

C'est pendant la période d'infiltration diphthéritique que l'on observe surtout des phénomènes généraux. Ils sont d'ailleurs variables suivant la rapidité de la marche de la maladie. Presque toujours il existe de la fièvre; la peau est sèche, la soif vive; souvent il s'y joint de l'anorexie. Une forme assez fréquente s'accompagne, comme l'intoxication diphthéritique en général, de symptômes de dépression et d'adynamie.

La durée de ce stade est très-variable, il peut arriver à son maximum en quelques heures, comme aussi en plusieurs jours; rarement il dépasse trois ou quatre jours. On voit alors la sécrétion oculaire devenir graduellement plus abondante et s'accompagner de dépôts floconneux; la rigidité des paupières diminue et la vascularisation conjonctivale reparaît. Le second stade, celui d'élimination, est alors commencé.

*Deuxième période. — Stade d'élimination et de suppuration.* — Elle est caractérisée par les modifications qui s'opèrent du côté de la conjonctive. Les fausses membranes deviennent moins adhérentes; sur certains points elles se ramollissent ou se détruisent par un travail moléculaire dont il est difficile de suivre la trace, en sorte qu'elles se présentent sous forme de petites plaques et de ponctuations de plus en plus discrètes. En même temps que s'opère cette disparition des fausses membranes, on assiste au retour de la circulation du sang dans la muqueuse; des anses capillaires tuméfiées se dessinent par places, et viennent alimenter de véritables bourgeons charnus, rouges et saignants comme sur une plaie granuleuse. Avec la circulation reparaissent les sécrétions: la sérosité grisâtre et corrosive, qui humectait les paupières à la première période, augmente beaucoup d'abondance et change de nature; elle se charge de tous les débris fibrineux, épithéliaux et pseudo-membraneux qui ne sont pas encore résorbés ni expulsés au dehors; il s'y joint aussi une sécrétion purulente franche qui ne tarde pas à devenir considérable. A ce moment il serait difficile de reconnaître la conjonctivite diphthéritique d'une conjonctivite purulente, car l'abondance de la suppuration domine la symptomatologie. Comme on le voit, ce processus d'élimination est celui de toute plaie qui bourgeonne et tend à se cicatriser par seconde intention, seulement il emprunte à la région où il se développe des caractères particuliers.

A cette période on observe presque toujours une très-notable détente dans les symptômes généraux. La douleur est moindre, bien qu'elle se fasse souvent encore sentir; les mouvements des paupières sont moins pénibles pour le malade, puisque la rigidité du début a fait place à une simple tension inflammatoire.

Mais c'est presque toujours dans le cours de cette période que surviennent les complications cornéennes. Nous les avons déjà indiquées à propos de l'ophtalmie purulente; nous les retrouvons ici avec une gravité d'autant plus grande que la compression exercée par l'exsudat a été plus intense.

La cornée, trop longtemps privée de l'apport de ses sucs nourriciers, ne suit pas le mouvement de réparation de la conjonctive; presque tou-

jours elle s'ulcère à la périphérie ou se nécrose en masse, d'où résultent la perforation du globe de l'œil, la hernie de l'iris, les staphylômes, etc., et trop souvent aussi le phlegmon diffus du globe de l'œil et sa fonte purulente.

*Troisième période. — Stade de rétraction ou de cicatrisation.* — Cette troisième période ne doit pas être considérée comme spéciale à la conjonctivite diphthéritique. Elle se montre à la suite de toutes les ophtalmies purulentes; seulement, en raison de l'intensité plus grande de la diphthérite oculaire, elle acquiert plus d'importance. Tout n'est pas fini, en effet, quand l'exsudat diphthéritique éliminé a fait place à une sécrétion inflammatoire et purulente franche, et il y a loin de cet état au retour de l'œil à sa constitution normale. Voici les phases par lesquelles passe ce travail de réparation. Comme dans toute plaie granuleuse, les bourgeons charnus sécrètent d'abord abondamment, puis finissent graduellement par se tarir; la conjonctive bulbaire est la première à reprendre son apparence habituelle: la conjonctive palpébrale, plus fortement touchée, reste plus longtemps hypertrophiée et rouge. Mais la cicatrisation ultérieure se fait toujours d'une façon irrégulière, parce qu'il s'établit sur la muqueuse une rétraction proportionnelle à la quantité et à la profondeur de l'infiltration diphthéritique. Pour peu que cette infiltration ait été abondante, la rétraction devient considérable, et provoque un renversement en dedans des paupières, un véritable entropion. Si les ulcérations siègent à la fois sur la muqueuse palpébrale et bulbaire, il s'en suit une adhérence vicieuse, un symblépharon souvent fort compliqué et très-difficile à guérir. Enfin, si la cornée n'a pas été complètement détruite pendant la période supplicative, c'est à ce moment qu'au ramollissement inflammatoire ou ulcéreux du tissu cornéen succèdent des opacités irrémédiables ou des pannus rebelles, et que l'on voit se produire des staphylômes.

*DURÉE, TERMINAISON.* — Il ressort de ce que nous venons de dire sur la marche de la conjonctivite diphthéritique, que sa durée est fort variable. Dans les cas bénins, où la muqueuse palpébrale seule est envahie, la maladie ne dépasse guère un septénaire; ordinairement, en comptant les trois périodes, on arrive à un total de quinze à vingt jours. Enfin les cas très-graves échappent à toute appréciation; on voit la cornée se perforer et l'œil se vider en quelques heures; mais il faut des semaines pour la cicatrisation, quand elle s'opère. C'est alors que l'on voit le globe de l'œil se rétracter, se réduire à un moignon informe et douloureux, et que l'on est presque toujours obligé, pour éviter les dangers de l'ophtalmie sympathique consécutive, d'en pratiquer l'énucléation.

La résolution est une terminaison tout à fait exceptionnelle de la diphthérite oculaire. Presque jamais la cornée n'échappe aux atteintes du mal. Dans les circonstances les plus heureuses, le malade en est quitte pour des opacités cornéennes plus ou moins étendues et durables: malheureusement la règle est l'ulcération et la nécrose de la cornée, avec

toutes ses conséquences désastreuses. Enfin, non-seulement l'œil peut être compromis et détruit, mais on a vu quelquefois la mort survenir dans la diphthérie oculaire secondaire des fièvres éruptives; cette terminaison n'est pas très-rare.

On n'a jamais signalé, à la suite de la conjonctivite diphthéritique, de paralysie consécutive. C'est là un fait remarquable, si l'on se rappelle la fréquence de cet accident après l'angine couenneuse.

DIAGNOSTIC. — La conjonctivite diphthéritique ne pourrait être confondue qu'avec les formes de conjonctivite purulente qui s'accompagnent aussi de plaques pseudo-membraneuses; cependant les caractères différentiels de ces deux affections peuvent être assez facilement établis. Ainsi dans la conjonctivite purulente au début, la muqueuse est très-vasculaire, molle, comme fongueuse, tandis que, dans la diphthérie de l'œil, elle est sèche, lisse et infiltrée de plaques d'exsudat jaunâtre. Dans le premier cas, l'œil est baigné par une abondante sécrétion de pus; dans le second, il est simplement imbibé d'une sérosité louche et grisâtre. Enfin, les exsudats purulents lamelliformes ne ressemblent nullement aux dépôts fibrineux. Plus tard, quand la muqueuse se vascularise et se débarrasse des exsudats diphthériques, le diagnostic devient beaucoup plus difficile; la marche seule de la maladie peut empêcher de la confondre avec une simple ophthalmie purulente.

C'est ici le lieu de revenir sur une question dont nous avons dit déjà quelques mots à propos de la nature de la maladie. Suivant quelques auteurs, la conjonctivite diphthéritique, telle que nous l'avons décrite, ne serait pas toujours une affection spécifique, liée à l'empoisonnement diphthéritique. Certaines conjonctivites phlegmoneuses, non spécifiques, donneraient lieu à des exsudats inflammatoires interstitiels et entraîneraient les mêmes désordres que la conjonctivite diphthéritique la plus franche. Cette doctrine a été défendue surtout par Gosselin et Lanneongue, qui voient dans ces deux processus deux maladies distinctes, et nous devons dire que certains faits sont tout à fait en rapport avec cette manière de voir. Ainsi Wecker, partisan cependant de la théorie toxique, cite des expériences où l'inoculation de pus blennorrhagique sur un œil sain a pu déterminer une véritable conjonctivite diphthéritique, avec exsudats, nécrose de la cornée et fonte purulente de l'œil; c'est là le type de la conjonctivite phlegmoneuse diffuse de Gosselin. Voici, d'après cet auteur, quels seraient les symptômes différentiels de ces deux ophthalmies. Dans la conjonctivite phlegmoneuse, le gonflement des paupières est dur, rigide, sans altération de couleur de la peau, et détermine des douleurs atroces. Dans la conjonctive diphthéritique, le début serait toujours insidieux, le gonflement moindre et la douleur apparaîtrait seulement après la production de la fausse membrane; celle-ci serait aussi beaucoup plus superficielle, facile à détacher au moins partiellement, et laisserait voir au-dessous d'elle la muqueuse rouge et congestionnée. Enfin, tandis que la vraie diphthérie oculaire s'accompagne

de symptômes généraux d'intoxication, la conjonctivite phlegmoneuse resterait toujours une maladie purement locale.

Assurément, si ces symptômes étaient toujours aussi tranchés, rien ne serait plus facile que d'établir un diagnostic différentiel. Mais il suffit de lire les observations citées dans les auteurs, et particulièrement dans la thèse de Raynaud, pour se convaincre que ces distinctions sont loin d'être l'expression clinique des faits. On y trouve mentionnés des cas où les douleurs ont été atroces dès le début, la rigidité des paupières excessive, la sécrétion nulle et l'exsudat interstitiel assez épais pour ne pas donner de sang sous le bistouri, et cependant il s'agissait bien d'accidents diphthériques, puisqu'ils coïncidaient avec une épidémie de croup et se compliquaient de diphthérie de la gorge, du larynx ou des fosses nasales. On peut donc dire jusqu'à nouvel ordre que, s'il existe deux maladies distinctes, caractérisées par un exsudat pseudo-membraneux, leur marche et leurs symptômes présentent assez peu de différence pour qu'on puisse les confondre dans une même description. Les indications thérapeutiques sont d'ailleurs absolument les mêmes.

PRONOSTIC. — Après ce que nous avons dit des complications et des accidents de la diphthérie oculaire, il est inutile d'insister sur la gravité de cette maladie. Seule, de toute les conjonctivites, elle entraîne parfois la mort, et dans certaines épidémies, la proportion des cas mortels a été considérable. Sur cinq cas observés par Gibert, il y eut quatre morts. Mais il faut tenir compte de l'état général, et surtout des maladies antérieures; c'est ainsi que la diphthérie secondaire à la rougeole, à la scarlatine et à la coqueluche présente beaucoup plus de gravité.

Relativement au pronostic local, quelques chiffres de de Graefe sont tristement instructifs. Sur quarante yeux atteints chez les enfants, dix-neuf furent détruits, et les trente-un autres guérirent avec synéchie antérieure et opacité de la cornée nécessitant l'établissement d'une pupille artificielle; d'après le même auteur, la moyenne des yeux sauvés serait encore moindre chez les adultes.

Le pronostic tire d'ailleurs sa gravité de l'abondance de l'infiltration fibrineuse et de l'arrêt consécutif de la circulation. Quand la cornée, par exemple, commence à s'altérer pendant le stade diphthéritique, avant qu'aucun des signes qui annoncent l'élimination ne paraisse, l'œil est fatalement perdu.

Quand la cornée n'est point atteinte dans les deux premiers jours, il y a plus de chance de guérison; mais c'est toujours l'état de la conjonctive qui doit guider dans le pronostic.

TRAITEMENT. — Contrairement à ce que l'on observe dans la diphthérie du pharynx et des autres muqueuses, les caustiques énergiques ou les simples irritants ont agi d'une façon nuisible au début de l'affection. Cette proscription des caustiques ne s'étend pas au deuxième stade de la maladie. L'état inflammatoire tend alors à dominer, et l'on peut employer avec avantage les cautérisations.

Les émissions sanguines ont été très-vantées. Elles peuvent rendre service dans quelques cas spéciaux; mais la plupart du temps, elles sont contre-indiquées. Il ne faut pas oublier, en effet, que la diphthérie est une maladie générale, et que les phénomènes d'intoxication ont bien plus d'importance que l'inflammation locale.

Les scarifications de la conjonctive n'ont pas non plus la valeur qu'on leur connaît dans l'ophtalmie purulente. A cause de l'état exsangue de la muqueuse, elles déterminent une déplétion insignifiante, et peuvent même devenir un danger, en favorisant la production de fausses membranes nouvelles aux points scarifiés. Wecker, de Graefe et Raynaud les proscrirent: toutefois Lewinski les regarde comme utiles. Il en est des scarifications comme des caustiques: elles ne sont indiquées qu'au deuxième stade; quand l'affection est devenue de l'ophtalmie purulente, elles constituent alors un puissant moyen de déplétion pour l'œil, en même temps qu'elles favorisent et accélèrent l'élimination des eschares.

C'est aux sangsues que de Graefe donne la préférence à la période d'infiltration fibrineuse. Elles valent mieux que les scarifications, parce qu'elles permettent de tirer plus de sang. Wecker et de Graefe conseillent de les appliquer à l'angle interne de l'œil, afin de dégorgier plus directement la circulation oculaire; on a pu ainsi successivement en placer jusqu'à cent cinquante en sept jours, dans un cas de conjonctivite intense. Il va sans dire que l'état du sujet fournira les meilleures indications sur la quantité du sang à lui retirer.

Le principal adjuvant des sangsues à cette période est l'application de compresses froides et même glacées, renouvelées très-souvent. Aucun moyen ne soulage davantage les malades; mais il ne faut pas l'employer trop longtemps, on devra habituer l'œil à s'en passer graduellement, en les renouvelant moins fréquemment. On associera à ces moyens l'emploi des irrigations fraîches, également d'une grande utilité contre les douleurs intolérables qu'éprouvent quelques malades. Raynaud vante beaucoup les injections d'eau additionnée de laudanum et de liqueur de Labarraque, pour nettoyer l'œil des sécrétions âcres qui le baignent. A l'hôpital des enfants, on se trouve bien de laver les fausses membranes avec de l'acide citrique dilué, puis avec de l'eau froide. Giraldès a l'habitude de les toucher avec de la teinture d'iode; mais ce moyen n'a pas paru amener une guérison plus rapide.

Dès que la résolution commence, il est bon de faire de légers attouchements avec le crayon d'azotate d'argent mitigé aux points où la muqueuse présente une vascularité de retour; mais on doit avoir grand soin de ne pas léser la cornée, presque toujours fort endommagée déjà à cette période.

Il ne faut pas négliger d'employer, à côté du traitement local, le traitement général contre la diphthérie. De Graefe et, après lui, Wecker, insistent beaucoup sur l'emploi des mercuriaux à l'intérieur, et notamment

du calomel à doses fractionnées jusqu'à salivation. Ce qui a été observé jusqu'ici en France n'autorise pas à considérer l'action des mercuriaux comme bien utile. On a eu recours aussi à l'acide phénique sans en retirer de grands bénéfices. Enfin, le perchlorure de fer, administré comme dans le croup, n'a pas paru modifier avantageusement la maladie. Il n'en serait pas de même du chlorate de potasse, qui a été considéré comme une sorte de spécifique contre les fausses membranes, et qui est vanté par Raynaud. On le donne à la dose de 2 à 8 grammes par jour.

Il est inutile d'ajouter que le régime doit être fortifiant et tonique.

L'œil sain devra être protégé par une occlusion faite avec soin; malgré cela, il sera bon de lever le bandeau deux fois par jour, afin de s'assurer si la maladie n'a point de tendance à se propager; trop souvent, en effet, l'affection diphthéritique est binoculaire. Enfin, à la troisième période, il faudra s'opposer autant que possible à l'établissement d'adhérences vicieuses qui sont une grande gêne pour les mouvements de l'œil, et qui peuvent devenir l'origine d'ophtalmies réflexes graves.

*c. Conjonctivite granuleuse (conjonctivite purulente des adultes; ophtalmie des armées).*

Sous le nom de granulation de la conjonctive on a réuni des états pathologiques absolument différents.

Toutes les fois que la conjonctive a été le siège d'un travail inflammatoire intense ou chronique, il s'y produit une hyperplasie de tous les éléments anatomiques, et spécialement des papilles du chorion muqueux. Les conséquences de cette nutrition anormale sont d'abord l'épaississement en masse de la muqueuse, puis l'irrégularité et l'inégalité de sa surface. Tantôt elle est simplement tomenteuse, lorsque les papilles, également développées, n'atteignent pas un degré d'hypertrophie très-considérable; d'autres fois, elle devient veloutée, fongueuse, végétante; c'est ce que l'on voit après l'ophtalmie purulente ou diphthéritique. Pendant longtemps, ces différents aspects ont été considérés comme autant de variétés distinctes de l'affection granuleuse. C'est ainsi que Sicard, d'après Sichel, décrit des formes de granulations villeuses, miliaires, influentes, en crête de coq, etc., et leur consacre autant de chapitres particuliers. Cette manière de voir est tout à fait irrationnelle. L'hypertrophie papillaire n'est qu'un accident de la conjonctivite chronique, et si on la rencontre en même temps que les vraies granulations, c'est que précisément celles-ci entretiennent une inflammation permanente de la muqueuse, qui en modifie la texture. Il y a là deux lésions complètement distinctes.

Pour nous, la caractéristique spécifique de la conjonctivite granuleuses est l'existence de la *granulation*. Nous appelons de ce nom de petits corps arrondis, solides, devenant au bout de quelque temps gélatineux et translucides, et finissant par laisser sur la conjonctive une cicatrice

trice dure et rétractile. Ces petits corps ainsi constitués, ont été successivement décrits sous le nom de granulations *vésiculeuses* (Wecker), *vésiculaires* (Hairion), de *trachôme simple* ou *mixte* (Stellwag de Carion) (1).

CARACTÈRES ANATOMIQUES. — Lorsque l'on vient à renverser la paupière supérieure d'un individu affecté de granulations commençantes, on voit au niveau du cartilage tarse, surtout au voisinage de l'angle externe de la conjonctive, une série de petites taches blanchâtres, à peine du volume d'une tête d'épingle, qui se détachent plus ou moins sur le fond de la muqueuse congestionnée. Il n'est pas toujours facile de surprendre le début de ce travail pathologique. Dans les cas où la maladie a une marche aiguë, la présence de ces petits corps étrangers détermine un afflux sanguin sur la muqueuse et une injection du réseau vasculaire, qui ont pour conséquence une sorte d'érection des papilles normales. Celles-ci forment une surface veloutée, légèrement épaissie, qui déborde parfois les granulations, et les masque en partie, de sorte que, ce qui frappe

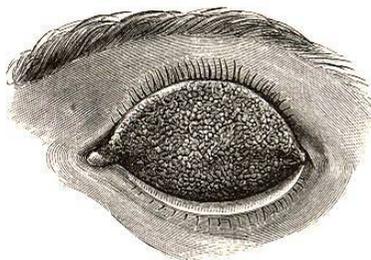


FIG. 48. — Granulations de la face interne de la paupière supérieure.

au premier abord, si l'on n'y fait attention, c'est la rougeur de la paupière. D'autres fois, au contraire, la granulation débute insidieusement; la conjonctive reste pâle comme à l'état normal, et le relief que détermine la néoplasie sur sa surface n'est pas très-visible: il faut souvent recourir à la loupe ou à l'éclairage oblique pour en prendre une notion précise. Ces petites éleveures occupent manifestement, non-seulement la surface, mais l'épaisseur de la couche dermique de la conjonctive; elles débutent par la portion tarsienne des paupières; puis gagnent les culs-de-sac, et finalement l'angle interne de l'œil. Dans ce premier stade, elles peuvent atteindre la grosseur d'un grain de millet; elles sont transparentes et donnent du liquide, quand on vient à les piquer; elles ont donc l'apparence vésiculeuse, bien qu'en réalité, comme nous le verrons, elles soient pleines et solides.

Au bout d'un temps variable, mais en général assez court, on voit se produire graduellement dans les granulations, des modifications qui con-

(1) Toutes ces expressions sont mauvaises et contribuent beaucoup à embrouiller la question. Pour ne prendre qu'un exemple, tandis que le trachome, pour Wecker, représente l'état de la conjonctive chargée de vraies granulations, d'après Hairion, ce ne serait que le deuxième ou troisième stade de ces mêmes granulations. Enfin, dans son récent ouvrage, Galezowski en fait le synonyme d'hypertrophie papillaire. Le mot de *trachome* est donc à supprimer, puisqu'il ne répond pas à une unité pathologique.

stituent le deuxième stade d'évolution. Elles deviennent plus nombreuses et plus grosses, repoussent par leur développement une partie des éléments de la muqueuse, et se répandent même parfois sur la conjonctive oculaire et sur la caroncule lacrymale. Leur aspect est alors tout à fait caractéristique, et c'est à cette période qu'on les a depuis longtemps comparées à des grains de tapioca cuit, ou à des œufs de grenouilles. Cette analogie rend parfaitement l'état sous lequel elles se présentent: translucides, sans être absolument transparentes, offrant parfois un petit point gris jaunâtre, elles forment, quand on les regarde obliquement, des rangées irrégulières dont on peut apprécier la saillie au moyen du doigt promené légèrement sur la paupière.

Il est très-rare, à cette période, qu'il n'existe pas simultanément des altérations inflammatoires de la conjonctive. Mais, on ne saurait trop le répéter, ce sont là de pures conséquences de la présence des granulations; on ne peut en douter quand on suit la marche de leur développement. On trouve en effet, presque toujours de l'hypertrophie papillaire, et surtout de l'hypertrophie glandulaire, qui simulent au premier abord des granulations, et exigent même pour en être distinguées une sérieuse attention; c'est là ce qui avait fait admettre par Stellwag de Carion, le *trachome mixte*, où toutes les formes de granulations se rencontraient réunies, et le *trachome diffus*, où la confluence de ces granulations masquait la conjonctive normale.

A une troisième période, des changements profonds amènent une nouvelle apparence des granulations. De gélatiniformes qu'elles étaient, elles deviennent grisâtres et jaunâtres, puis subissent une double transformation. Tantôt elles se résorbent et disparaissent directement, tantôt elles s'organisent; cette dernière terminaison paraît la plus fréquente. C'est ce que Hairion, auquel nous empruntons ces détails, appelle la période *végétante et fibreuse*. On observe alors, à la surface de la conjonctive, de petites masses rouges et charnues, tandis qu'ailleurs la muqueuse est molle et tomenteuse. Bientôt, la vascularisation diminuant, il survient un phénomène analogue à ce qu'on observe sur les plaies en général; le tissu embryonnaire se transforme en tissu fibreux cicatriciel, et la conjonctive présente une surface inégale et pleine d'anfractuosités. La rétraction de ce tissu peut aller assez loin pour amener ultérieurement l'atrophie plus ou moins complète de la muqueuse.

Telle est la marche de la granulation. Comme on le voit, c'est une néoplasie spéciale, qui se développe sur la conjonctive, en suivant des phases variables comme rapidité, mais constantes comme évolution. De même que pour la conjonctivite diphthéritique, il existe ici un élément spécifique qui envahit la muqueuse, y détermine des désordres plus ou moins considérables, et nécessite consécutivement une période d'élimination du produit et de réparation de la muqueuse. Pour la fausse membrane diphthéritique, ce dernier stade prend les allures de l'ophthalmie purulente; pour la granulation, nous verrons que, suivant les

cas, tantôt il survient aussi de la purulence, tantôt il se fait une cicatrisation lente.

Ces considérations nous amènent à parler de la constitution intime et de la nature de la granulation. C'est là un point qui, malgré les nombreux travaux publiés dans ces dernières années, est loin d'être encore élucidé.

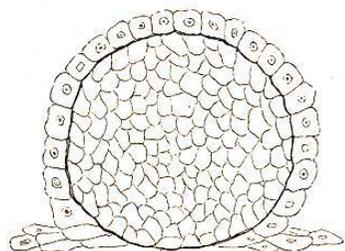


FIG. 49. — Structure d'une granulation vésiculeuse de la conjonctive (Hairion).

A la première période, si l'on examine au microscope une des petites élevures de la conjonctive, on la trouve constituée par une masse de petits noyaux serrés les uns contre les autres, et confondus par leurs bords, de telle sorte qu'on ne peut y démontrer de substance intercellulaire. Au-dessus se

trouvent les couches de cellules épithéliales polyédriques, qui tapissent la surface de la conjonctive.

A un degré déjà plus avancé, lorsque la granulation a pris l'aspect gélatineux, les éléments n'ont pas changé; mais la texture est différente. Tandis que la substance intercellulaire n'existait qu'à l'état de vestige, elle s'est développée davantage à cette période, et, comme elle est transparente, elle détermine par sa prédominance un état analogue de la granulation. Par contre, l'élément nucléaire est devenu plus rare, et n'est pas facile à voir, de sorte que pendant longtemps l'état primitif de la néoplasie a été méconnu. Cette structure, ainsi qu'on peut le remarquer, se rapproche beaucoup de celle de la granulation tuberculeuse à son premier stade; mais elle en diffère notablement aux périodes suivantes. Tandis que la dégénérescence graisseuse est la règle pour le tubercule, ici elle est très-rare, malgré les faits de ce genre dus à Arlt. Quant au travail intime qui se produit dans la granulation, lorsqu'elle se transforme en tissu fibreux, ou qu'elle se résorbe, il est fort mal connu, et il y a lieu d'attendre sur ce point des recherches ultérieures.

L'incertitude est encore plus grande, si l'on aborde la question de la nature intime de ces granulations. Sans reproduire ici toutes les opinions émises par les auteurs, ce qui excéderait les limites de ce traité, nous nous bornerons à résumer en quelques mots, les principales théories.

On a voulu voir, dans la production des granulations, le développement exagéré des follicules clos de la conjonctive (Stromeyer et Benz). Mais, si la structure microscopique de ces deux sortes de productions justifie un rapprochement, il n'en est pas de même de leur siège; car les follicules clos normaux ne se trouvent qu'à la partie interne du cul-de-sac conjonctival, tandis que, d'après Hairion, c'est la dernière région qui soit envahie par les granulations.

L'opinion généralement admise par Wecker, Thiry, Hairion, etc., est que la granulation résulte d'une production de noyaux dérivée du tissu cel-

lulaire de la conjonctive, d'une sorte « d'exsudation plastique » (Wecker). C'est, en d'autres termes, constater la nature du tissu morbide sans donner aucune explication de son origine. Aussi, en admettant la néoplasie, la question de sa spécificité se pose tout d'abord; et là encore existent de nombreuses contradictions. Tandis que pour Wolfring, en Allemagne, et, en France, pour Gosselin, il n'y a là aucun élément spécifique, la plupart des ophthalmologistes soutiennent la doctrine opposée. Ainsi, Wecker, Mannhardt, Thiry, regardent le néoplasme granuleux comme tout à fait spécial, ce dernier auteur admet même un virus particulier, virus granuleux, qui, déposé sur la muqueuse uréthrale, aurait la propriété de provoquer de la blennorrhée granuleuse. Enfin, Hairion, dans le travail le plus récent qui ait été publié sur ce sujet, sans partager complètement les idées de Thiry, se range aussi à l'idée de la spécificité.

Nous ne citerons que pour mémoire l'hypothèse de Galezowski, qui voit dans la granulation le produit d'un parasite végétal ou animal. Rien n'est moins prouvé.

ÉTIOLOGIE. — Nous retrouvons, à propos de la conjonctivite granuleuse, la plupart des causes signalées déjà pour les autres ophthalmies. Ici encore l'épidémie et la contagion sont les deux grandes sources du mal.

Mais un point d'étiologie tout particulier à cette affection est la recherche et la date de son origine. Les granulations sont-elles une maladie ancienne, ou d'importation récente? La question en elle-même paraîtrait oiseuse si l'on n'avait pas, dans ces derniers temps, attaché une importance considérable à ce point de doctrine. Il se rattache en effet intimement à l'histoire de la forme grave, épidémique, de l'ophthalmie granuleuse, que l'on a décrite sous les noms de *conjonctivite purulente des adultes*, *ophthalmie des armées*, etc. Il importe donc de dire quelques mots sur ce sujet.

Quand l'armée française fit l'expédition d'Égypte (1798-1799), elle n'échappa point aux ophthalmies si fréquentes dans cette région, et bon nombre de soldats perdirent la vue; toutefois, après leur retour en France, les troupes restèrent à l'abri de l'épidémie. L'armée anglaise, au contraire, rapporta dans ses foyers des conjonctivites épidémiques et contagieuses qui, pendant quelque temps, atteignirent certains régiments.

Ce serait là, pour les auteurs belges, l'origine égyptienne de l'ophthalmie granuleuse. Des armées franco-anglaises, elle se serait communiquée aux autres armées d'Europe, et s'y serait maintenue depuis avec des exacerbations plus ou moins considérables.

En Belgique, particulièrement, elle devint tout à fait endémique, et le mal fit de tels progrès, que, lors de la séparation de ce pays d'avec la Hollande, on s'en inquiéta dans les sphères administratives. Une commission fut nommée pour y porter remède. La première mesure adoptée fut de changer la forme du collet de la tunique qui, d'après les idées régnantes, entretenait la congestion du cou et de la face; la seconde fut le renvoi dans leurs foyers de tous les granulés; 45 000 furent ainsi licenciés

dans les trois derniers trimestres de 1834. La conséquence immédiate de cette fâcheuse inspiration fut la dissémination du mal et sa multiplication dans toute la Belgique; chaque commune eut sa petite épidémie, et cet état de choses dura vingt ans. En 1857 seulement, on décida que les granulés, au lieu d'être renvoyés dans leurs familles, seraient dirigés sur des hôpitaux spéciaux, et l'on ouvrit des dépôts pour les convalescents. Grâce à ces mesures d'isolement, le mal a constamment diminué depuis, et l'on a fini par en triompher à peu près complètement.

On voit, par ce rapide historique, que si l'épidémie et la contagion sont absolument démontrées pour l'ophtalmie granuleuse, en revanche son origine égyptienne paraît bien moins certaine. Il est, en effet, difficile de comprendre comment l'épidémie s'est éteinte dans l'armée française qui revenait directement d'Égypte, tandis que successivement elle envahissait les armées russe, italienne et prussienne. D'ailleurs on ne connaît pas depuis assez longtemps les caractères même extérieurs de la granulation, pour pouvoir affirmer qu'avant 1799 cette maladie n'était pas venue en Europe. La solution de cette question nous semble impossible et d'ailleurs de peu d'intérêt. Il suffit qu'on sache que l'ophtalmie granuleuse existe dans tous les pays, qu'elle est endémique en France, à Paris, tout comme en Belgique ou en Allemagne, qu'elle est certainement contagieuse et souvent épidémique, et que du génie épidémique régnant dépendent les variations cliniques qu'elle présente.

Comme pour les autres conjonctivites, la contagion s'exerce de deux façons : directement par inoculation de la sécrétion conjonctivale, ainsi que l'ont démontré les expériences de Thiry ; indirectement par l'air ambiant, qui probablement ne sert que de véhicule à la matière inoculable. On a voulu aller plus loin et chercher quel était, dans les liquides sécrétés, l'élément véritablement contagieux. Van Roosbroeck a cru pouvoir établir par quelques expériences que la propriété virulente résidait dans le globule de pus, mais ces expériences ne sont pas absolument probantes. D'ailleurs il reste sur cette question bien des points obscurs ; ainsi, l'inoculation du pus de granulation ne reproduit pas fatalement la granulation et peut déterminer une ophtalmie purulente franche, de la même façon que nous avons vu du pus blennorrhagique donner lieu à une conjonctivite identique à la conjonctivite diphthérique.

SYMPTOMATOLOGIE. — Bien que les granulations soient toujours identiques avec elles-mêmes, il est indispensable de les distinguer cliniquement suivant qu'elles affectent une marche aiguë ou chronique.

A. *Forme aiguë.* — Les accidents aigus qui accompagnent les granulations débutent tantôt primitivement, tantôt dans le cours d'une conjonctivite chronique granuleuse. Cette dernière circonstance est la règle, et il est rare de voir l'affection survenir d'emblée. Dans tous les cas, les symptômes observés sont beaucoup plus ceux de l'inflammation de la conjonctive que ceux de la granulation proprement dite. Aussi trouve-t-on les mêmes troubles fonctionnels que dans la conjonctivite catarrhale intense

ou l'ophtalmie purulente : sensation des corps étrangers entre les paupières, larmoiement, gêne et sensibilité dans les mouvements du globe de l'œil et des paupières. Il s'y joint en même temps de l'hypérémie des membranes profondes, qui se caractérise par de la photophobie, des douleurs circum-orbitaires, une tension du globe de l'œil.

Si l'on vient à retourner les paupières, c'est dans cette forme que l'on voit une injection très-prononcée de la muqueuse, qui est épaissie et masque parfois les granulations, surtout au niveau des culs-de-sac. On observe, en outre, une sécrétion muqueuse et jaunâtre assez épaisse, qui contribue encore à induire en erreur si l'on n'y prête pas une grande attention. Plus tard, les papilles subissent une véritable hypertrophie, et dans leur intervalle on aperçoit les petits grains vésiculeux, ordinairement disséminés, translucides, dont nous avons décrit l'apparence. En même temps le gonflement de la muqueuse, d'abord borné à la portion palpébrale, s'étend à la conjonctive bulbaire, et un véritable chémosis se produit avec tous ses dangers pour la cornée. La sécrétion, de muqueuse qu'elle était, devient purulente, et l'on a tout à fait les symptômes de l'ophtalmie purulente ordinaire. Il est bien difficile alors, si l'on n'a pas reconnu préalablement l'existence des granulations vésiculeuses néoplasiques, de les découvrir à cette période ; car l'élément principal de la maladie se trouve tout à fait dissimulé derrière les symptômes de la phlegmasie.

Lorsque la purulence de l'œil s'est franchement établie, les granulations peuvent se comporter de deux manières différentes. Tantôt, et c'est là une heureuse terminaison, elles se vascularisent et se transforment en un tissu analogue à celui des bourgeons charnus. Tantôt, au contraire, les granulations qui, pendant la purulence, avaient semblé disparaître, se montrent de nouveau, avec leur aspect gélatiniforme, et l'affection passe à l'état chronique. Enfin, il y a quelques cas où non-seulement la conjonctivite purulente ne diminue pas les granulations, mais où elle leur donne un véritable coup de fouet et facilite leur repullulation ; c'est ce que Wecker appelle le *trachome aigu de la conjonctive* ; toute la muqueuse est uniformément recouverte par une couche grisâtre de granulations confluentes.

C'est la forme aiguë suppurée des granulations que l'on a vu régner si longtemps dans l'armée belge, à Naples (Quadri), et qui est signalée encore en Algérie (Champouillion).

Malgré l'heureuse influence qu'exerce quelquefois la purulence sur la marche de la granulation, cette terminaison constitue toujours une complication grave, parce que d'abord le malade est exposé aux ulcérations et aux abcès de la cornée, et que, même ces dangers passés, il reste encore la possibilité d'un entropion et d'un pannus.

B. *Forme chronique.* — Dans cette forme, qui est la plus fréquente de beaucoup à Paris, la granulation, lorsqu'il n'existe pas de complication, ne s'annonce par aucun signe physiologique bien tranché. Les malades se plaignent, surtout le soir, d'une sensation de gravier dans l'œil et