctive palpébrale qui favorise la contamination du limbe. Il est d'ailleurs probable que les rugosités de la conjonctive concourent à ce résultat. D'un côté, elles peuvent irriter mécaniquement; de l'autre, en occasionnant de légères lésions traumatiques de l'épithélium conjonctival et cornéen, faciliter l'infection.

Le *ptosis*, qui accompagne presque toujours le trachome et donne aux granuleux cette physionomie caractéristique, peut, dans beaucoup de cas, s'expliquer par le poids de la paupière supérieure qui la tire en bas. Mais on observe également du *ptosis*, alors que la conjonctive ne montre que peu ou pas d'épaississement, et parfois des patients consultent le médecin uniquement à cause du *ptosis*, ne ressentant aucune gêne de leur trachome. A côté de l'épaississement de la conjonctive, il doit exister une autre cause du *ptosis*. Je pense que le releveur de la paupière (voir § 106 et fig. 24, 1), dont les fibres lisses sont tendues immédiatement sous la conjonctive du cul-de-sac, participe à l'inflammation de celle-ci et, par cela, est paralysé.

Il nous reste encore à parler du rapport de la *conjonctivite folliculaire* avec le trachome. La première s'observe spécialement chez les jeunes sujets, tandis qu'au contraire le trachome se rencontre plus rarement chez les enfants. Ces deux affections ont ce point commun que toutes les deux présentent des follicules lymphatiques comme productions caractéristiques. Dans le catarrhe folliculaire, ces follicules sont plus petits, plus nettement limités et proéminent davantage au-dessus du niveau de la conjonctive. Dans le trachome, au contraire, ils sont plus grands, sans contours bien tranchés et peu proéminents. Les follicules proprement dits sont souvent oblongs, cylindriques et disposés en chapelet, tandis que les granulations trachomateuses sont arrondies et plus rarement rangées ainsi en séries. Cependant ces différences sont quelquefois si peu manifestes que même le médecin le plus expérimenté n'est pas en état, dans un grand nombre de cas, d'établir le diagnostic avec certitude, avant que la marche ultérieure de l'affection en ait fourni les éléments nécessaires. En outre, au point de vue de la structure histologique, les follicules et les granulations trachomateuses ne présentent pas de différences bien caractéristiques. Une autre analogie entre le catarrhe folliculaire et le trachome, c'est que tous les deux se déclarent de préférence au sein des grandes communautés. Il est donc facile à comprendre que ces deux affections soient souvent confondues entre elles, et qu'une foule d'auteurs soient d'avis que le catarrhe folliculaire n'est qu'une espèce de trachome atténué et sans danger. Mais on peut objecter à cette opinion qu'on ne sait pas encore si, parmi les membres de ces communautés, le catarrhe folliculaire se propage par infection, comme le trachome, ou s'il est une simple conséquence de l'influence de l'air vicié par la poussière, les miasmes, etc. Par contre, il est clairement démontré que, dans certaines conditions, le catarrhe folliculaire *peut* se manifester sans aucune infection. C'est notamment le cas après l'ins-tillation prolongée d'atropine; alors, il se développe, chez beaucoup de personnes, un catarrhe folliculaire typique, caractérisé par de très nombreux follicules. Le trachome, au contraire, ne peut jamais se montrer sans infec-

tion. Une autre différence plus importante entre les deux maladies est leur marche. D'abord, le catarrhe folliculaire ne s'accompagne pas du tout, ou seulement à un degré infime, d'hypertrophie papillaire de la conjonctive; il ne produit jamais ni rétraction de la conjonctive, ni pannus, ni aucune des autres conséquences du trachome; c'est une affection absolument sans danger. Elle guérit d'ailleurs spontanément sans laisser de traces, de façon que, rien que pour ce motif, la distinction entre ces deux affections n'est pas seulement théoriquement, mais encore pratiquement, d'une grande importance.

Il est probable qu'on doit considérer la formation des granulations de tissu adénoïde, non comme un phénomène de nature spécifique, mais comme un mode particulier, suivant lequel la conjonctive oculaire, comme le fait toute autre muqueuse, réagit contre les irritations de toute espèce. Cette formation de granulations est le plus développée dans le trachome et dans le catarrhe folliculaire. Après la blennorrhée aiguë — au stade de blennorrhée chronique — il n'est pas rare de voir, associées à l'hypertrophie papillaire de la conjonctive, des granulations pressées dans les culs-de-sac, en tel nombre que l'on croit avoir devant soi un cas de trachome. On rencontre aussi des cas de tuberculose conjonctivale (voir § 20) qui débute, absolument comme le trachome, par un riche développement de granulations. Quelques exemples en ont été décrits par Rhein, et, moi-même, j'en ai observé plusieurs cas. D'autre part, Goldzieher et Sattler ont vu la formation d'abondantes granulations dans une affection conjonctivale qu'ils considéraient comme étant de nature syphilitique. En outre, le premier décrit, comme lymphome de la conjonctive, une affection dans laquelle se développent, dans la conjonctive, des follicules géants, en même temps qu'existent des lymphomes du côté de l'œil malade.

Dans le catarrhe folliculaire dû à l'atropine, il semble s'agir d'une irritation de nature chimique; aussi, lorsqu'on remplace l'atropine par un autre mydriatique, le catarrhe disparaît. De même, autour de petits corps étrangers, peuvent se développer des granulations analogues aux follicules, par exemple lorsque des poils de chenilles ou de plantes tombent dans l'œil et pénètrent dans le tissu de la conjonctive (*ophthalmia nodosa*).

Une affection dans laquelle on trouve également des granulations est la *conjonctivite infectieuse de Parinaud*. Celle-ci est presque toujours unilatérale, en opposition avec le trachome, avec lequel elle offre un peu d'analogie. Dans la conjonctive fortement enflammée se forment des granulations rougeâtres ou jaunâtres, et non seulement dans les culs-de-sac, mais dans la conjonctive des paupières et même du globe. Les granulations se transforment parfois en des excroissances plus ou moins fortes; dans certains cas, apparaissent, dans la conjonctive, de petits ulcères superficiels à fond gris. Un signe caractéristique de cette affection est le gonflement du ganglion préauriculaire et même de toute la région parotidienne, parfois jusqu'au cou; il n'est pas rare que les glandes tuméfiées suppurent. La maladie guérit sans laisser de traces, en un temps variant de quelques semaines à plusieurs mois. La fièvre du début et la participation des ganglions lymph-

tiques prouvent qu'il s'agit d'une maladie infectieuse, que Parinaud rapportait à un contagion fourni par des animaux. En réalité, on ignore jusqu'ici et l'agent producteur et la voie de propagation de cette affection.

Pour guérir un pannus épais, beaucoup de médecins pratiquent la *péritomie*. Elle consiste à sectionner les vaisseaux conjonctivaux qui se rendent au pannus, soit que l'on coupe simplement la conjonctive circulairement autour de la cornée ou bien qu'on en excise, au moyen de ciseaux, une bandelette mince et circulaire.

Au Brésil, où cette affection est épidémique, le jéquirity (semence de l'*Abrus præcatorius*) est depuis longtemps employé comme remède vulgaire contre le trachome. C'est surtout à Wecker qu'appartient le mérite d'avoir soumis ce remède à des expériences scientifiques et de l'avoir introduit en Europe. L'activité du jéquirity ne dépend pas, comme on l'a cru d'abord, de la présence de microorganismes dans l'infusé, mais d'un ferment non organisé (abrine) qui est toxique à un haut degré (Hippel, Neisser, Salomonson, Vennemann). Une préparation pure, préconisée par Römer sous le nom de *jéquiritol*, peut remplacer la simple infusion.

IV. — CONJONCTIVITE DIPHTÉRIQUE.

§ 16. — La conjonctivite diphtérique (1), comme la blennorrhée aiguë et le trachome, est une inflammation conjonctivale suppurative, d'origine infectieuse et dont la sécrétion est infectieuse elle-même. Mais le germe de cette maladie, différent de celui des deux autres, est constitué par le bacille diphtérique de Löffler. L'inflammation qu'il provoque est toujours vive et, dans les cas graves, appartient aux plus violentes que l'on puisse observer sur la conjonctive. Les paupières sont fortement gonflées, rouges, chaudes et douloureuses au toucher. Dans les cas particulièrement sérieux, les paupières sont dures comme du bois ; aussi ne peut-on les renverser et même on n'arrive qu'avec peine à ouvrir la fente palpébrale. Les ganglions préauriculaires et cervicaux sont tuméfiés. L'aspect de la conjonctive est déterminé par la propriété que possède le bacille diphtérique de provoquer une exsudation intense, avec grande tendance à la coagulation. Celle-ci se produit à la surface de la conjonctive où l'exsudat sécrété se prend en membrane, ou bien elle peut s'opérer déjà dans l'épaisseur même du tissu conjonctival. De là on peut distinguer deux formes de diphtérie conjonctivale :

a) La forme *superficielle* ou croupale. Elle se caractérise par la présence d'une membrane d'un blanc grisâtre, adhérent assez fortement à la surface de la conjonctive, mais s'en laissant cependant d'habitude déta-

(1) Διφθέρια, membrane.

cher à la pince. On trouve alors, par-dessous, la conjonctive très rouge, tuméfiée, saignante à certains endroits, mais sans perte de substance quelconque. La membrane détachée consiste en un fin réseau de fibrilles de fibrine coagulée, dans lequel sont enchâssés des corpuscules de pus et quelques cellules de l'épithélium conjonctival. Les membranes croupales tapissent la conjonctive palpébrale, plus rarement le cul-de-sac ou même la conjonctive bulbaire. Dans la plupart des cas, ces membranes s'éliminent peu à peu après une à deux semaines, et la conjonctive offre l'aspect d'un catarrhe violent, qui guérit sans qu'il persiste aucune altération de la conjonctive. — Dans les cas plus sérieux, l'affection se complique d'ulcères cornéens ; mais ceux-ci n'entraînent que rarement une destruction étendue de la cornée.

b) La forme *profonde*, ou conjonctivite diphtérique au sens strict du mot. Celle-ci a une marche beaucoup plus grave que la forme superficielle, car elle est constituée quand l'exsudat se coagule déjà dans l'intérieur du tissu de la conjonctive. Il s'ensuit que les vaisseaux sont comprimés, la muqueuse est rigide, exsangue et se nécrose. Quand on renverse les paupières, on trouve donc, à côté d'endroits où la conjonctive est rouge et gonflée, des places où elle est déprimée, lisse et d'une coloration jaune grisâtre, souvent tachetée de quelques mouchetures d'un rouge sale (ecchymoses). Dans les cas les plus graves, la conjonctive acquiert cet aspect dans une plus grande étendue, ou même partout ; elle est uniformément grise et dure, comme après une brûlure intense, par exemple avec de la chaux.

L'état que nous venons de décrire et qui s'établit rapidement, après un temps très court d'incubation, est le premier stade de la maladie : on l'appelle stade d'*infiltration*. Suivant l'extension du processus diphtérique sur la conjonctive, ce stade dure de cinq à dix jours. Alors peu à peu les points diphtériques commencent à disparaître. Là où l'infiltration est peu intense, on voit survenir la résorption de l'exsudat ; ailleurs, au contraire, où, par la violence de l'infiltration, la circulation a été entièrement interrompue et le tissu mortifié, l'on voit survenir l'élimination des parties nécrosées. De là des pertes de substance de la conjonctive qui ne tardent pas à se couvrir de bourgeons charnus. Entre temps, la sécrétion est devenue plus abondante et purulente, c'est pourquoi l'on désigne ce second stade sous le nom de stade *blennorrhéique*. Le troisième stade est celui de la *cicatrisation*, où les surfaces bourgeonnantes, résultant de l'élimination des parties gangrenées de la conjonctive, diminuent insensiblement et se recouvrent d'un revêtement épithélial. Comme ce processus s'opère en attirant la conjonctive voisine, le sac conjonctival se raccourcit dans sa totalité ; de même, il n'est pas rare d'observer divers points d'adhérence entre la conjonctive palpébrale et celle du globe (symlépharon). Le rac-