

XII. — Conjonctivite granuleuse ou trachomateuse.

§ 307. La conjonctivite granuleuse ou trachomateuse était connue des anciens. Indiquée déjà par Hippocrate, décrite par Celse, elle a été surtout étudiée au XIX^e siècle, depuis l'expédition d'Égypte où elle s'est répandue dans les armées et a fait, en Europe, d'immenses ravages.

Larrey, Decondé, Hairion et Arlt en ont donné de bonnes descriptions cliniques. De nos jours, on a surtout étudié les lésions du trachome, recherché ses agents microbiens, perfectionné son traitement local.

Sæmisch, Ræhlmann, Moauro, Ivanow ont établi son anatomie pathologique; Sattler, Michel, Koch, Poncet, Staderini ont décrit des micro-organismes divers; Sattler, Abadie et Darier, l'un de nous, ont remis en œuvre les traitements chirurgicaux employés autrefois et trop longtemps oubliés.

Symptômes. — La conjonctivite granuleuse ou trachomateuse est constituée par des élevures conjonctivales spécifiques qui provoquent généralement des complications multiples et compromettent gravement la vision.

Au début, les malades se plaignent de photophobie, de lourdeur palpébrale, de sensation de gravier, d'un peu de catarrhe muco-lacrymal. Plus tard l'œil devient rouge et des vaisseaux se dessinent sur la cornée, dans sa moitié supérieure principalement. Les paupières sont un peu congestionnées, le bord ciliaire est épaissi et a de la tendance à se retourner en dedans, par la rétraction des tarses.

En dernier lieu, les yeux sont larmoyants et présentent un écoulement catarrhal ou muco-purulent épais; la cornée devient panneuse, leucomateuse, les paupières s'entropionnent. La vision s'altère progressivement, et parfois jusqu'à empêcher les sujets de se conduire.

Certains granuleux cependant n'offrent aucun trouble notable. C'est à peine s'ils constatent un peu de lourdeur palpébrale et une légère sécrétion muqueuse au réveil.

D'autres présentent d'emblée les symptômes d'une ophthalmie purulente ou catarrhale intense, puis la conjonctivite passe graduellement à l'état chronique.

Tous ces malades présentent à divers degrés les caractères habituels de l'ophthalmie granuleuse. Quand on retourne leurs paupières, on trouve la conjonctive rouge, œdémateuse, avec des élevures dans le cul-de-sac supérieur et sur le tarse. La vascularisation se continue autour de la cornée et empiète plus ou moins sur elle.

Formés. — On admet classiquement des granulations simples, mixtes, diffuses, cicatricielles.

Les granulations *simples* sont nettes, détachées et reposent sur une muqueuse peu altérée; elles sont ordinairement récentes.

Les granulations *mixtes* sont constituées par le mélange de granulations simples et de saillies papillaires sur une muqueuse plus ou moins altérée; elles sont habituellement assez anciennes.

Les granulations *diffuses* sont perdues dans une infiltration considérable de la muqueuse, au milieu de laquelle granulations et papilles restent confondues.

Les granulations *cicatricielles* se caractérisent par leur effacement, de la sclérose tarso-conjonctivale, des trainées blanchâtres, horizontales, sinueuses, plus ou moins larges, situées vers le milieu du tarse et le cul-de-sac supérieur.

En observant un grand nombre d'ophtalmies granuleuses, on ne tarde pas à noter de multiples variétés cliniques que l'on peut ramener à trois formes principales: lymphoïdes, scléroïdes et fibroïdes (Truc).

Dans la *forme lymphoïde*, la conjonctive est rouge, lisse, tendue, comme soulevée par un tissu fongueux. Après scarification du cul-de-sac on fait sourdre, par simple pression, une masse pulpeuse, gélatineuse. Les sécrétions conjonctivales sont abondantes, muqueuses ou muco-purulentes; il existe de la photophobie et un blépharospasme excessif. Les complications kératiques sont presque constantes.

Dans la *forme scléroïde*, la conjonctive est plus rude, tomenteuse, irrégulière, cicatricielle. Les sécrétions restent rares et filantes. Les complications sont faibles ou anciennes, et les lésions palpébrales et lacrymales, habituelles.

Dans la *forme fibroïde*, la conjonctive palpébrale supérieure est tapissée de saillies rosées, luisantes, juxtaposées, arrondies, du volume d'une tête d'épingle ou d'une petite lentille. Pas de complications oculaires.

La forme lymphoïde, assez fréquente, se rencontre chez les adolescents, les femmes et les enfants très lymphatiques; la forme scléroïde, qui est l'aboutissant ordinaire de la précédente, se voit chez les adultes, les sujets moins lymphatiques et même bien portants; la forme fibroïde, vraiment exceptionnelle, s'observe chez des sujets peu lymphatiques, bien nourris et d'ailleurs vigoureux.

Marche. — L'ophtalmie granuleuse peut rester stationnaire. Le plus ordinairement elle progresse pendant de longues années en présentant des périodes de rémission ou d'exacerbation.

Les saillies granuleuses durcissent et se transforment en tissu cicatriciel rétractile. A la longue, il se produit ainsi de nombreuses dépressions, la muqueuse s'atrophie et se silonne de petites trainées blanches irrégulières. Entre ces trainées cicatricielles, apparaissent des îlots charnus, rougeâtres, pulpeux. Le tarse est sclérosé, incurvé; il entraîne les cils contre la cornée, créant ainsi du trichiasis, et provoquant des lésions cornéennes. Les voies lacrymales enfin sont souvent affectées (Cirincione) et rétrécies.

Complications. — Les complications n'existent guère dans les cas traités de bonne heure, mais elles sont habituelles dans tous les autres et justifient la gravité de l'affection.

Les *complications cornéennes* sont le pannus, les ulcères, les abcès de la cornée, les perforations avec hernie de l'iris, leucomes adhérents, staphylômes, etc. On attribue généralement ces lésions à l'irritation provoquée par le frottement de la conjonctive granuleuse sur l'épithélium cornéen. C'est

inexact. Le frottement palpébral ne peut ulcérer une cornée normale. On voit d'ailleurs le pannus ou les ulcères cornéens faire défaut dans le trachome fibroïde à frottement dur, et être très marqués dans le trachome fongoïde à frottement doux. En réalité, pannus et ulcères sont en rapport direct avec le processus trachomateux (Ræhlmann) et surtout le degré de lymphatisme (Arlt). Le sujet est-il peu lymphatique, bien nourri, vigoureux, il n'y aura pas de complications cornéennes; est-il fortement strumeux, misérable, il survient des complications cornéennes. Ce n'est pas, en l'espèce, une question de mécanique, mais d'infection et de vitalité générale.

Les *complications palpébrales* sont le trichiasis avec entropion, le symblépharon, le xérosis. Elles sont causées par la rétraction progressive de la conjonctive et du tarse, par les adhérences consécutives aux ulcérations, par l'atrophie granulaire ou les troubles nutritifs consécutifs. On observe tous les degrés.

Les *complications lacrymales* sont la déviation, le rétrécissement des points ou des conduits lacrymaux et les dacryocystites diverses. Elles résultent du gonflement inflammatoire, et de la rétraction inégale de la muqueuse lacrymale, produit de l'envahissement granuleux.

Les *complications purulentes* sont constituées par un écoulement purulent plus ou moins abondant, identique à celui de la blennorrhée ou de la blennorrhagie oculaire.

Nature. — Au début du siècle, on regardait les granulations comme secondaires et consécutives à l'inflammation de la conjonctive; plus tard, avec Adams et Jungken, on les considéra comme l'essence même de la maladie; enfin, vers 1850, Arlt, Thiry établirent leurs caractères spécifiques et néoplasiques. De nos jours, on est revenu à ces diverses notions mais on s'est particulièrement appliqué à la recherche des éléments microbiens. La discussion est toujours ouverte.

Ivanow a décrit des glandes tubuleuses comme caractéristiques du processus trachomateux, de sa longue durée, mais il en a exagéré la portée. Certaines, en effet,

constituent de simples dépressions; d'autres proviennent d'enfoncements épithéliaux, dont le centre subit la dégénérescence muqueuse et se creuse en canal excréteur. En tout cas, pour les auteurs contemporains (Nuel, Ræhlmann, Staderini), ces glandes n'offrent rien de spécifique.

La granulation seule est vraiment significative.

Désignée sous les noms de grain, de nodule, de follicule trachomateux, la granulation est une petite masse ronde sous-épithéliale, de 1 à 2 millimètres d'étendue, composée de cellules à gros noyaux arrondis ou ovalaires de type lymphoïde. Elle est entourée par des éléments conjonctifs et présente à sa base des vaisseaux capillaires plus ou moins nombreux. Les lymphatiques voisins sont souvent altérés.

Le nodule trachomateux ne résulte pas de la production d'une blastème, comme on le croyait autrefois, mais de l'accumulation de cellules provenant de trois sources : diapédèse, multiplication des cellules lymphoïdes, prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif (Staderini, Vennemann).

Son caractère néoplasique paraît bien démontré.

L'évolution de la granulation est variable. Elle aboutit à la résorption des éléments cellulaires, à leur organisation fibroïde ou bien à l'ulcération. Les granulations ulcérées entraînent des cicatrices rétractiles qui altèrent la conjonctive, le tarse et produisent l'entropion.

Les altérations vasculaires favorisent l'atrophie de la muqueuse et du bord ciliaire.

Le processus cornéen, avec le pannus, est identique, au point de vue anatomique, à celui de la conjonctive; l'ulcération nodulaire produit des leucomes diffus et une astigmatie très irrégulière.

Il est probable que les éléments microbiens jouent un certain rôle dans la production des nodules trachomateux, mais on n'a pu encore découvrir d'éléments spécifiques.

Sattler, Koch, Michel, Poncet, Staderini et beaucoup d'autres ont rencontré, à la surface de la conjonctive granuleuse ou dans le tissu granulaire, des microbes divers qu'ils ont crus

spécifiques. C'étaient des diplocoques analogues à ceux de la blennorrhagie, ou de petits bacilles.

En Égypte, pendant la saison chaude, en France, dans quelques granulations fluentes, on aurait toujours rencontré le gonocoque de Neisser. On pourrait ainsi considérer l'ophtalmie granuleuse comme consécutive à l'infection blennorrhagique ou compliquée par elle (Thiry). Il semble bien que la forme purulente soit une ophtalmie mixte, granulo-blennorrhéique et que l'ancienne ophtalmie purulente des armées fût de même nature. L'unicité de l'ophtalmie blennorrhagique et du trachome est une doctrine qu'affirment un assez grand nombre d'auteurs en Allemagne et notamment l'école de Vienne (Fuchs).

Contagion. — Elle est admise par la grande majorité des ophtalmologistes; quoique moins évidente chez nous que dans les pays chauds, elle ne semble pas contestable.

Nous l'avons étudiée en examinant systématiquement et directement tous les membres des familles infectées et en tenant compte de la profession, de l'âge, du sexe, de l'état général et local, des conditions diverses de logement, de toilette, d'alimentation, d'habitude, enfin de la filiation morbide.

La contagion s'effectue presque exclusivement chez les enfants, les adolescents, les jeunes femmes, les sujets lymphatiques. Les formes fluentes sont surtout redoutables et les formes sèches à peu près inoffensives.

L'ophtalmie granuleuse est donc cliniquement contagieuse, mais moins contagieuse qu'autrefois où il existait probablement une forme blenno-granuleuse. La contagion se fait presque exclusivement dans l'intimité de la famille, par contact direct des produits infectieux. Les formes sécrétantes, à jetage lacrymal, muqueux ou purulent, sont les seules redoutables. Les femmes, les enfants, les sujets lymphatiques, sont particulièrement exposés.

La race joue un certain rôle dans le développement du trachome. Les Celtes seraient moins prédisposés et rarement affectés (Chibret), mais leur immunité est très relative puis-

que le Hainaut, pays celtique, est largement infecté (Deneffe).

L'*altitude* paraît plus importante. En Suisse, dans le plateau central (Chibret), au-dessus de 230 mètres, l'ophtalmie granuleuse est exceptionnelle. Ce facteur n'est pas absolu.

Les mauvaises conditions hygiéniques et alimentaires, la promiscuité expliquent la fréquence de l'affection dans les milieux pauvres et le groupement des granuleux; à Montpellier, par exemple, on l'observe exclusivement dans les quartiers humides, peu aérés, malpropres, habités par les ouvriers ou les paysans.

Diagnostic. — Les granulations trachomateuses sont caractéristiques et bien différentes des granulations folliculaires ou papillaires.

Les granulations trachomateuses sont généralement arrondies, plus ou moins saillantes, rosées ou rougeâtres, et se développent irrégulièrement sur le cul-de-sac *supérieur* ou au niveau du tarse; elles sont peu vasculaires, constituées par du tissu conjonctif et des amas de cellules embryonnaires intra ou sous-muqueuses; elles font partie intégrante de la conjonctive. Nous avons vu que les follicules sont grisâtres, gris jaunâtre, ou rosés, presque transparents; qu'on les rencontre en séries transversales vers le cul-de-sac inférieur; qu'ils sont assez distincts de la conjonctive et constitués par des amas de cellules lymphoïdes privés de vaisseaux. Quant aux papilles hypertrophiées, elles sont plus grêles, plus minces, plus sinueuses, rouges et localisées à la conjonctive supérieure vers la région externe; leur richesse vasculaire est plus considérable et leur développement plutôt en hauteur qu'en surface. Les granulations reposent sur une muqueuse boursouflée, infiltrée, altérée, tandis que les follicules et les papilles ne comportent presque aucune altération conjonctivale. Enfin, chose capitale, la granulation laisse une cicatrice plus ou moins marquée, tandis que le follicule et la papille disparaissent sans laisser de traces notables.

Les diverses formes que nous avons indiquées présentent des caractères spéciaux qui les font aisément reconnaître.

Quant aux complications palpébrales, kératiques, lacrymales ou suppuratives, elles varient suivant leurs manifestations individuelles.

Pronostic. — Il est toujours grave à cause de la nature néoplasique, de la durée et des complications habituelles de l'affection. La confluence des granulations, les formes fongoides et scléroïdes sont surtout fâcheuses. Le mauvais état général, la misère, un lymphatisme excessif, le pannus, l'entropion avec trichiasis, les leucomes épais ou adhérents constituent des conditions défavorables à la guérison. Celle-ci néanmoins reste toujours possible. Avec le temps et un traitement méthodique, on obtient des résultats tout à fait satisfaisants.

Traitement. — Ce traitement est général, régional et local.

1° *Général.* — Il s'adresse au lymphatisme, à la mauvaise constitution du sujet et comprend les iodiques, les ferrugineux, les arsénicaux, l'huile de foie de morue, les toniques, l'hydrothérapie, l'hygiène professionnelle ou d'habitation.

2° *Régional.* — Il embrasse la toilette complète, habits, linge, mains, ongles, cheveux, nez, etc.

3° *Local.* — Il vise les granulations mêmes ou leurs complications; il est médical ou chirurgical, suivant qu'on se borne à l'application de topiques ou qu'on met en œuvre des instruments divers.

Autrefois, les topiques étaient presque seuls en honneur; on employait le cuivre, la pierre divine, l'acétate de plomb, le nitrate d'argent, l'inoculation blennorrhagique ou jéquirytique, et on réservait l'intervention armée contre les complications kératiques palpébrales ou lacrymales. Actuellement, sans préjudice des topiques anciens, on préfère les antiseptiques usuels et on agit directement sur les granulations par des moyens presque exclusivement chirurgicaux.

Le *traitement médical* des granulations ne saurait être toutefois abandonné, car il rend de très grands services et doit conserver toutes ses indications. Le cuivre est utile dans les formes scléroïdes où les granulations sont groupées, sur un

lit cicatriciel, en quelques rares îlots pulpeux facilement détruits. Manié vigoureusement *en raclant*, le cristal cuprique exprime ou emporte les foyers granuleux et provoque une inflammation réparatrice des surfaces conjonctivales. On joint ainsi l'action mécanique du crayon à l'action spéciale du cuivre. Il est inutile dans les formes fibroïdes, où les granulations sont comme recouvertes d'une épaisse carapace, ou bien il doit être employé après scarification ou décapage par l'acide chromique. Il est nuisible dans les formes lymphoïdes où il détermine une forte congestion conjonctivale sans atteindre les masses granuleuses sous-jacentes, et il provoque alors de violentes douleurs avec inflammation kératique.

La pierre divine (sulfate de cuivre mitigé) a une action analogue à celle du sulfate de cuivre pur, mais elle est moins irritante.

Le nitrate d'argent est toujours précieux dans les formes aiguës, avec écoulement purulent ou muco-purulent abondant. On devra l'employer en solution au vingtième, au trentième, et l'appliquer soigneusement, au pinceau, sur la conjonctive exactement retournée et séchée.

L'acétate de plomb, en vogue dans les cliniques belges, a paru chez nos malades peu avantageux.

Les pommades à la cocaïne, à l'atropine, au précipité jaune seront toujours des adjuvants précieux dans les formes lymphoïdes, où l'ophtalmie, dite strumeuse, est combinée à l'ophtalmie granuleuse.

Les inoculations blennorrhagiques ou blennorrhéiques sont trop dangereuses pour être employées; quant aux applications jéquiritiques, elles sont utiles, mais rarement nécessaires sauf en cas de pannus excessif.

Le *traitement chirurgical* que l'on emploie de préférence depuis quelques années ne serait, d'après Panas, dans ses divers modes et procédés, qu'un retour aux pratiques anciennes.

Les topiques à base de plomb, de zinc et surtout le cuivre étaient jadis fort usités, mais sans préjudice des moyens chirurgicaux. Hippocrate brossait les granulations avec un fuseau

de bois, entouré de laine rude non cuite. Celse les raclait, à la période trachomateuse, avec le côté rugueux d'une feuille de figuier, une lime ou mieux encore avec le scalpel. Plus tard, Paul d'Egine se servit d'un os de seiche ou d'un instrument spécial, le blépharoxiston. Severus rejette le brossage comme nuisible et lui préfère le massage vigoureux. Isaac Judæus et Rhazès pratiquaient le curettage. Woolhouse réinventa, comme aujourd'hui, le brossage avec une brosse faite de brins d'épis de seigle. Platner faisait des scarifications. Avec Richter enfin, on abandonne le traitement chirurgical pour n'y revenir que de nos jours.

Le traitement chirurgical comprend la cautérisation ignée, l'expression, les scarifications, le curettage, le raclage, le brossage, l'excision du cul-de-sac supérieur et les opérations qui visent les complications palpébrales ou lacrymales.

La *cautérisation ignée* au galvano-cautère est avantageuse dans les granulations fibroïdes que l'on ponctionne finement; dans tout autre condition, elle semble plus nuisible qu'utile.

L'*expression* est bonne dans les formes scléroïdes, dans lesquelles les amas granuleux sont à fleur de muqueuse, ou dans les formes lymphoïdes, après scarification.

Le *raclage* est indiqué dans les mêmes cas que l'expression dont il est un mode d'application. On l'effectue avec un corps mousse (raclage), avec la curette (curettage), ou à la brosse (brossage).

Les *scarifications* préalables, découvrant les nids de granulations sous-jacentes, sont presque toujours nécessaires. On les pratique plus ou moins profondes, obliques ou transversales, avec ou sans anesthésie. On joint à ces diverses manœuvres l'application d'une solution de sublimé au 1/1000^e, au 1/500^e, etc.

L'*ablation du cul-de-sac supérieur*, préconisée par Galezowski, est indiquée dans tous les cas où les granulations sont limitées, au cul-de-sac supérieur et confluentes. Elle convient surtout aux formes lymphoïdes ou scléroïdes. Nous l'employons comme complément des scarifications, de l'ex-

pression et du raclage, alors que le cul-de-sac constitue le dernier refuge des lésions granuleuses.

Le *curettage* et le *brossage* au sublimé à 1/500^e ont été préconisés par Abadie et Darier. Le malade étant anesthésié complètement, les paupières sont vigoureusement retournées avec une pince, après ou sans canthoplastie préalable, scarifiées dans toutes les parties granuleuses, surtout le cul-de-sac supérieur, puis brossées avec une brosse à poils raides imprégnés de sublimé à 1/500^e. La conjonctive est ensuite lavée et les paupières sont recouvertes de compresses froides. Pansement quotidien au sublimé avec retournement des paupières pour éviter le symblépharon. Avant Abadie et Darier, nous avons employé un procédé analogue. Les paupières fortement retournées avec l'écarteur à main ou une épingle à cheveux coudée, appliquée du côté cutané en haut du tarse, nous pratiquons des scarifications plus ou moins profondes, le raclage avec un cristal de cuivre, d'alun, le dos du scarificateur ou une spatule, enfin le frottage au sublimé à 1/1000^e.

Les complications oculaires, palpébrales ou conjonctivales ont une grande importance thérapeutique.

Les *complications oculaires* comprennent le pannus, les ulcérations cornéennes, l'iritis, etc. Le pannus, en lui-même, est chose bénigne. Il cède généralement au traitement local habituel. Pour éclaircir rapidement la cornée, on peut toutefois pratiquer la péritomie, la syndectomie, ou l'excision du cul-de-sac supérieur.

Les *ulcérations kératiques* sont le fait du lymphatisme autant que des granulations. Les lésions cornéennes se rencontrent surtout dans les formes lymphoïdes et scléroïdes; elles sont constamment en rapport avec l'état général et l'importance des granulations. L'atropine, la cocaïne, les douches chaudes et le traitement conjonctival suffisent à la guérison. L'iritis est fréquente et exige les mydriatiques, parfois la paracentèse et l'iridectomie.

Les *complications palpébrales* sont le blépharospasme, le phimosis, le trichiasis et l'entropion.

Le *blépharospasme*, fréquent dans les formes lymphoïdes, est provoqué par les lésions cornéennes; il cède à la cocaïne, à l'atropine, à l'anesthésie générale et au besoin à la dilatation ou à la canthotomie. Le *phimosis* implique la canthoplastie.

L'*entropion*, étant la conséquence de l'atrophie marginale et de la rétraction tarso-conjonctivale, est radicalement guéri par la tarso-marginoplastie latérale, médiane ou totale.

Les *complications lacrymales*, produites par les granulations et le lymphatisme, comportent le cathétérisme avec injections détersives et, dès que la sténose paraît insurmontable ou le larmolement incoercible, l'ablation de la glande palpébrale ou orbitaire.

En résumé, le traitement de l'ophtalmie granuleuse est essentiellement variable et doit être adapté aux indications multiples fournies par l'état général, les formes morbides principales, et les complications diverses, car *il n'y a pas que des granulations, il y a surtout des granuleux* (Truc).

XIII. — Conjonctivites pseudo-membraneuses.

§ 308. Ces conjonctivites sont caractérisées par la présence de fausses membranes sur la conjonctive palpébrale ou bulbaire. Plus ou moins épaisses, adhérentes ou non à la muqueuse sous-jacente, elles ont un aspect grisâtre et fibreux. Elles se reproduisent à diverses reprises et offrent des caractères plus ou moins contagieux.

Les fausses membranes se rencontrent dans des conditions variées et peuvent être divisées en chimiques, croupales et diphtéritiques; il convient toutefois de remarquer que c'est là une division purement clinique, car à l'heure actuelle, on sait que les fausses membranes ne sont pas un symptôme caractéristique de telle ou telle affection, mais la simple expression pathologique, soit d'une moindre résistance des tissus envahis, soit d'une association microbienne, soit enfin d'une virulence spéciale de l'infection.

1^o *Chimiques*. — Tous les caustiques et astringents forts déter-

minent une altération épithéliale et une coagulation fibrineuse qui aboutissent à la production membraneuse; l'acide chromique, l'acide phénique, le sulfate de cuivre, le chlorure de zinc, l'ammoniaque, le nitrate d'argent sont de cet ordre. La pellicule créée par le nitrate est généralement superficielle, peu adhérente, et disparaît en vingt-quatre heures; mais il arrive qu'elle soit interstitielle et profonde. Sourdille, avec l'ammoniaque du commerce diluée à 1/2 ou 1/3, produit chez le lapin, suivant le degré ou la durée de la cautérisation, des conjonctivites à forme superficielle ou interstitielle. Les lésions de la première forme consistent essentiellement dans la nécrose de coagulation des cellules épithéliales avec congestion du système vasculaire sous-épithélial. On y trouve de la fibrine, des cellules lymphoïdes et des globules rouges. Les lésions de la deuxième forme comprennent en outre une exsudation séro-globulaire, la destruction des vaisseaux et l'anémie des tissus. Ces deux formes correspondent aux fausses membranes croupales et diphtéritiques mais n'offrent pas, entre elles, de distinction fondamentale.

2° *Croupales*. — Diverses conjonctivites produisent des fausses membranes plus ou moins épaisses et adhérentes, et celles-ci se rencontrent dans les conjonctivites aiguës ou chroniques de gravité variable. Dans les formes les plus fâcheuses, l'exsudat membraneux devient très adhérent et légèrement interstitiel. Ce sont là des formes simplement diphtéroïdes (van den Bergh).

La blennorrhagie oculaire présente parfois des fausses membranes analogues, mais qui ne constituent qu'un épiphénomène sans importance.

Morax vient de décrire une *conjonctivite à pneumocoques* qu'on observerait, rarement, chez les jeunes enfants. Cette affection est monoculaire, bénigne, présente de légères fausses membranes palpébrales, guérit rapidement et se caractérise par la présence des pneumocoques encapsulés de Talamon-Frænkel.

3° *Diphtéritiques*. — Le bacille de Klebs-Lœffler est consi-

déré comme caractéristique des pseudo-membranes diphtéritiques, mais il faut le rechercher de bonne heure car, d'après Sourdille, il disparaît souvent dans les vingt-quatre heures. D'ailleurs il importe de faire de multiples préparations avant de nier la réalité de la diphtérie; les inoculations ainsi que les cultures, quand elles sont négatives, constituent seulement une preuve certaine de la non-existence de cette affection. On a cru pendant longtemps que les membranes interstitielles étaient seules diphtéritiques et que les formes croupales étaient les produits d'inflammations banales, mais on tend maintenant à admettre que le bacille de Klebs-Lœffler se rencontre dans toutes les fausses membranes, soit croupales soit diphtéritiques. Il y est seulement plus ou moins abondant.

Les conjonctivites peuvent donner lieu à toutes les variétés de néo-membranes depuis la fausse membrane mince, superficielle, croupale, jusqu'à celle qui est épaisse, profonde, interstitielle. Nous comprenons dès lors pourquoi des formes croupales coïncident souvent avec les épidémies de diphtérie.

Il en est d'ailleurs pour la conjonctive comme pour le pharynx ou le larynx : l'infection diphtéritique est d'intensité variable et plus ou moins grave.

Le bacille de Klebs-Lœffler est l'agent des fausses membranes typiques. L. Martin en a indiqué diverses variétés : bacilles longs, moyens et courts.

D'autres éléments microbiens, pouvant aussi produire des fausses membranes, sont assez nombreux : tels sont le bacille de Moritz, le bacille de Weeks, le streptocoque, le pneumocoque (Morax).

Tous ces microbes agissent surtout combinés. Leurs associations diverses expliquent, dans une certaine mesure, la variété des fausses membranes et les allures si différentes des ophtalmies croupales ou diphtéritiques.

Malgré l'importance de ces nouvelles notions étiologiques, on peut encore conserver, en clinique, la division des conjonctivites croupales et diphtéritiques, car les symptômes, la