

est détruite en quelques heures. Lorsque l'ophtalmie se termine par résolution, le gonflement des paupières disparaît ; la peau qui recouvre ces voiles se ride ; la sécrétion de la conjonctive devient plus claire et moins abondante, le boursoufflement de la muqueuse s'amointrit.

**Variétés de la maladie.** D'après Hairion, il existe deux espèces d'ophtalmie gonorrhéique : l'une de nature syphilitique, l'autre non syphilitique ; tout comme, suivant quelques auteurs, il y a une gonorrhée syphilitique et une autre simple. L'ophtalmie gonorrhéique syphilitique est caractérisée par des propriétés spécifiques, virulentes, contagieuses, et par l'existence constante d'une *petite tumeur arrondie ou ovale, sous-cutanée*, douloureuse à la pression, située au-devant de l'oreille du côté malade, et due à l'engorgement des ganglions lymphatiques. Suivant le chirurgien belge, ce bubon préauriculaire distingue l'ophtalmie gonorrhéique syphilitique de celle qui est simple. Cette opinion est inadmissible, on rencontre le bubon parotidien chez des sujets affectés de conjonctivite oculo-palpébrale simple, et on ne l'a pas constaté dans un cas d'ophtalmie gonorrhéique avec chancre de la paupière.

**Diagnostic.** Il ne faut pas considérer comme ophtalmie gonorrhéique toute ophtalmie purulente qui se développe chez un sujet atteint de chaude-pisse. C'est avec l'ophtalmie purulente de l'armée que l'ophtalmie gonorrhéique a la plus grande ressemblance. « Phénoménalement, dit Fallot, il n'y a aucun moyen de différencier l'ophtalmie gonorrhéique des autres blennorrhées oculaires ; les différences de couleur, sur lesquelles on a tant insisté, n'ont aucune signification précise, et nous avons vu, plus d'une fois, ceux qui y attachaient le plus d'importance s'y tromper lourdement. La coexistence ou la préexistence d'un écoulement génital n'est pas elle-même un signe certain, et constitue tout au plus une présomption ; car rien n'empêche le porteur d'une chaude-pisse de contracter une conjonctivite avec laquelle une gonorrhée n'a rien de commun. »

On ne confondra pas la conjonctivite gonorrhéique avec une autre forme signalée par Ricord et Zambaco. Ce dernier l'appelle ophtalmie blennorrhagique *catarrho-rhumatisme* ; mauvaise dénomination, empruntée à l'école de Beer : la conjonctive est injectée, mais jamais au point de masquer complètement la couleur de la sclérotique, sur laquelle se dessinent de nombreux vaisseaux flexueux et variqueux ; il y a une sécrétion muqueuse abondante, blanchâtre, se concrétant au contact de l'air ; la vision se fait comme à travers un brouillard. L'iris est un peu plus obscur, plus foncé ; l'ouverture pupillaire un peu trouble, de nuance opaline, grisâtre, très-dilatée. Le plus souvent, il existe en même temps des arthropathies. Cette ophtalmie se développe par *métastase* ; elle ne survient que lorsque l'urétrite tend à passer à l'état chronique. Les paupières ne sont atteintes qu'à un faible degré ; la cornée ne l'est pas à sa surface externe, mais dans sa lame profonde. On guérit cette affection par l'administration à l'intérieur du nitrate de potasse et de la teinture colchique. Quand l'inflammation de la chambre antérieure prend la forme plastique, on prescrit le calomel à dose salivaire ; l'hypolympha est-il assez abondant pour occa-

sionner une distension douloureuse, on pratique la paracentèse de la cornée, pour évacuer le trop-plein de l'humeur aqueuse. Tout le monde reconnaît, dans cette description, une inflammation de la membrane de Descemet ou une *iritis séreuse*, liées à l'état général de l'économie que produit la blennorrhagie urétrale. Il importe d'ajouter que cette phlegmasie offre ceci de particulier, qu'elle atteint quelquefois un seul œil d'abord et l'autre ensuite ; ou bien les deux yeux en même temps, et que parfois enfin elle passe alternativement d'un œil à l'autre.

**Pronostic.** Il est très-grave : la cornée peut être rompue, gangrénée en quelques heures ; dans les cas moins intenses, il se fait des épanchements plastiques ou purulents dans la cornée et les chambres de l'œil, et la vision reste perdue ou notablement diminuée.

**Traitement.** Beaucoup de médecins sont d'accord, que le remède par excellence de l'ophtalmie gonorrhéique, à toutes les périodes, est la cautérisation de la muqueuse, soit avec un crayon de nitrate d'argent, soit avec une solution très-concentrée de ce sel. Quelques-uns y ajoutent l'excision plus ou moins étendue du chémosis. Il en est qui emploient, après la cautérisation, un collyre à l'azotate d'argent à faible dose ; tous s'accordent à recommander des lotions fréquentes des yeux, pour enlever la matière purulente, à mesure qu'elle est sécrétée. Lorsqu'il existe des douleurs dans l'œil, on obtient un soulagement en faisant sur l'orbite des onctions avec un liniment belladonné. La saignée générale n'est indiquée, qu'autant qu'il existe une réaction très-forte ; les sangsues à la tempe, lorsqu'il y a un gonflement inflammatoire très-prononcé des paupières.

Dupuytren avait recours à un tout autre mode de traitement : les paupières ayant été écartées, on insufflait, une ou deux fois par jour, avec un tuyau de plume ou un tube de verre, une forte pincée de calomel sur toute la conjonctive oculo-palpébrale. Le soir, on instillait quelques gouttes de laudanum. On ajoutait, aux moyens locaux précédents, des émissions sanguines et des révulsifs. Rognetta n'a pas vu un seul malade guérir par ce moyen. Boyer employait les vésicatoires et le séton à la nuque ; il n'était pas plus heureux que Dupuytren.

Préoccupés par l'idée d'une métastase, plusieurs médecins ont conseillé de rappeler l'écoulement urétral, en introduisant dans l'urètre des corps irritants, tels que des bougies simples ou enduites de pommade au précipité rouge, ou même de pus blennorrhagique. On sait aujourd'hui à quoi s'en tenir sur le peu de valeur de ce moyen.

Rognetta préconise une saignée du bras, matin et soir, tant que le sang est couenneux et le pouls fort ; des sangsues à la tempe ; le calomel à l'intérieur, à la dose de 25 centigrammes, toutes les deux heures, avec addition de 5 centigrammes de poudre de feuilles de belladone dans chaque paquet. Au bout de deux ou trois jours, il remplace le calomel par du tartre stibié ou par le nitrate de potasse, à haute dose. Il fait des applications incessantes de glace ou de compresses trempées dans de l'eau glacée sur les paupières, et des instillations, toutes les quatre ou six heures, derrière ces voiles, de deux ou trois gouttes d'une solution très-concentrée de nitrate d'ar-

gent. L'excision de la conjonctive et la cautérisation de cette membrane, avec la pierre infernale ne sont employées que dans des cas exceptionnels. Le traitement proposé par Mackenzie ne diffère pas notablement du précédent. Sichel blâme fortement l'excision de la conjonctive chémosée et la cautérisation de cette membrane avec la pierre infernale. Il emploie les saignées coup sur coup, les sangsues, les purgatifs drastiques, les solutions concentrées d'acétate de plomb, de sulfate de zinc, de nitrate d'argent.

Frappé des résultats déplorables que donne la cautérisation des paupières par la pierre infernale, j'ai soumis les sujets affectés d'ophtalmie gonorrhéique au traitement suivant, qui m'a fourni de bons résultats : je fais pratiquer, trois fois par jour, une onction sur l'orbite, avec une couche épaisse d'onguent hydrargyrique belladonné ; je fais prendre à l'intérieur le tartre stibié à dose rasorienne et recommande le nettoyage fréquent de l'œil avec une solution étendue de sulfate de zinc. Le malade est mis à la diète simple. Au bout de quelques jours, il se produit souvent une salivation que je considère comme de bon augure ; le chémosis qui entoure la cornée et dont la dureté constitue le plus grand péril de l'affection, parce que la cornée cesse de recevoir ses matériaux nutritifs, le chémosis redevient mou. Alors seulement on renonce à la médication hyposthénisante pour avoir recours à des collyres astringents.

Une précaution importante à prendre, dans tous les cas où un seul œil est pris, est de mettre le second à l'abri de l'inoculation, par le pus qui s'écoule du premier, en pratiquant l'occlusion palpébrale du côté sain, au moyen de bandelettes de baudruche enduites de gomme arabique, placées perpendiculairement à la fente palpébrale et imbriquées de manière à se recouvrir, de la moitié de leur largeur. Une couche de collodion est appliquée sur le tout.

**Traitement prophylactique.** Il consiste, avant toute chose, à arrêter la marche de la blennorrhagie urétrale, par une médication appropriée ; à éviter le transport du muco-pus urétral sur la conjonctive, par voie directe ou indirecte ; à se garantir enfin des influences extérieures qui favorisent la production de l'ophtalmie.

Il faut rapprocher de l'ophtalmie purulente gonorrhéique celle qui se développe chez les *petites filles atteintes de blennorrhagie vulvaire*.

### § 3. — Conjonctivite purulente granuleuse

( Ophtalmie militaire ou des armées, ophtalmie d'Égypte ).

**Étiologie.** Les chirurgiens sont partagés d'opinion relativement au mode de développement de l'ophtalmie des armées. Les uns, tels que Mackenzie, Sichel, S. Laugier, Lustremann, J.-A. Marques, pensent qu'elle reconnaît les mêmes causes que les autres espèces de conjonctivites appelées *catarrhales*, c'est-à-dire qu'elle naît seulement sous l'influence de vicissitudes atmosphériques. Les autres, tels que Fallot, Cunier, F. Pauli,

J. Thiry, Warlomont et Testelin, J.-Ch. Bendz, professent qu'elle est une maladie *spéciale*, naissant sous l'influence d'un principe *spécifique* qui agit sur la muqueuse oculaire et y développe des altérations spéciales. Les premiers expliquent l'intensité de l'affection, sa gravité, sa propagation, par les conditions toutes particulières où se trouvent les soldats, exposés aux conditions hygiéniques les plus défavorables ; les seconds admettent que le virus a sa source en Égypte, d'où il a été importé en Europe à la suite de l'expédition française dans ce pays.

D'après J. Thiry, il existe un *virus granuleux* ; ce virus, déposé sur la conjonctive, fait naître des granulations qui, à leur tour, secrètent du pus virulent, se développent sur les autres muqueuses, telles que celles de l'urètre, du vagin, du col de l'utérus, aussi bien que sur la conjonctive, et peuvent se transmettre de l'une à l'autre. Ces idées ont trouvé un défenseur en Deval ; mais Sperino a objecté que l'existence supposée d'un *virus granuleux* est en désaccord avec les lois de la pathologie générale et l'observation des malades ; que tout virus produit, indépendamment d'un effet local, un effet général, qu'on ne remarque pas dans l'ophtalmie granuleuse ; que les individus porteurs de granulations, sans sécrétion purulente, ne transmettent la maladie que si une cause ramène l'ophtalmie à l'état aigu, c'est-à-dire purulent ; que beaucoup de femmes atteintes de granulations du col utérin ne communiquent jamais de blennorrhagie à leur mari.

Certaines circonstances favorisent le développement de l'ophtalmie granuleuse. Tous les observateurs conviennent que l'encombrement joue un très-grand rôle. On conçoit, d'après cela, que le séjour dans certains camps est favorable au développement de la maladie, à cause de l'agglomération des hommes, et des locaux peu hygiéniques qu'ils habitent ; que les cantonnements exercent une influence favorable sur le décroissement des ophtalmiques, si on a soin de mettre les soldats en petit nombre dans chaque maison, et une influence pernicieuse, si on entasse un trop grand nombre d'hommes dans les logements.

L'ophtalmie se développe de préférence chez les soldats qui appartiennent à un régiment où il existe déjà un certain nombre d'hommes atteints ; chez ceux qui habitent des chambres où la ventilation est insuffisante, ou qui séjournent longtemps dans les chambrées. La fréquence des gardes, les mauvaises conditions hygiéniques des corps de garde favorisent la production de la maladie. Il en est de même, d'après Decondé, pour l'humidité et la chaleur ; le froid et la sécheresse agissent en sens contraire. C'est en hiver qu'il y a le moins d'ophtalmiques et de granulés ; pendant l'été, les cas sont plus nombreux et plus graves. Le printemps est plus favorable que l'automne à la marche heureuse de l'affection ; dans l'arrière-saison, on constate une aggravation. Plus le vent est sec et froid, plus il améliore l'état des granulés ; plus il est chaud et humide, plus l'action est défavorable. Gouzée a vu la maladie présenter quelquefois une recrudescence sous l'influence des temps orageux, notamment lorsque règnent de grands vents d'automne froids et humides.

Les marches pendant l'été, en raison de la fatigue qu'elles occasionnent,

de l'introduction dans les yeux de corpuscules voltigeant dans l'atmosphère, du rayonnement de la chaleur et de la lumière, sont une prédisposition. Les exercices modérés ont une action favorable. Ni le sexe, ni l'âge, ni la constitution ne paraissent exercer d'influence; d'après les observations de Decondé, le tempérament sanguin imprime à l'ophtalmie la forme inflammatoire; le tempérament lymphatique et scrofuleux lui donne un caractère de chronicité et d'opiniâtreté. Fallot a vu l'affection se montrer plus souvent chez les sujets à yeux bleus. Les états congestifs de l'œil et des parties ambiantes favorisent la production de l'ophtalmie, et c'est à ce titre seulement que l'usage de cols trop serrés, la pression trop forte de la tête par un shako, doivent être pris en considération. Quant à l'influence exercée par le blanc de craie des buffleteries, le vert-de-gris des cuivres, les pommes de terre, le pain de munition, la qualité de certaines eaux, elle n'est plus admise aujourd'hui par aucun chirurgien. Les soldats atteints d'une conjonctivite oculo-palpébrale simple contractent facilement l'ophtalmie purulente granuleuse, lorsqu'ils sont en rapport avec des sujets atteints de la dernière affection.

On a remarqué que la maladie s'améliore, ou qu'elle cesse même de se montrer, pendant la durée du typhus, de la dysenterie, du choléra et des fièvres intermittentes; que le développement en est, au contraire, favorisé par la rougeole et la grippe.

**Mode de propagation.** Celle-ci a lieu par contagion immédiate ou médiate.

**1° Contagion immédiate.** On a vu souvent des infirmiers, soignant des granulés, contracter l'ophtalmie après l'introduction accidentelle d'une certaine quantité de matière puro-muqueuse dans leurs propres yeux, pendant qu'ils pratiquaient des injections dans les yeux des malades. On communique l'ophtalmie aux animaux, en déposant sur la conjonctive du pus recueilli sur des hommes atteints de la même affection. Quelques faits démontrent même que le muco-pus de l'ophtalmie granuleuse, imprégnant les linges dont les malades se servent pour essuyer les yeux, conserve la propriété contagieuse, qui se développe lorsqu'ils sont légèrement humectés d'eau. Il résulte des expériences de Decondé, que des granulations se produisent, lorsqu'on pratique l'inoculation avec de la matière purulente provenant d'une ophtalmie passée à l'état chronique.

**2° Contagion médiate.** Celle-ci est plus difficile à démontrer, parce que toutes les fois qu'un certain nombre de sujets sont en rapport, on peut supposer que, malgré les précautions prises, il y a eu contact direct ou transport de la matière purulente par les mains, le linge, l'eau, etc. Les faits rapportés par Decondé, les expériences instituées par ce chirurgien prouvent néanmoins ce mode de propagation.

Le congrès ophthalmologique de Bruxelles, après avoir discuté la question du mode de propagation de l'ophtalmie *militaire*, a formulé les conclusions suivantes: L'ophtalmie contagieuse peut se transmettre: 1° par *contact*, c'est-à-dire par le transport du principe contagieux fourni par l'œil malade sur l'œil sain, soit directement (*contact immédiat*), soit par l'intermédiaire d'objets contaminés (*contact médiate*); 2° par *infection*. Le

plus souvent, la transmission s'effectue par l'intermédiaire de l'air chargé de principes contagieux. Pour quelques médecins, toutefois, il n'est pas bien démontré que des objets placés dans un foyer d'infection puissent s'imprégner de miasmes, les conserver pendant un certain temps; puis, sous l'influence de circonstances favorables, les restituer à l'air et former ainsi de nouveaux centres de contagion, susceptibles de produire la maladie chez des individus qui s'y trouvent placés. L'encombrement des locaux et l'aération insuffisante favorisent le développement des foyers d'infection, au milieu desquels les sujets jeunes, les personnes inaccoutumées, les nouvelles recrues viennent puiser le germe de l'ophtalmie contagieuse. Les foyers d'infection aggravent la maladie, lorsqu'elle est développée, et lui donnent une durée plus longue.

On a cherché à déterminer l'agent qui, dans le liquide sécrété par la conjonctive, spécifiquement enflammée, recèle le principe contagieux. Est-ce le mucus, le liquide dans lequel ce dernier est étendu, ou le globule de pus? Quelques expériences faites par van Roosbroeck semblent démontrer que le principe contagieux est renfermé dans le globule de pus. (Consultez, pour de plus amples détails, mon *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 566 et suiv.)

**Symptômes.** La maladie débute le plus souvent par des *granulations vésiculeuses*, sans trouble fonctionnel ni sécrétion anormale. Les granulations *vésiculeuses* peuvent même se transformer en granulations solides, sans qu'il y ait d'autres symptômes. Quelques-uns admettent que les granulations *vésiculeuses* existent toujours; et qu'alors même que l'affection semble débiter par une attaque d'ophtalmie purulente aiguë, il y a eu antérieurement de ces granulations que l'évolution prompte de la maladie n'a pas permis de reconnaître. L'ophtalmie peut aussi présenter au début la forme dite *catarrhale*, ou même la forme *gonorrhéique*.

**PREMIÈRE FORME. FORME TRACHOMATEUSE. SYCOSIS; PALPEBRA FICOSA. TRACHOME.** Cette forme passe généralement par trois périodes: l'état chronique, l'état subaigu, l'état aigu et suraigu.

**1° Etat chronique.** On observe, dans la région rétro-tarsienne des paupières, un nombre plus ou moins considérable de granulations *vésiculeuses*, transparentes ou cristallines, rangées en séries, en groupes, ou éparses çà et là, sans ordre. Elles sont ordinairement plus nombreuses à gauche qu'à droite. La conjonctive palpébrale présente l'aspect normal; elle est quelquefois plus pâle que de coutume; d'autres fois, elle a une teinte légèrement rosée due à la présence de quelques vaisseaux déliés. A la paupière supérieure, elle est dans l'état ordinaire, excepté au niveau du bord orbital, où elle est légèrement rouge; au niveau du repli supérieur, elle est lisse, d'un rose pâle, sans granulations *vésiculeuses*. La sécrétion de la muqueuse est normale; il n'y a aucun trouble fonctionnel; quelquefois le bord des paupières offre un léger prurit.

Cet état peut rester stationnaire; ou bien, les granulations *vésiculeuses* disparaissent spontanément; ou bien encore les phénomènes s'aggravent; dans ce dernier cas, la caroncule et le repli semi-lunaire deviennent rouges

et s'engorgent; la conjonctive palpébrale s'épaissit un peu et s'injecte; les granulations vésiculeuses s'agrandissent et prennent un teinte jaune-rougeâtre; quelquefois il y a du larmolement et un léger œdème du bord libre de la paupière. En même temps, on voit se développer sur la région tarsienne de la paupière inférieure des granulations *papillaires* très-petites, et se montrant au début sous la forme d'un ruban d'un rouge très-vif, large de 4 millimètres environ, le long du bord libre. On aperçoit parfois quelques filaments de mucus blanchâtre, dans le repli des paupières ou dans le sillon oculo-palpébral. Le bord adhérent du voile supérieur est hérissé de granulations papillaires très-fines, plus nombreuses vers les angles de l'orbite. La conjonctive du repli supérieur est encore lisse. Quelques sujets accusent une sensation de grains de sable sous les paupières supérieures, ou une légère sensation de pesanteur dans ces voiles, le matin. La vue est parfois un peu affaiblie, surtout le soir.

2° *Etat subaigu*. Sous l'influence d'une cause occasionnelle, telle que l'exposition de la tête nue et couverte de sueur à un courant d'air; une faction par un temps froid et humide; une marche forcée; un cou serré et agrafé; un changement subit de la température atmosphérique, etc., le mal s'exaspère. La conjonctive palpébrale s'engorge peu à peu et prend une teinte très-rouge, tirant quelquefois sur le bleuâtre; les granulations *vésiculeuses* perdent leur transparence et deviennent de plus en plus rouges et charnues. Le corps papillaire des deux paupières s'accroît très-rapidement; la surface granuleuse sécrète une quantité plus ou moins abondante de liquide *aqueux*, de *mucus* ou de *pus*. Les bords libres des paupières sont agglutinés le matin, par l'altération de sécrétion des follicules de Meibomius. Les paupières supérieures sont lourdes; la sensation de grains de sable plus prononcée; la cornée offre un aspect mat ou vitreux; le blanc de l'œil est parcouru par quelques vaisseaux déliés. Dans toute la région tarsienne, la conjonctive est épaisse, mate, granuleuse, très-rouge, et sécrète un mucus visqueux. Le plus souvent, le repli supérieur est relâché, plissé en plusieurs sens, lisse ou un peu vilieux, sans granulations. On trouve quelquefois, mais rarement, un nombre considérable de granulations à l'état vésiculeux et charnu, disposées en séries. La caroncule est tuméfiée; le pli semi-lunaire développé; son prolongement supérieur présente la forme d'un large ruban rouge qui couvre le bulbe, et est parfois parsemé d'une foule de granulations vésiculeuses. La fente des paupières est rétrécie et les voiles sont tuméfiés à l'extérieur, par l'engorgement et l'épaississement de la conjonctive palpébrale.

3° *Etat aigu et suraigu*. Tous les phénomènes relatés dans la période précédente s'exaspèrent. Les malades accusent, dans l'œil et dans la tête, des douleurs qui s'accroissent d'heure en heure; il y a de la photophobie, une sécrétion abondante d'un liquide séreux, brûlant; la conjonctive bulbaire, engorgée, entoure la cornée d'un chémosis, qui s'avance de plus en plus vers le centre du miroir oculaire et peut l'ensevelir tout à fait. La paupière supérieure est tuméfiée, d'un rouge foncé; la conjonctive qui la tapisse présente un boursoufflement uni, charnu et très-rouge, qui s'étend

du bord libre jusqu'à la fosse centrale du chémosis. Souvent alors, on observe un ramollissement consécutif de la cornée, ou une perforation de celle-ci; après quoi les humeurs de l'œil sont expulsées. Si la maladie rétrograde, la conjonctive palpébrale reste longtemps boursoufflée, rouge et flasque; les granulations, qui s'étaient effacées dans la période suraiguë, peuvent reparaitre.

DEUXIÈME FORME. Elle est appelée *catarrhale* par Bendz. La conjonctive palpébrale présente une surface plutôt tomenteuse que vilieuse, d'un rouge un peu bleuâtre, sans une seule granulation. La caroncule et le repli semi-lunaire sont engorgés; la conjonctive bulbaire saine ou légèrement vascularisée. Il n'existe aucun trouble fonctionnel. Quelquefois la vision est un peu affaiblie, et il y a une légère blennorrhée chronique. Bendz pense que les granulations vésiculeuses ont précédé le développement de cette forme; il a vu parfois des granulations se former consécutivement.

TROISIÈME FORME. FORME BLENNORRHOÏQUE; BLENNORRHÉE. La conjonctive sécrète un liquide de nature variable; tantôt cette forme succède à la première ou à la seconde, tantôt elle est primitive, c'est-à-dire qu'il se manifeste tout à coup une phlogose intense de toute la conjonctive et une ophthalmie purulente aiguë, sans aucune altération antérieure de la conjonctive, notamment ni granulations vésiculeuses, ni sécrétion de mucus. D'après Gulz, sur cent sujets, la forme *trachomateuse* se rencontre soixante-quinze fois; la *blennorrhœique*, quinze fois; la *catarrhale*, dix fois.

Chez la plupart des malades, l'ophthalmie militaire passe par trois états successifs: l'état de *chronicité* ou d'*indolence*, caractérisé par des granulations *vésiculeuses*, qui se transforment ultérieurement en granulations charnues; l'état *subaigu*, dans lequel il y a une sécrétion muco-purulente fournie par les granulations, et enfin l'état *suraigu*, qui est une attaque d'ophthalmie purulente aiguë.

**Marche. Terminaisons.** Les granulations à l'état *vésiculeux* peuvent rester très-longtemps, et même toujours, à l'état d'indolence ou de chronicité, surtout lorsque ceux qui en sont affectés vivent isolément. Ces mêmes sujets sont-ils réunis en grand nombre; ou bien encore en rapport avec d'autres ayant la maladie à un degré plus avancé; si quelque affection oculaire éclate chez eux, les granulations vésiculeuses deviennent charnues; il se développe une ophthalmie granuleuse subaiguë, ou une ophthalmie purulente suraiguë. On observe parfois l'une ou l'autre de ces deux formes, chez des sujets qui n'ont pas eu de granulations antérieurement. C'est particulièrement dans les cas où il existe de grands foyers de contagion, ou lorsque la maladie revêt le caractère épidémique. Hentrotay, Testelin, Warlomont, pensent que, dans ce cas, les granulations ont échappé aux recherches, ou bien qu'elles se sont développées en même temps que l'ophthalmie.

La durée de l'affection est variable et subordonnée aux circonstances dans lesquelles se trouve l'individu atteint, le mode de traitement mis en usage. Les granulations vésiculeuses, bien soignées, disparaissent en quelques jours; elles peuvent persister des années, lorsqu'elles ne sont soumises