

jour), la glycérine salicylée (Meyer) ou phéniquée (Sourdille) à 1/10. Les glycérolés (Foucher) sont du reste des médicaments qui méritent d'être replacés dans la thérapeutique oculaire courante.

Enfin on soutiendra largement l'état général et on fera une désinfection rhino-pharyngienne soignée.

Il ne faut pas abandonner le traitement *local* qui a fait ses preuves, mais bien le *combiner* à la sérothérapie. Les résultats qu'a donnés l'emploi généralisé de la sérothérapie ont été récemment résumés par H. Coppez et Funck (1) et Morax. Il faut leur attribuer une réelle valeur, mais on ne sera réellement fixé que lorsqu'on aura publié des *séries de cas à type grave* guéris par la sérothérapie.

CONJONCTIVITES VÉGÉTANTES.

Conjonctivite folliculaire. — **Symptomatologie.** — En abaissant fortement la paupière inférieure et en faisant saillir le cul-de-sac, on voit surgir de longues traînées de petits nodules rouge jaunâtre, de la forme et des dimensions du *frai de grenouille*, pouvant gagner le repli semi-lunaire et le cul-de-sac supérieur; mais les lésions sont toujours *plus marquées* dans le *cul-de-sac inférieur* (fig. 29). Le reste de la conjonctive et le bord tarsien supérieur

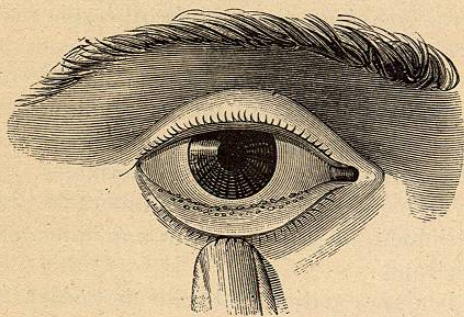


Fig. 29. — Conjonctivite folliculaire.

présentent un peu d'hyperhémie papillaire : une légère gêne, une sensation de gravier, sont les seuls ennuis qu'entraîne la maladie, qui est le plus souvent bilatérale à un degré inégal.

La durée de cette affection est toujours longue : il faut quelquefois plusieurs mois pour arriver à faire disparaître les grains folliculaires.

Très rarement, des infections secondaires fortuites viennent donner une sécrétion catarrhale surajoutée, pouvant provoquer de petits ulcères cornéens.

(1) H. COPPEZ et FUNCK, *Arch. d'opht.*, 1895.

Mais la maladie ne comporte presque jamais, malgré qu'elle récidive quelquefois, un pronostic sérieux et rien ne prouve qu'elle puisse se transformer en trachome.

Étiologie. — Les malades atteints sont le plus souvent des enfants ou de jeunes sujets, avec prédilection pour le sexe féminin. On trouvera fréquemment chez eux un tempérament débilité et languissant, mais rarement scrofuleux, quelquefois un état général excellent. Une mauvaise hygiène, un air confiné, les irritations extérieures (atropine), peuvent jouer un rôle, de même que l'habitation dans des lieux humides. La contagiosité demande à être démontrée.

Diagnostic. — La présence de volumineux follicules et la longue durée de l'affection feront séparer la conjonctivite folliculaire du *simple catarrhe*.

Dans le soi-disant catarrhe printanier, nous trouvons des productions sur la conjonctive tarsale et autour du limbe, n'existant pas dans la maladie folliculaire.

Avant tout, on examinera le *cul-de-sac inférieur*, qui, lésé particulièrement dans la conjonctivite folliculaire, est la *pierre de touche* de la maladie. Dans le *trachome*, les lésions sont beaucoup plus accentuées à la *paupière supérieure* et au niveau du tarse : les lésions cornéennes si fréquentes, le pannus, accentueront les différences et les affections pourraient du reste se compliquer sans se confondre.

Traitement. — A l'exception des cas à catarrhe marqué, on s'abstiendra des caustiques en solution forte.

Des lavages antiseptiques au biiodure à 1/20000, des instillations de nitrate à 1 p. 100, seront prescrits deux fois par jour.

Dans certains cas, nous nous sommes bien trouvés de quelques légères scarifications et mouchetures au faisceau d'aiguilles à tatouage utilisées par Armaignac dans le trachome.

Si ces divers moyens ne donnent pas de résultat rapide, on cautérise tous les jours au *crystal d'alun*.

Ce qui est aussi important, c'est de modifier l'état général. L'exercice au grand air, le changement de séjour, une alimentation tonique, les préparations arsenicales, sont recommandables.

Les verres fumés seront portés à la lumière vive. Enfin on examinera les fosses nasales, comme dans la plupart des conjonctivites.

Conjonctivite trachomateuse (1). — Vu sa fréquence dans les pays méridionaux, le trachome a été parfaitement décrit par les auteurs anciens (Hippocrate, Celse, etc.), et un traitement chirurgical, que le XVIII^e siècle et le XIX^e siècle ont successivement repris sans grandes modifications, était déjà appliqué à la maladie.

Les épidémies qui ont suivi les expéditions françaises en Égypte ont été l'objet de nombreux travaux, surtout en Belgique, et, plus

(1) τράχως, rugueux.

récemment, de nombreuses recherches histologiques ont établi la structure des *granulations*, tandis que les recherches bactériologiques parallèles n'ont pas abouti d'une façon définitive.

Symptomatologie. — Les symptômes varient beaucoup, suivant la période à laquelle le malade vient consulter.

Il est rare d'assister au début catarrhal du trachome ; dans certains cas, au contraire, et souvent des deux côtés à la fois, une sécrétion abondante, analogue à celle de la conjonctivite purulente, existerait d'emblée (ophtalmie d'Égypte).

Si l'on soulève la paupière supérieure, en général alourdie et *tom-bant plus bas que de coutume*, et si l'on inspecte la *conjonctive tarsienne*, on trouve déjà un épaissement rougeâtre de ces régions : de véritables *granulations* s'y trouvent ; car il ne s'agit pas d'une conjonctivite essentiellement sécrétante, mais bien *parenchymateuse et végétante* : plus tard la paupière supérieure retournée montre une conjonctive, bourrée de granulations, que l'on peut vider de leur contenu caséux en les pressant sur l'ongle, et, qui s'étendent jusque dans le *cul-de-sac hypertrophié*.

La lésion est en général bilatérale, mais exceptionnellement elle reste indéfiniment *monoculaire*.

Les complications sont constituées par le *pannus* et par les *ulcérations*.

Le *pannus* granuleux, toujours plus marqué dans la partie supérieure de la cornée, est un voile vasculaire, manifestement *surajouté* à ses couches superficielles.

Les *ulcères* cornéens sont surtout des érosions ou des facettes superficielles, quelquefois compliquées d'abcès profonds et même d'iritis avec hypopion. Leur marche est en général serpiginieuse, mais rarement parenchymateuse et perforante, excepté chez les misérables et les sujets mal soignés.

A la troisième période, la *rétraction* du tissu se produit. On pourrait comparer l'évolution du trachome à celle de *certaines blennorragies* : sécrétion, état granuleux subinflammatoire, rétrécissement. Le tarse, primitivement infiltré, se réduit à une coque sinueuse, cicatricielle : si on le retourne, on voit indéfiniment une ligne jaunâtre horizontale, qui constitue la clef de l'ogive tarsale ; les *culs-de-sac* s'effacent et se peuplent de brides, quelquefois avec *atrophie totale* du *cul-de-sac* et xérosis. La conjonctive subit rarement la dégénérescence amyloïde.

Le *pannus*, souvent devenu total, et très épais (*sarcomateux*), subit un certain degré de régression, spontanément, ou sous l'influence d'infections (érysipèle, conjonctivite blennorragique, etc.), mais en laissant de petits vaisseaux visibles à la loupe et la cornée reste, dans la majorité des cas, déformée par les nombreuses facettes résultant des *ulcérations*. et la vue troublée par l'astigmatisme irrégulier et les opacités.

Les ulcères graves entraînent le staphylome, le leucome adhérent, avec ou sans fistules. Le pannus complet peut même provoquer du *glaucome*, peut-être par infiltration et oblitération profonde des voies excrétoires antérieures.

Chez les sujets bien soignés et surveillés dès le début, on empêche les altérations cornéennes de se produire, car il n'y a pas une relation absolue entre l'intensité des granulations palpébrales et l'épaisseur du pannus.

En plus des troubles que nous avons signalés, le *trichiasis* total, ou partiel, est la conséquence la plus grave du trachome, même après guérison des granulations ; il en est de même de l'oblitération progressive et souvent définitive des voies lacrymales.

La marche est en général essentiellement chronique, mais elle peut être *galopante* (trachomes aigus, surtout épidémiques). Les récidives sont fréquentes.

Étiologie. — On admet généralement que le trachome est contagieux et épidémique, surtout à la période *sécrétante*, et l'on cite nombre de garde-malades et d'ophtalmologistes ayant été contaminés. Il est probable que l'air ne joue pas de rôle dans la contagion, mais il faut qu'il y ait, par contact d'objets communs, de pansements, infection directe de la conjonctive : peut-être le trachome succède-t-il quelquefois à une conjonctivite catarrhale, porte d'entrée. (Chibret.)

Les jeunes sujets, après quinze ans, sont plus souvent atteints : mais on voit quelquefois des *vieillards* être atteints d'un trachome aigu à tendance *très végétante*.

La cohabitation prolongée avec des granuleux qui engendre souvent les *épidémies* de trachome, entraîne bien des causes de contamination par contact. Mais il y a aussi des causes *prédisposantes très importantes*. La misère physiologique, l'alimentation défectueuse, l'air confiné, expliquent déjà pourquoi on trouve infiniment plus de trachomateux dans la classe *pauvre* que dans la classe aisée, où il revêt rarement le même caractère de gravité. Le *lymphatisme* joue un rôle indiscutable. Les Juifs sont plus souvent atteints que les autres, souvent par l'ensemble des motifs précédents. Les pays chauds, humides et plats sont beaucoup plus atteints (Égypte, et en général les pays du Midi) : il en est de même pour les grandes villes. Les hautes altitudes (Suisse, Tyrol) en sont presque indemnes. Les nègres ont une immunité relative, plus discutable pour d'autres races.

Mentionnons, à propos de l'ophtalmie des Égyptiens, le rôle attribué aux *mouches*, que les malades laissent séjourner sur le bord de leurs paupières, et qui transportent le virus trachomateux.

Il reste encore beaucoup à faire pour établir la vraie nature du trachome. Il semble bien difficile d'admettre l'opinion de certains

auteurs (Arlt, Fuchs), qui pensent qu'il s'agit toujours d'une inoculation blennorrhagique génitale, vu la rareté absolue du trachome après l'ophtalmie des nouveau-nés ou l'ophtalmie blennorrhagique.

Y a-t-il là une affection endogène, analogue aux productions scrofulieuses et tuberculeuses? Comment alors expliquer certains cas de contagion *médicale*, des plus nets et des plus indiscutables?

Malgré certaines observations qui semblent présenter un caractère expérimental (Goldzieher, Sattler, Fuchs), rien ne démontre d'une façon péremptoire la *théorie génitale* du trachome; il s'agit d'une infection ordinairement ectogène, de microbe inconnu, se développant sous l'influence de causes prédisposantes, et probablement d'une nature *spécifique*.

Mais il nous semble juste d'admettre que souvent le trachome reconnaît aussi une *origine endogène*. De même que la tuberculose peut s'inoculer expérimentalement (comme les cas de contagion du trachome), de même, croyons-nous, le trachome peut se développer d'emblée *interstitiellement* à la façon des productions ganglionnaires scrofulo-tuberculeuses, et l'on sait qu'il affectionne avant tout, comme point de départ, le *tissu lymphoïde sous-conjonctival* supérieur, ce qui crée encore des analogies frappantes.

Anatomie pathologique et bactériologie. — Les lésions trachomateuses ont avant tout leur localisation précoce et permanente dans le tissu lymphoïde, qui existe normalement au niveau de la conjonctive du haut du tarse et de la partie avoisinante du cul-de-sac. Il y a une énorme infiltration lymphoïde pathologique de cette région, le tarse lui-même s'épaissit et subit plus tard dans presque toute son étendue une rétraction cicatricielle. Il ne paraît y avoir aucun élément histologique spécial aux granulations. La granulation se compose d'un amas de cellules lymphatiques (fig. 30), rappelant ceux de la muqueuse intestinale. La boursouffure forme des replis muqueux, entre lesquels l'épithélium paraît donner des glandes en tubes ramifiés qui ne jouent qu'un rôle absolument secondaire (1).

Mais, à l'encontre de la conjonctivite folliculaire, il y a une infiltration générale des tissus, dépassant de beaucoup la granulation qui n'en constitue que le centre, souvent caséifié. Il faut donc admettre, aussi bien d'après la clinique que d'après les recherches histologiques, des différences capitales entre la conjonctivite folliculaire et le trachome.

Le pannus est du tissu conjonctif vascularisé qui s'infiltré sous l'épithélium, *au-dessus* de la membrane de Bowman: si, dans les cas graves, cette membrane est érodée et détruite, une opacité cicatricielle de la cornée suit la guérison du trachome. L'irritation méca-

(1) A consulter: VILLARD, Anatomie pathologique de la conjonctive granuleuse, thèse de Montpellier, 1896, avec figures; — Bactériologie de la conjonctivite granuleuse (Montpellier méd., 1896).

nique favoriserait l'inoculation de la région supérieure du limbe par la conjonctive palpébrale malade, et le limbe est plus atteint que la partie de la conjonctive bulbaire qui le sépare du cul-de-sac, et qui est exposée à des frottements moins rudes. De plus, le limbe, avec ses réseaux lymphatiques plus développés, est plus apte que la région voisine à devenir une colonie trachomateuse.

Les recherches de Koch, de Michel, de Sattler, de Poncet, de Noizewski, décrivant des *microbes divers*, manquent d'unité et de certitude. Il reste à colorer le microbe dans l'intérieur des granulations et à reproduire, sur les animaux (sur le chien par exemple, dont les

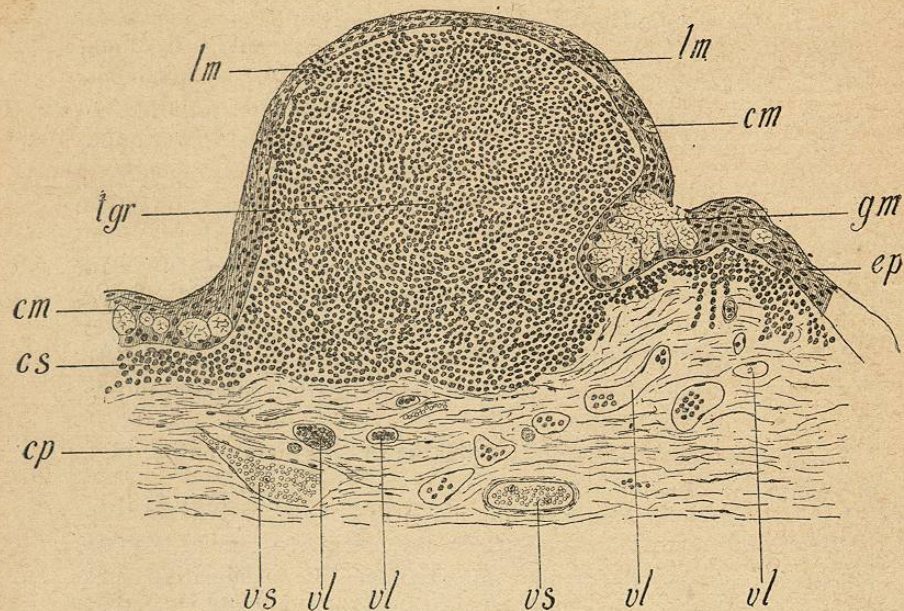


Fig. 30. — Granulation trachomateuse (Villard). — *cm*, cellules à mucus; *cs*, couche superficielle ou adénoïde du derme; *cp*, couche profonde ou fibreuse; *ep*, épithélium; *gm*, pli muqueux (glande d'Ivanoff); *lm*, leucocytes migrants; *tgr*, tissu de la granulation; *vl*, vaisseaux lymphatiques; *vs*, vaisseaux sanguins.

conjonctives sont souvent atteintes d'hypertrophies adénoïdes), des séries d'infections de caractère plus probant que celles faites jusqu'ici.

Diagnostic. — On ne confondra pas les granulations vraies avec les *conjonctivites papillaires*, qui n'ont pas de lésions cornéennes. Les papilles sont situées sur presque toute l'étendue du tarse et le cul-de-sac n'est généralement pas touché.

Nous avons vu les différences qui séparent le trachome de la *conjonctivite folliculaire*, et nous verrons celles qui empêchent de le confondre avec les *végétations printanières*.

Les *pannus scrofuleux* et *hérédo-syphilitique* seront caractérisés par l'intégrité de la conjonctive tarsienne et par leur diffusion à toute la cornée, tandis que le *pannus trachomateux* est plus prononcé en haut.

On se méfiera de certaines *tubercules conjonctivales* à forme granuleuse (Rhein, Fuchs), des granulations dues à des *poils de chenilles*, de la conjonctivite dite d'origine *animale*.

Traitement. — La haute gravité et la chronicité du trachome ont fait surgir de nombreux traitements : chaque période de la maladie nécessite un traitement différent.

A la période *sécrétante*, qui semble la plus contagieuse, on devra avant tout lutter contre l'infiltration progressive de la muqueuse. Le nitrate d'argent, toujours en badigeonnages, à 1/50 par exemple, sera le traitement de choix et devra être employé à peu près exclusivement. De temps à autre on pourra cependant cautériser au sulfate de cuivre, qui a souvent une action très efficace sur ces états catarrhaux : mais ces divers remèdes seront maniés avec prudence, en protégeant la cornée, et en lavant longuement la conjonctive après la cautérisation.

A la période floride, d'autres problèmes se posent. On peut avoir l'idée de détruire le tissu granuleux pour amener sa transformation en un tissu cicatriciel, ou bien on tâche, par divers moyens, de provoquer des modifications dans le tissu morbide, pour amener sa rétrocession et une sorte de guérison naturelle du trachome, qui est le véritable but à atteindre.

Le premier moyen est employé depuis la plus haute antiquité, le second est d'origine moderne.

La *destruction du tissu granuleux* a été mise en pratique dès Hippocrate, qui raclait les granulations avec la pierre ponce. D'autres chirurgiens grecs et romains ont employé les scarifications profondes, le brossage, avec des instruments spéciaux (blépharoxyston de Paul d'Égine). De tout temps, on a fait des curettages, des excisions, des cautérisations ignées et on a employé des pommades à base de cuivre. Les ablations de grands lambeaux de conjonctive reviennent à Benedict, Himly, Galezowski, et on a même été jusqu'à l'ablation du tarse.

Le *brossage*, repris par Woolhouse et ses élèves, a été de nouveau préconisé par Borelli (hersage), Sattler, Abadie et Darier entre autres.

Quant au *massage* (Severus), on l'a refait avec des poudres, telles que celle d'acide borique.

L'*électrolyse* a été recommandée par Lindsay Johnson et Malgat.

L'*expression*, destinée à vider les granulations caséuses, pratiquée par bien des chirurgiens, a été systématisée par Cuignet et par Knapp, qui a employé un instrument spécial (étrier à rouleaux).

Il faut leur adjoindre des interventions sur la conjonctive bulbaire ayant pour effet de modifier le pannus, telles que la *péritomie*.

Parallèlement, une autre thérapeutique, née de l'observation de guérisons fortuites du trachome, est entrée en ligne.

On a remarqué que les violentes infections surajoutées au trachome avaient souvent pour effet de le faire complètement disparaître, quelquefois pour toujours, toujours pour longtemps.

L'*inoculation de pus blennorragique* (Walker, de Jäger, Van Roosbroek, Bader, Brière, Panas, etc.) a donné des succès. Il en est de même du *jéquirity* (de Wecker). Enfin on a signalé des guérisons ou améliorations surprenantes par l'érysipèle facial, par des maladies intercurrentes (rougeole, pneumonie, choléra).

Dans l'ensemble de ces faits, au lieu d'une transformation cicatricielle du trachome, une sorte d'intussusception absorbe le trachome et laisse une cornée d'une transparence presque totale.

Nous allons maintenant reprendre les indications dans les diverses périodes et formes du trachome.

Après avoir usé du nitrate d'argent et du sulfate de cuivre jusqu'à ce que la situation devienne stationnaire, si la guérison n'est pas obtenue, il faut intervenir plus activement. Ici deux cas peuvent se présenter : la cornée est recouverte d'un épais pannus, ou bien le pannus est nul ou très léger.

Dans ce dernier cas, on ne sera jamais autorisé à employer l'inoculation blennorragique ou jéquiritique : il faut une cornée cuirassée par le pannus, pour pouvoir lui résister, et ici le remède aurait pour effet d'ulcérer la cornée. On ne pensera donc qu'à agir sur la conjonctive tarsale malade.

On évitera ordinairement les ablations de conjonctive, membrane qui n'est que trop exposée à disparaître (symblépharon). Ce n'est que s'il y a d'*énormes replis* dans les culs-de-sac, que l'excision d'une petite bande pourra favoriser le dégorgement du tissu granuleux.

Les scarifications répétées, les séances de piqûres avec l'aiguille à tatouage (Armaignac) s'appliqueront particulièrement à ces formes fongueuses.

On appliquera dans les cas rebelles, compliqués de vives inflammations récidivantes, le brossage sous le chloroforme après scarifications, combiné au retournement des paupières enroulées sur une pince à mors de caoutchouc, et aux affusions de sublimé. On sera prudent dans ces interventions, qu'il ne faut appliquer qu'en dernière analyse, et qui, trop violemment faites, peuvent amener le symblépharon. On guérira ainsi un certain nombre de malades, mais *d'autres seront à peine améliorés ou récidiveront vite*. On en sera quitte pour reprendre les scarifications, les nitrations, enfin, dans quelques cas rares, la cautérisation ignée et l'électrolyse, mais ces divers moyens n'ont pas une action toujours assez énergique.

L'expression sera employée sur la paupière retournée et avec l'étrier de Knapp, lorsque les granulations saillantes crèvent à la moindre pression. En exprimant aussi les granulations interstitielles, ce traitement, insuffisant seul, est un très utile adjuvant de l'emploi des topiques qui agissent alors beaucoup mieux, en particulier le sulfate de cuivre.

Le massage à l'acide borique est admirablement supporté et d'un effet des plus remarquables sur les granulations non sécrétantes. On arrive ainsi rapidement à modifier et à polir la surface tarsale : c'est un moyen que rien ne remplace, dans certains cas, d'autant plus qu'on peut le répéter souvent et le faire alterner avec les autres traitements.

Si la cornée est atteinte d'un épais pannus, on pratiquera de larges péritomies, en enlevant la conjonctive jusqu'au limbe, dont on atteindra ainsi le riche développement vasculaire. Une injection sous-conjonctivale de cocaïne à 1 p. 100 facilite l'opération.

On en viendra, après avoir fait le brossage, la péritomie et la canthoplastie sans succès, aux inoculations. On repoussera d'emblée la répugnante inoculation blennorragique qui peut infecter l'organisme entier (arthrites) pour employer d'abord le jéquirity, et ce n'est qu'après les rares succès de cette application contre le pannus, qu'on pourrait en venir à l'inoculation de pus blennorragique.

Les indications de la sérothérapie par les toxines de streptocoques, que l'action de l'érysipèle sur le trachome pourrait faire préconiser, comme pour les lupus, sont encore à l'étude.

En tout cas, le traitement général ne saurait être négligé : l'hygiène, la propreté, les traitements antiscrofuleux et toniques, le séjour dans les hautes altitudes favoriseront bien des cas de guérison chirurgicale et empêcheront les récidives.

En somme, il n'y a pas une thérapeutique unique du trachome. On s'inspirera des conditions particulières et surtout de la période où en est le mal chez chaque malade pour pouvoir agir utilement, tantôt par les moyens destructeurs qui seuls quelquefois peuvent avoir raison de la situation, tantôt par les moyens modificateurs auxquels on ne saurait se confier exclusivement.

Quant aux suites du trachome, le traitement du trichiasis, du xérosis et du symblépharon leur est applicable.

Végétations printanières. — *Catarrhe printanier* [Sæmisch]. — Cette affection a été décrite par Arlt qui en faisait une variété de conjonctivite lymphatique (1846). Desmarres, à qui on doit une excellente description de la maladie, observa, au contraire, l'aspect spécial de l'affection, et lui donna le nom particulier d'*hypertrophie périkératique*. La marche par poussées périodiques, l'extrême chronicité (Sæmisch), les végétations de la conjonctive tarsienne (Horner) ont été notées depuis. De nos jours, cette affection, bien

Dr. A. Carrillo,

Calle del Fable 49.

MONTERREY, N. L. MEX.

que mal connue dans son essence, a suscité de nombreux travaux : on les trouvera résumés dans les thèses de Knus (1) et de Lenoble (2).

Le nom de *végétations à recrudescence printanière* nous semble plus explicite que celui de catarrhe, qui crée de nombreuses confusions.

Symptomatologie. — Il s'agit d'une maladie essentiellement chronique, pouvant durer plusieurs années. Les malades viennent consulter en général au printemps ou en été pour une sensation de cuisson dans les yeux, avec légère photophobie et démangeaisons fréquentes. L'interrogatoire apprend ordinairement que, dans les années précédentes, cet état s'était déjà produit et avait disparu pendant l'hiver pour réapparaître au printemps : les jours chauds semblent même apporter une gêne plus grande et les jours pluvieux un certain soulagement.

À l'examen extérieur, peu ou pas de gonflement des paupières ; à peine le matin, une légère sécrétion qui ne devient jamais franchement purulente ou même fortement catarrhale. Mais l'aspect de la cornée est caractéristique : dans les cas les plus accentués, il y a, surtout dans le croissant supérieur du limbe, un chapelet de nodosités gélatiniformes grisâtres (de Graefe), peu vascularisées, encadrant la cornée : ces nodosités sont dures et d'un volume variable ; si l'on retourne la paupière, on remarque de volumineuses végétations polypiformes de même couleur encombrant toute la conjonctive tarsale ; tassées par leur juxtaposition réciproque, elles offrent l'aspect d'une sorte de carrelage de la conjonctive à ce niveau : le repli semi-lunaire est infiltré et la conjonctive prend une teinte saumon.

Dans les cas moins typiques, les végétations du limbe ou celles du tarse peuvent manquer ou avoir un développement tout à fait disproportionné. D'autres fois, il existe deux ou trois nodosités pouvant atteindre le volume d'un petit pois et empiétant sur la cornée. Leur dureté, leur couleur grisâtre, la chronicité, permettent d'affirmer la nature spéciale de ces végétations, même sans l'aspect particulier de la conjonctive tarsale.

Des rhinites chroniques (Couétoux, A. Trousseau) coexistent souvent avec cette affection conjonctivale. Nous avons vu un grand nombre de fois la coexistence de végétations adénoïdes du naso-pharynx avec le facies caractéristique.

L'évolution générale est lente, mais elle présente ordinairement une marche cyclique et peu à peu, entre vingt et vingt-cinq ans, la plupart des végétations finissent par s'atrophier et disparaître.

Étiologie. — C'est presque toujours chez des sujets entre cinq et quinze ans que l'affection se développe ; exceptionnellement, chez de

(1) KNUS, thèse de Zurich, 1889.

(2) LENOBLE, thèse de Paris, 1895.

tout petits enfants ou des adultes. L'affection est bilatérale et atteint plus fréquemment les garçons.

Il est très rare de voir une autre affection conjonctivale (trachome, catarrhe simple) précéder l'éclosion des végétations.

Les pays humides, l'habitation dans des lieux humides et des professions spéciales (pêcheurs) paraissent pouvoir être quelquefois incriminés.

On doit se demander si, dans un certain nombre de cas, le mauvais état des fosses nasales ne prédispose pas à l'évolution des végétations conjonctivales, d'autant plus que le traitement nasal améliore les malades. Dans le cas de végétations adénoïdes nasales, nous nous sommes même demandé si, pathogéniquement, les végétations du limbe ne pouvaient pas être considérées comme étant d'une nature analogue, et nous continuons nos recherches sur ce point. Quoi qu'il en soit, l'affection se présente plus souvent chez des sujets *non scrofuleux* (de Wecker) : mais on la rencontre avec tous les tempéraments et toutes les constitutions.

Diagnostic. — Le diagnostic différentiel est délicat, surtout dans les *cas atypiques*, qui sont assez nombreux. On pourrait confondre avec le trachome. Mais l'aspect végétant et polypiforme des lésions de la conjonctive tarsale est différent : il n'y a pas sur la cornée de véritable pannus ; la végétation, *de couleur caractéristique*, surplombe la cornée qui, à côté d'elle, est absolument transparente et n'a ni les vaisseaux envahissants ni la diffusion du pannus trachomateux.

La conjonctivite pustuleuse, avec laquelle on a si souvent confondu les végétations saisonnières, donne des pustules rougeâtres, passagères, avec lésions cornéennes scrofuleuses fréquentes.

Quant au simple catarrhe, il s'éliminera vite, par l'absence des végétations typiques.

Dans les cas où les nodosités péricornéennes existent seules, on fera le diagnostic avec l'épisclérite qui n'empiète pas autant sur la cornée, dont l'aspect est rouge vineux, et qui est relativement rare à l'âge des végétations printanières : il y a des cas où l'on pourrait, en présence d'une seule végétation dure, péricornéenne, penser à un épithélioma de cette région.

Pronostic. — Il ne s'agit pas d'une maladie grave par elle-même, mais dont la chronicité, en dépit du traitement, est désespérante.

Anatomie pathologique. — On est frappé de voir le développement de l'épithélium conjonctival entre les masses néoformées, qui sont constituées par un *tissu conjonctif assez résistant*. Il y a des différences profondes avec le trachome et la conjonctivite folliculaire.

On ignore absolument la nature de cette conjonctivite hyperplasique, et le microbe, cherché par nombre d'auteurs, dont Fuchs et nous-même, n'a pu être encore mis en évidence.

Traitement. — La destruction par l'excision, le grattage et la cautérisation ignée amènent un soulagement marqué, mais, dans la majorité des cas, une récurrence lente est la règle. On s'abstiendra d'une intervention trop énergique et on n'appliquera pas à la maladie le brossage antitrachomateux, par exemple.

En dehors de ce traitement chirurgical, destiné à faciliter l'action des topiques, on pourra employer, *en variant les traitements* à cause de l'accoutumance rapide, les cautérisations au crayon d'alun (Lenoble), le massage boriqué, la pommade au bioxyde jaune (Arlt), une solution d'acide acétique à 1/30 d'eau distillée (Van Millingen, Fuchs), la créoline une fois par jour (Despagnet), les douches de vapeur avec l'appareil de Lourenço ou les compresses chaudes, la lanoline hydrargyrique (Darier).

L'électrolyse et les injections sous-conjonctivales devraient également être essayées systématiquement.

Le traitement des affections nasales concomitantes sera rigoureusement fait (Couétoix, A. Trousseau). On donnera également l'arsenic à l'intérieur (de Wecker) et on recommandera le changement d'air et de séjour.

ÉRUPTIONS CONJONCTIVALES.

Conjonctivite pustuleuse. — La conjonctivite pustuleuse a été souvent appelée *phlycténulaire* : mais le bouton caractéristique n'est composé que d'un amas inflammatoire *cellulaire*. Le nom de conjonctivite lymphatique convient, il est vrai, au plus grand nombre des cas, non à l'ensemble que le terme de conjonctivite pustuleuse caractérise nettement.

Symptomatologie. — Des lésions cornéennes coexistent fréquemment avec la conjonctivite (*kérato-conjonctivite* pustuleuse).

C'est presque toujours dans la région du limbe que les pustules apparaissent, généralement au niveau du diamètre horizontal, ce qui semble prouver que l'action irritante du vent et des poussières, des contacts malpropres, et aussi des *contaminations* par les microbes du bord ciliaire, ne sont pas étrangères à cette localisation. Tantôt il n'y a qu'une volumineuse pustule munie d'un large pinceau de vaisseaux et pouvant s'avancer jusqu'au milieu de la cornée : d'autres fois, deux ou trois pustules sont groupées, et leur sommet ulcéré présente bientôt une teinte *grisâtre* qui tranche sur le rouge vif ambiant : très rarement une teinte jaunâtre indique une sorte de nécrose suppurée de la pustule qui est quelquefois assez volumineuse pour former une masse comprenant le *tissu sous-conjonctival* et l'*épisclére* (fig. 31). Dans la forme *miliaire*, un chapelet de petites vésicules enchâsse plus ou moins complètement la cornée.

Dans des cas exceptionnels, avec *poussées impétigineuses*, hyper-