

Dans la blennorrhée des nouveau-nés, la *prophylaxie* joue un rôle plus important encore que dans celle des adultes. Il n'y a peut-être aucune maladie où elle soit plus utile qu'ici. En effet une sévère prophylaxie suffirait presque pour faire disparaître la maladie elle-même. Le principe prophylactique fondamental est d'éviter l'infection pendant la naissance. Dans ce but, immédiatement avant la naissance, on lave le vagin aussi proprement que possible par des injections antiseptiques; cette pratique se recommande d'ailleurs encore pour d'autres motifs. Dès que l'enfant est né, qu'on ne manque pas de l'essuyer soigneusement au moyen d'un linge propre, les paupières encore closes. L'eau qui sert à donner le premier bain à l'enfant ne doit pas être employée à lui laver les yeux. Une fois l'enfant retiré du bain et emmaillotté, on lui lavera les yeux à l'eau pure au moyen d'une compresse ou d'ouate exclusivement destinées à cet usage, et on instillera dans chaque œil une goutte d'une solution de nitrate d'argent à 2 0/0. Par ce procédé, recommandé par *Crédé*, l'on peut presque avec certitude prévenir l'apparition de la blennorrhée chez les nouveau-nés. — On empêchera l'infection de s'opérer par la mère ou par d'autres enfants, après la naissance, en prenant les mesures de précaution ordinaires.

La blennorrhée des nouveau-nés est une des affections les plus fréquentes. La plupart des femmes enceintes sont affectées de catarrhe du vagin, avec écoulement muqueux ou purulent. Chez le plus grand nombre, il s'agit d'un catarrhe vaginal bénin; chez les autres, au contraire, il existe un catarrhe virulent (blennorrhagie). Dans certains cas, il est difficile et même impossible de distinguer si l'on a affaire à un catarrhe bénin ou virulent. C'est pourquoi il ne faut jamais négliger les mesures prophylactiques. — La fréquence de l'ophtalmie des enfants dans les différentes Maternités oscillait, avant l'introduction de la prophylaxie, entre 1—20 0/0. Dans cette statistique sont compris aussi bien les cas légers que les cas graves. Chez les premiers, on ne trouve généralement pas de gonocoques dans la sécrétion, d'où il suit que probablement ces cas ne doivent pas être considérés comme de nature blennorrhagique, mais comme de simples catarrhes. On peut croire que ce sont ceux où la mère souffrait elle-même d'un catarrhe vaginal bénin. Les cas graves, c'est-à-dire les cas de blennorrhée proprement dite, entraînent la cécité chez un certain nombre de malades, à cause du manque de traitement. Aussi est-ce à cette affection qu'un grand nombre d'aveugles sont redevables de leur infirmité. Dans les hospices d'aveugles d'Allemagne et d'Autriche, plus du tiers de tous ceux qui ont perdu la vue le doivent à la blennorrhée des nouveau-nés, et il est certain que plus du dixième de tous les aveugles vivants le sont à la suite de cette affection. Le nombre des aveugles pour toute l'Europe est estimé à plus de 300,000. Si, par l'application générale de la prophylaxie, la blennorrhée des nouveau-nés disparaissait comme cause de cécité, l'Europe seule compterait au moins 30,000 aveugles de moins.

L'efficacité des mesures prophylactiques que *Crédé* a introduites dans la pratique résulte des données suivantes: autrefois, sur le nombre total des naissances dans la Maternité de Leipzig, *Crédé* constata en moyenne 10,8 0/0 de cas de blennorrhée des nouveau-nés; depuis l'introduction de son procédé prophylactique, ce nombre est descendu à 0,1—0,2 0/0. D'autres praticiens ont consigné des résultats aussi favorables. Malheureusement, jusqu'ici la loi n'a pas encore rendu obligatoire la pratique générale de la prophylaxie. Celle-ci ne s'emploie que dans les Maternités et dans la pratique privée d'un certain nombre de médecins, tandis que l'immense majorité des enfants n'en profitent pas.

Comme moyens prophylactiques, on s'est encore servi de l'acide borique, de l'acide salicylique, de l'acide phénique, du sublimé, etc. Cependant aucune de ces substances ne s'est montrée aussi active que la pierre infernale en solution à 2 0/0. Il faut expliquer l'efficacité de cette substance par le fait qu'elle produit une escarification des couches superficielles de l'épithélium. Ainsi sont détruits les gonocoques qui ont déjà pénétré dans ces couches, et non seulement ceux qui se trouvent à la surface de la conjonctive.

La prophylaxie pratiquée suivant la méthode de *Crédé* se borne à prévenir l'infection pendant la naissance. Mais l'infection peut avoir lieu avant ce moment. On a vu, en effet, des enfants venir au monde avec une blennorrhée déjà développée et même avec les cornées déjà détruites. D'autre part, contre l'infection ultérieure par la sécrétion vaginale de la mère ou par d'autres enfants atteints eux-mêmes il faut prendre d'autres mesures, parmi lesquelles on doit surtout compter la propreté. Dans les hospices d'enfants trouvés, les nourrissons blennorrhéiques seront isolés, sinon de fréquentes infections auront lieu. Dans l'hospice des Enfants trouvés de Vienne, il n'y a pas eu, pendant les années 1854-1866, moins de 1,413 enfants qui ont gagné la blennorrhée après leur entrée dans l'établissement; c'était donc là qu'ils avaient été infectés.

IV. — CONJONCTIVITE TRACHOMATEUSE

§ 14. Le trachome, aussi bien que la blennorrhée, est une inflammation de la conjonctive due à l'infection et produisant une sécrétion purulente, infectieuse elle-même. Il se distingue surtout de la blennorrhée aiguë par la chronicité de sa marche. Dans l'entretemps, la conjonctive s'hypertrophie, ce qui constitue le symptôme le plus caractéristique du trachome. C'est même à cause des aspérités produites par l'hypertrophie conjonctivale que l'affection porte le nom de trachome (1).

SYMPTOMES. — Les malades se plaignent de sensibilité à la lumière, de larmolement et d'agglutination des paupières; souvent il existe aussi de la douleur ou des troubles de la vue. L'examen de l'œil montre qu'il s'ouvre

(1) τραχύς, âpre, rugueux.

moins complètement, en partie parce qu'il y a photophobie, et en partie aussi parce que la paupière supérieure, plus pesante, descend plus bas.

En renversant les paupières, on remarque que la conjonctive du tarse et celle du cul-de-sac sont rouges et épaissies, en même temps que la surface en est devenue rugueuse à des degrés variables. Ces altérations dépendent de l'hypertrophie de la muqueuse, hypertrophie qui se présente sous deux formes.

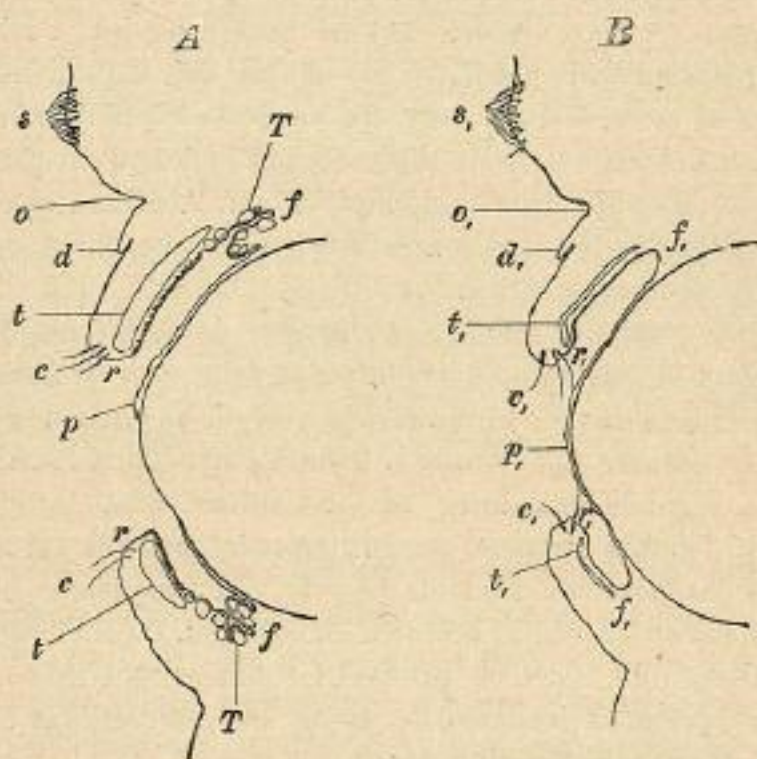


FIG. 19. — Coupe schématique à travers les paupières et le bulbe : A Trachome récent. B Trachome ancien. — A montre la répartition des deux formes d'hypertrophie conjonctivale sur chaque partie de cette membrane, B les conséquences du trachome. s, s' sourcil, o, o' sillon entre le sourcil et la paupière (sillon orbito-palpébral), d, d' pli cutané, e cils dans leur position normale, e' cils dirigés vers l'œil, r bord libre de la paupière, découpé parallèlement aux deux paupières, avec l'angle postérieur bien net, r' bord libre, regardant en arrière son angle postérieur arrondi, t tarse épaissi par l'infiltration et tapissé par la conjonctive veloutée, t' tarse aminci (atrophie) et fléchi à angle obtus près de son bord libre, tapissé par la conjonctive unie, f cul-de-sac, avec nombreuses granulations trachomateuses T dans les plis de la conjonctive, f' Cul-de-sac uni, sans pli (symblépharon postérieur), p, pannus épais occupant la moitié supérieure de la conjonctive, p' pannus rétracté, couvrant toute la cornée.

La première forme consiste dans le développement de ce qu'on appelle les papilles. Celles-ci sont des élévures de nouvelle formation, occupant la surface de la conjonctive qui gagne ainsi un aspect velouté, ou qui, lorsque les papilles sont très développées, semble granuleuse, bosselée ou même framboisée. L'épaississement de la conjonctive est tel qu'il est impossible de voir les glandes de Meibomius sous-jacentes. Cette espèce d'hypertrophie que l'on désigne sous le nom de *forme papillaire* se trouve exclusivement à la conjonctive du tarse (fig. 19, A). Elle est toujours le mieux caractérisée à la paupière supérieure ; c'est pourquoi il faut la renverser pour faire le diagnostic du trachome.

La seconde forme d'hypertrophie est caractérisée par la présence de granulations trachomateuses. Ce sont des granulations grises ou jaunes, transparentes, arrondies, qui soulèvent en hémisphère les couches les plus superficielles de la conjonctive et qui se laissent voir par transparence à travers ces couches. C'est à cause de leur état translucide et gélatiniforme qu'on les a comparées aux œufs du frai de grenouille ou aux grains de sagou bouilli. On les rencontre surtout dans les culs-de-sac (fig. 19, A, f), où les granulations sont tellement abondantes qu'elles font saillie sous forme d'un bourrelet turgescant et ferme, quand on renverse la paupière inférieure. Au niveau du bourrelet, on voit quelquefois les granulations disposées en file comme les perles d'un collier. Il est plus difficile de reconnaître les granulations trachomateuses sur la conjonctive du tarse. Ici elles sont plus petites et, comme la conjonctive est fortement adhérente au cartilage, les granulations ne sont pas en état de la soulever. De là vient qu'elles y apparaissent le plus souvent comme de petits points clairs, jaunâtres, situés dans les couches profondes de la muqueuse ; mais très souvent le développement des papilles les soustrait complètement à l'observation. Il est plus rare de trouver des granulations trachomateuses sur le repli semilunaire, ainsi que sur d'autres parties de la conjonctive bulbaire. Cette forme d'hypertrophie de la conjonctive est désignée sous le nom de *forme granuleuse*.

Parfois il arrive que l'une des formes d'hypertrophie conjonctivale se rencontre à l'exclusion de l'autre ; cependant, dans la majorité des cas, on trouve les deux formes mêlées sur le même œil, quelquefois de telle sorte que sur la conjonctive palpébrale ce sont les papilles, dans le cul-de-sac les granulations qui prédominent (fig. 19, A). — Dans les cas légers, la conjonctive du globe n'est pas altérée, mais, lorsque l'irritation est plus prononcée, elle présente une injection à larges mailles. Dans les cas récents, accompagnés de symptômes irritatifs violents, la conjonctive sécrète un liquide purulent très abondant. Dans les cas anciens et dans ceux dont la marche est trainante, la sécrétion est insignifiante. Quant aux troubles de la vue dont se plaignent beaucoup de malades, ils résultent d'une complication du côté de la cornée. Ces troubles se montrent sous deux formes, celle de pannus et celle d'ulcère, et très souvent les deux formes se présentent en même temps.

Le *pannus trachomateux* (1) consiste en un dépôt, à la surface de la cornée, d'un tissu de nouvelle formation, d'apparence gélatineuse et très vasculaire, qui se propage des bords vers le centre cornéen. A l'endroit où il siège, la surface de la cornée est inégale, finement bosselée. On y

(1) Pannus, morceau de drap.

voit une opacité grise, transparente, située superficiellement et parcourue par de nombreux vaisseaux. Ces vaisseaux proviennent de ceux qui nourrissent la conjonctive et qui, du limbe conjonctival, passent sur la cornée où ils envoient des ramifications dans le pannus. Celui-ci débute habituellement au niveau du bord supérieur de la cornée, dont il recouvre en premier lieu la moitié supérieure (fig. 19, A, p). Il n'est pas rare qu'il se termine en bas par une limite nette ou rectiligne, à direction horizontale. Plus tard le pannus se développe sur les autres points de la cornée aussi, jusqu'à ce que finalement toute cette membrane en soit couverte. Dans les cas où le pannus est très développé, l'iris participe habituellement à l'inflammation — iritis. — La vue commence à se troubler dès que le pannus atteint le champ pupillaire, c'est-à-dire quand il atteint cette partie de la cornée qui se trouve vis-à-vis de la pupille. Cet endroit est-il complètement couvert par le pannus, alors la vue est réduite à reconnaître de gros objets ou même à distinguer simplement la clarté et l'obscurité (vision quantitative).

Les *ulcères cornéens* se développent soit sur une partie de la cornée encore saine, soit au niveau du pannus lui-même. Dans le dernier cas, on les trouve de préférence sur le bord libre du pannus, plus rarement en son milieu. Mais, comme ces ulcères se comportent comme les ulcères cornéens en général, nous en parlerons plus en détail à propos de ces derniers (§ 34 et suivant).

MARCHE. — La marche de l'affection est telle que l'hypertrophie de la conjonctive augmente graduellement, jusqu'à ce qu'elle ait acquis un certain degré d'intensité qui n'est pas le même dans tous les cas. Peu après, l'hypertrophie disparaît lentement et, à l'endroit où elle a existé, la conjonctive se transforme en une sorte de tissu cicatriciel rétracté. Alors le trachome se trouve être guéri, en ce sens que le processus pathologique spécifique a pris fin. Quant à la conjonctive, on ne peut pas dire qu'elle a repris le moins du monde son état normal ; au contraire, elle porte, comme traces permanentes de la maladie antérieure, les signes d'une rétraction cicatricielle qui, dans beaucoup de cas, entraîne encore d'autres conséquences que nous nous proposons de traiter sous la rubrique : suites du trachome. Plus la conjonctive s'hypertrophie, plus la rétraction ultérieure en est prononcée, et plus la marche de l'affection est traînante. Dans le plus grand nombre de cas elle dure des années. La gravité de la maladie est donc en raison directe de sa durée et de la gravité des suites qu'elle entraîne. Le but du traitement consiste donc à arrêter le développement de l'hypertrophie conjonctivale, et ainsi, non seulement à raccourcir la durée de la maladie, mais à réduire au minimum ses conséquences funestes.

Au niveau de la *conjonctive* du tarse, le début de la *cicatrisation* se

caractérise par l'apparition, au milieu de la conjonctive rouge et épaissie, de raies isolées, petites et blanches, — de fines trainées cicatricielles. — Ces trainées se multiplient peu à peu et finissent par constituer un fin réseau. Dans ses mailles se trouvent des ilots rouges, notamment aux points de la conjonctive qui sont encore hyperémiés et hypertrophiés. Peu à peu les trainées cicatricielles s'élargissent et les ilots qu'elles renferment se rétrécissent, jusqu'à ce qu'enfin la conjonctive du tarse soit devenue entièrement pâle, mince et lisse. L'état cicatriciel de la conjonctive correspond en étendue et en intensité au degré de l'hypertrophie antérieure. Dans les cas où l'hypertrophie conjonctivale ne s'est bien développée que sur un certain nombre de points circonscrits, le trachome terminé, ces points seuls conservent des cicatrices profondes. Quant aux points de la cornée qui sont simplement infiltrés, ou très modérément hypertrophiés, ils reviennent à leur structure normale.

Au niveau du *cul-de-sac* s'établit la même transformation de l'hypertrophie en tissu cicatriciel rétracté. Si l'aspect extérieur est un peu différent ici, cela dépend de l'état particulier de la conjonctive à cet endroit. On n'y voit pas en effet de trainées blanches, mais le bourrelet turgescent, formé par le cul-de-sac hypertrophié, y devient peu à peu plus mince et plus plat. Pendant tout le temps que dure ce processus, la conjonctive ne cesse de se raccourcir au point que les plis du cul-de-sac, qui existent dans un œil normal, s'effacent et disparaissent (fig. 19, B, f₁). La conjonctive est devenue pâle et un voile mince de teinte blanc bleuâtre trahit la nature cicatricielle de ses couches superficielles.

Tant qu'il n'est pas devenu le siège d'autres altérations que nous décrirons plus tard, le *pannus* est susceptible de disparaître complètement et la cornée peut reprendre sa transparence normale. Quant aux ulcères, ils se cicatrisent en laissant des opacités. L'influence de celles-ci sur l'acuité visuelle dépend du degré de leur transparence, ainsi que de leur siège relativement au champ pupillaire de la cornée.

Les modifications pathologiques de la conjonctive et de la cornée, qui caractérisent le trachome, acquièrent une *intensité* variable, de façon qu'on doit distinguer entre les cas légers et les cas graves. Dans les cas les plus légers, l'hypertrophie de la conjonctive est peu prononcée et, par conséquent, les cicatrices qui en résultent sont peu importantes. Aussi, au bout d'un certain temps, on a peine à diagnostiquer l'existence antérieure d'un trachome. Toutes les fois que la cornée est envahie par le trachome, le cas doit être considéré comme plus grave. Il faut observer cependant : 1° qu'il n'y a pas de rapport déterminé entre les symptômes irritatifs et les altérations objectives. Ainsi, des cas caractérisés par une hypertrophie conjonctivale très prononcée et un pannus épais se passent souvent presque

sans accidents inflammatoires, et réciproquement; 2° qu'il n'y a pas de rapport constant entre les altérations de la conjonctive palpébrale et celles de la cornée. On rencontre des cas caractérisés par une forte hypertrophie de la conjonctive sans pannus et, d'autre part, des cas de pannus et d'ulcères, à côté d'une affection légère de la conjonctive; 3° que, dans un même cas, la marche est souvent fort irrégulière. Tantôt il survient des arrêts de développement du trachome, et quelquefois même des reculs spontanés, tantôt, au contraire, des récidives et des aggravations. Celles-ci ne manquent jamais, quand, après avoir obtenu par le traitement une amélioration, on a donné trop tôt l'affection à elle-même. Néanmoins, on voit aussi survenir pareille aggravation au cours d'un traitement approprié, et cela sans cause appréciable. C'est ainsi qu'une récidive subite du pannus peut, en peu de temps, faire perdre le fruit d'un traitement qui a duré des mois.

Mais ce n'est pas seulement au point de vue de l'intensité des altérations, mais encore au point de vue de la rapidité de la marche, qu'il y a de grandes différences. La même observation s'applique aux phénomènes irritatifs, qui sont habituellement d'autant plus violents que la marche de l'affection est plus rapide. Dans la majorité des cas, la maladie poursuit sa marche au milieu de symptômes irritatifs modérés — photophobie, larmolement, douleurs — qui augmentent en même temps que les altérations objectives se prononcent davantage. Cependant, il n'est pas rare que la marche du trachome soit si traînante que les personnes qui en sont atteintes attendent longtemps avant de s'en apercevoir. Quelquefois l'affection n'éveille l'attention de ces personnes que lorsque, par suite du pannus qu'elle occasionne, l'acuité visuelle commence à s'en ressentir. Ces cas appartiennent, en règle générale, à la forme granuleuse du trachome. Lorsque les habitants de casernes, d'écoles, etc., qui sont atteints de trachome, sont soumis à un examen médical, on en trouve toujours un certain nombre qui ne se plaignent d'aucune incommodité, se considérant encore comme parfaitement sains, alors que l'examen trahit déjà un développement notable de granulations trachomateuses dans le cul-de-sac conjonctival. — Entièrement opposée est la marche du *trachome aigu*. Dans celui-ci, la maladie débute au milieu d'accidents inflammatoires très violents; l'œdème des paupières, le gonflement intense de la conjonctive, l'abondance de la sécrétion purulente, font presque songer à une blennorrhée aiguë. Mais le diagnostic exact reposera, en général, sur le fait que la conjonctive est parsemée de nombreuses granulations trachomateuses. Lorsque celles-ci viennent à manquer dans les premiers jours, ou bien lorsque, à cause de l'intensité du gonflement, elles sont invisibles, il faut s'en rapporter à la marche ultérieure pour établir la nature de la maladie; car bientôt on pourra observer le développement de l'hypertrophie conjonctivale caractéristique

du trachome. Ces cas aigus se rencontrent particulièrement à l'époque d'une épidémie de trachome. Ils deviennent dangereux pour la vue, bien moins par le pannus qu'ils font naître que par les ulcères qui se développent pendant le stade aigu.

§ 15. SUITES DU TRACHOME. — Ce ne sont que les trachomes bénins et ceux qui sont traités de bonne heure qui guérissent complètement. Dans les autres cas, il persiste toujours des suites auxquelles sont constamment liées des altérations durables de l'œil. Celles-ci concernent d'un côté les paupières et la conjonctive, de l'autre la cornée. Ces altérations sont les suivantes.

1° *Incurvation* des paupières et position défectueuse des cils. L'incurvation est produite par la rétraction cicatricielle de la conjonctive et du tarse, qui a pour conséquence de courber celui-ci de façon à le rendre convexe en avant. Cette incurvation se manifeste déjà à la simple inspection des paupières, dont la voussure est plus prononcée. Mais elle est plus frappante encore quand on renverse les paupières, surtout la paupière supérieure, où elle est toujours plus marquée. On y trouve la conjonctive sillonnée de cicatrices, dont une surtout frappe le regard. Elle se présente sous forme d'une ligne étroite et blanche de 2 à 3 millimètres de largeur. Parallèle au bord libre, elle est située un peu au-dessus de celui-ci. Le long de cette ligne se trouve une dépression intéressant la conjonctive et le tarse et formant une espèce de sillon. En renversant la paupière, à cet endroit, on sent une incurvation anguleuse qui correspond à la courbure du fibro-cartilage (fig. 19, B, t₁) et se trouve donc dans le voisinage du bord palpébral libre. Par suite de l'incurvation du tarse, la paupière prend la forme d'une nacelle ou d'une gouttière.

La cause de l'incurvation du tarse est due en partie à la rétraction cicatricielle de la conjonctive qui, en se raccourcissant à sa face postérieure, tend à le faire bomber en avant. Mais la cause principale réside dans les altérations du tarse lui-même. En effet, dans les cas graves, tout autant que la conjonctive elle-même, il est le siège d'une infiltration inflammatoire. Aussi ses dimensions sont augmentées, et, en renversant la paupière, on sent qu'il est devenu plus épais, plus large, moins flexible, de sorte que le renversement de la paupière ne s'opère qu'avec difficulté. L'oculiste expérimenté en conclut qu'il faut chercher à prévenir le développement ultérieur d'une incurvation du tarse, ainsi que les suites qui en résultent. C'est surtout vers son bord inférieur que le tarse est infiltré et épaissi, et notamment le long de la ligne où il est perforé d'avant en arrière par les vaisseaux sanguins qui se rendent à la conjonctive (voir p. 38 et fig. 16, r₁). Il n'y a pas de doute que ce soit principalement le long de ces vaisseaux que l'infiltration inflammatoire se propage de la conjonctive dans le tarse. Il s'ensuit que la rétraction cicatricielle, qui survient après l'infiltra-

tion et qui rétrécit et amincit tout le tarse, y est le plus prononcée et y produit ainsi cette incurvation anguleuse du tarse. C'est à cette incurvation que correspond la ligne cicatricielle visible sur la conjonctive palpébrale, dont le siège correspond par conséquent d'ordinaire au sillon sous-tarsal de la paupière normale.

Le premier résultat de l'incurvation de la paupière est de modifier la direction de son bord libre et des cils qui s'y trouvent implantés. Ainsi, à la paupière supérieure, le bord libre n'est plus tourné directement en bas, mais en bas et en arrière (en dedans). L'angle palpébral, aigu à l'état normal, est arrondi, émoussé, et presque méconnaissable, en partie par suite de la traction exercée par la conjonctive rétractée, et en partie par la pression du globe oculaire (fig. 49, B, r₁). A la suite de l'inflexion du bord libre de la paupière, la direction des cils (c₁) est également modifiée. Ceux-ci ne se dirigent plus en avant, mais en bas et en arrière, de manière à venir en contact avec la surface de la cornée, — *trichiasis*. Outre l'incurvation du tarse, la fausse position des cils reconnaît encore pour cause la traction exercée par la conjonctive raccourcie. Il en résulte que la peau avec les cils a de la tendance à dépasser le bord libre de la paupière pour se placer sur la face palpébrale postérieure.

Si l'incurvation de la paupière se prononce davantage encore, tout le bord palpébral s'incurve en arrière, et il se développe un *entropion*. Aussi bien dans le *trichiasis* que dans l'*entropion*, il y a un état constant d'irritation de l'œil, irritation qui est provoquée et entretenue par un contact permanent des cils avec la cornée. Si cet état persiste, la cornée devient malade, par suite de l'irritation mécanique exercée sur elle par les cils (voir § 31 et § 46).

Le trachome peut aussi avoir pour effet de donner aux paupières une direction anormale contraire à la précédente, c'est-à-dire de les incurver d'arrière en avant; cette anomalie porte le nom d'*ectropion*. Cet *ectropion* ne se rencontre généralement qu'à la paupière inférieure (voir § 112). Dans ces circonstances, l'*ectropion* est le résultat de l'interposition, entre la paupière et le bulbe, de la conjonctive hypertrophiée et épaissie. La contraction des fibres de l'orbiculaire suffit ensuite pour achever le renversement de la paupière.

2° *Symlépharon postérieur*. — Lorsque la rétraction cicatricielle de la conjonctive acquiert un degré élevé, les plis du cul-de-sac conjonctival s'effacent complètement, et la conjonctive se jette directement de la paupière sur le bulbe (fig. 49, B, f₁). Si, au moyen du doigt, on abaisse la paupière inférieure, la conjonctive se tend sous forme de plis verticaux entre la paupière et le bulbe, et, si l'abaissement est notable, cette membrane attachée au globe entraîne celui-ci dans ses mouvements. Cet état est

désigné sous le nom de *symlépharon postérieur* (voir § 25). Dans les cas particulièrement graves, la moitié inférieure du cul-de-sac conjonctival est réduite à un sillon peu profond entre la paupière et le bulbe.

3° *Xérosis conjonctival*. — Dans les rétractions d'un degré très élevé, la conjonctive perd la faculté de prendre part à la lubrification du globe oculaire par la sécrétion qu'elle doit fournir. L'œil devient le siège d'un sentiment de sécheresse; la sécrétion est peu abondante, de nature muco-purulente, et prend une consistance visqueuse, collante et filante. Plus tard s'observent sur la conjonctive du tarse des îlots isolés d'aspect sec, que les larmes ne mouillent pas, comme s'ils étaient enduits de graisse. Cet état tend à s'étendre jusqu'à envahir parfois toute la surface de la conjonctive. Celle-ci paraît alors sèche et dure, et elle n'est pas couverte par les larmes, qui sont d'ailleurs sécrétées avec moins d'abondance qu'à l'état normal. La cornée qui, généralement, a été atteinte antérieurement de pannus et d'ulcères, et qui s'est par places transformée en tissu cicatriciel, souffre également de ce manque de lubrification. Son épithélium s'épaissit, il prend l'aspect épidermique, devient superficiellement sec et par suite opaque. Ainsi s'établit ce redoutable état que l'on désigne sous le nom de *xérophtalmos* et qui constitue la terminaison la plus fâcheuse du trachome: l'œil est aveugle sans remède, défigure son possesseur et l'incommode, par-dessus le marché, par un sentiment permanent et gênant de sécheresse (voir § 26, *Xérosis de la conjonctive*).

4° *Opacités de la cornée*. — Les opacités cornéennes s'observent aussi bien après les ulcères cornéens qu'après le pannus. Cependant un pannus récent peut se résorber complètement et la cornée regagner sa transparence normale. D'autre part, le pannus peut donner lieu à certaines altérations qui rendent impossible le rétablissement complet de la transparence de la cornée. Parmi ces altérations, il faut ranger avant tout: a) la *transformation en tissu conjonctif* que subit le pannus lorsqu'il persiste pendant longtemps. Alors le pannus est le siège des mêmes transformations que la conjonctive trachomateuse, parce qu'une partie des cellules rondes qui le constituent deviennent fusiformes et finalement se transforment en fibres de tissu conjonctif. Dans ce cas, il s'amincit, et la surface en devient lisse, les vaisseaux disparaissent à quelques-uns près, et il se change enfin en une membrane mince de tissu conjonctif qui recouvre la surface de la cornée. Ce tissu conjonctif n'est plus susceptible de résorption ultérieure. Dans les cas où le pannus est tout à fait épais et charnu et où il occupe toute la cornée, il conduit quelquefois à: b) l'*ectasie* de la cornée. Le tissu mou et riche en cellules du pannus pénétrant profondément dans la cornée, celle-ci se ramollit et cède à la pression intraoculaire, — *kératectasie* suite de pannus. Une pareille cornée ne s'éclaircit plus complètement. Il

en est de même lorsque le pannus se complique : c) d'ulcères. Les points qui en sont envahis restent, eux aussi, opaques pour toujours.

Le trachome est donc une affection remarquable par sa longue durée, et qui frappe souvent de cécité partielle ou totale celui qui en est atteint. Ajoutons cette autre circonstance qu'à cause de son caractère infectieux, il a beaucoup de tendance à se propager, et l'on comprendra que le trachome constitue un véritable fléau pour les pays où il règne endémiquement.

§ 16. ÉTIOLOGIE. — Le trachome se développe exclusivement par une infection venant d'un autre œil atteint lui-même de trachome. L'infection s'opère par le transport de la sécrétion ; contrairement à l'opinion admise autrefois, il paraît prouvé aujourd'hui que l'air ne joue jamais le rôle d'agent vecteur de l'infection. Le caractère infectieux de la sécrétion est très probablement dû à un micrococcus sur la nature duquel on n'est pas encore d'accord. — Puisque la sécrétion est la source unique de l'infection, le danger dans un cas donné est en raison directe de l'abondance de la sécrétion ; plus elle est forte, plus le danger est sérieux pour l'entourage du malade. — Le transport de la sécrétion d'un œil à un autre se fait le plus souvent indirectement, soit par les doigts, soit surtout par l'intermédiaire de certains objets de toilette qui viennent en contact avec les yeux : tels sont les éponges, essuie-mains, mouchoirs de poche, etc. L'occasion s'en présente surtout dans les cas où plusieurs personnes occupent une même chambre à coucher et se servent en commun des objets que nous venons d'énumérer. C'est ainsi que le trachome se propage très facilement dans les casernes, les prisons, les hospices, les pensionnats, les orphelinats, les écoles de tout genre, etc. La même cause se montre efficace ailleurs encore que dans les établissements précités ; le trachome, en effet, s'attaque principalement à la population pauvre, qui occupe des habitations encombrées et qui néglige les soins de propreté. C'est aussi à cette cause qu'il faut attribuer cette particularité que, dans beaucoup de contrées, les Juifs sont tout particulièrement atteints du trachome. Enfin la fréquence du trachome dépend de la situation géographique des lieux. Ainsi il est particulièrement commun en Arabie et en Égypte qui est considérée comme son lieu d'origine (ophtalmie égyptienne). En Europe, il est beaucoup plus fréquent en Orient que dans l'Occident. Dans les pays à forte altitude (comme la Suisse et le Tyrol), le trachome est presque inconnu, tandis qu'il est répandu dans les contrées basses (comme la Belgique, la Hollande, la Hongrie et la région du Danube inférieur).

TRAITEMENT. — Le traitement de la *conjunctivite trachomateuse* doit se proposer une double fin : d'un côté, combattre les accidents inflammatoires

et l'augmentation de la sécrétion qui en résulte ; et, de l'autre, faire disparaître l'hypertrophie de la conjonctive. En cherchant à obtenir ce dernier résultat, on doit s'attacher à réduire au minimum la rétraction, pour prévenir les suites fâcheuses du raccourcissement cicatriciel de la conjonctive. On arrive à ces deux résultats en se servant à propos des caustiques, dont deux seulement sont presque exclusivement employés : le nitrate d'argent en solution à 2 0/0 et le sulfate de cuivre en crayon. La solution argentique est moins active et par là se supporte plus aisément ; le sulfate de cuivre que l'on emploie en nature est plus caustique, il est aussi plus irritant. Ces médicaments s'appliquent une fois le jour, si ce n'est dans les cas graves où l'on cautérise deux fois par jour. Les indications de chacun de ces deux remèdes sont les suivantes : le nitrate d'argent est indiqué dans tous les cas récents accompagnés de violents symptômes inflammatoires et d'une sécrétion abondante. On peut l'employer aussi lorsque la cornée porte des ulcères progressifs, en ayant soin qu'aucune trace de la solution ne vienne en contact avec la cornée même. Le sulfate de cuivre, au contraire, convient pour les cas où les phénomènes inflammatoires sont modérés et quand il s'agit principalement de combattre l'hypertrophie de la conjonctive. Ici le crayon bleu se montre beaucoup plus efficace que le nitrate d'argent ; il mérite donc la préférence dans tous les cas où l'usage en est généralement permis. Une violente irritation inflammatoire et surtout la présence sur la cornée d'ulcères progressifs constituent une contre-indication de l'emploi du crayon de sulfate de cuivre.

Il résulte de ces indications que, en règle générale, on traite un cas récent au moyen de la solution de nitrate d'argent, jusqu'à ce que les symptômes irritatifs aient disparu et que la sécrétion ait diminué. Dès que l'affection en est arrivée là, ce qui ne demande d'ordinaire que quelques semaines, on remplace la pierre infernale par le crayon bleu. Il faut, d'ailleurs, éviter aussi l'emploi trop longtemps prolongé du nitrate d'argent, par crainte de l'argyrose. Suivant le degré de l'hypertrophie, on cautérise plus ou moins profondément avec le sulfate de cuivre. Il faut en prolonger l'application pendant des mois et même des années, jusqu'à ce que toute trace d'hypertrophie ait disparu et que la conjonctive soit partout pâle et lisse. On commence par cautériser une fois par jour, pour ne plus y recourir qu'une fois tous les deux jours et plus tard tous les trois jours, quand il ne reste plus qu'un léger degré d'hypertrophie. Au reste, la cautérisation sera de plus en plus légère, jusqu'à ce qu'enfin, au moment où le trachome est guéri, on en suspende entièrement la pratique. Dans ce stade tardif de l'affection, pour ne pas obliger le malade d'aller trop souvent voir le médecin, on peut lui apprendre à se renverser la paupière et à se cautériser avec la pierre bleue. Ou bien on lui prescrira une pom-

made au sulfate de cuivre à 1/2—1 0/0, qu'il pourra s'introduire lui-même dans le cul-de-sac. Lorsqu'il existe une rétraction prononcée de la conjonctive, la cautérisation n'est plus indiquée ; elle doit, dans ce cas, être remplacée par une pommade. On introduit alors dans le sac conjonctival une pommade composée de 1 — 2 0/0 de précipité blanc ou jaune (le dernier est le plus irritant). S'il survient des récidives accompagnées d'irritation inflammatoire, ce qui a lieu souvent en plein traitement du trachome, il est nécessaire chaque fois de remplacer pour peu de temps le cuivre par le nitrate d'argent. Cependant, lorsque les symptômes inflammatoires sont très violents, ce dernier médicament lui-même n'est pas toujours bien supporté et, à sa place, on doit se servir de moyens plus doux, tels que des instillations ou des compresses avec des solutions faibles de sublimé ou d'acide borique.

Le traitement du trachome doit être continué jusqu'à ce que toute trace d'hypertrophie de la conjonctive ait disparu ; sinon, après une période plus ou moins longue, il faut s'attendre à le voir récidiver. La difficulté du traitement résulte de sa longue durée, qui demande souvent plusieurs mois avant d'aboutir à une guérison complète. Les malades qui n'ont pas assez de patience, ou auxquels les moyens manquent, se soustraient au traitement aussitôt que les symptômes subjectifs ont disparu, mais avant qu'ils ne soient complètement guéris. Alors on les revoit habituellement, après un certain temps, frappés d'une récidive qui est souvent plus grave que l'affection pour laquelle on les a traités tout d'abord. C'est l'inachèvement du traitement qui est la cause que la maladie persiste, chez beaucoup de personnes, pendant toute la vie.

Le traitement des complications dont la *cornée* est le siège repose sur le principe que les affections de la cornée provoquées par les maladies de la conjonctive se guérissent principalement par le traitement de l'affection conjonctivale elle-même. C'est ainsi que les *ulcères cornéens* qui accompagnent le trachome, pas plus que le pannus, ne doivent être combattus directement, mais on en amène la guérison en cautérisant la conjonctive. Seulement, il faut observer que, dans le cas d'ulcères cornéens progressifs, on doit avoir recours à la solution de pierre infernale, tandis qu'alors le crayon bleu est contre-indiqué, ensuite qu'il faut prévenir, autant que possible, tout contact du caustique avec la cornée ; contre l'iritis qui accompagne souvent les ulcères cornéens, on emploie l'atropine en solution à 1 0/0. Au reste, les ulcères cornéens seront traités suivant les règles établies pour leur traitement en général (voir § 36). Il faut observer néanmoins que le bandeau qui est généralement indiqué pour les ulcères cornéens doit être autant que possible proscrit dans le trachome. Le motif en est que, par l'occlusion de l'œil, les produits de sécrétion seraient retenus

dans le cul-de-sac conjonctival et aggraverait par là aussi bien l'affection de la conjonctive que celle de la cornée.

Le *pannus* récent disparaît spontanément sous l'influence de la cautérisation de la conjonctive. Si le pannus était extraordinairement épais, on pourrait se permettre de le cautériser prudemment lui-même. Comme le pannus est souvent lié à un léger degré d'iritis, il est bon d'instiller de temps en temps de l'atropine pour tenir la pupille dilatée et empêcher la formation de synéchies postérieures. Les pannus très anciens, qui sont déjà partiellement transformés en tissu conjonctif, et qui ont perdu presque tous leurs vaisseaux, exigent un traitement spécial. L'expérience a prouvé qu'on peut en provoquer la résorption si, en faisant naître une inflammation violente, on y fait affluer plus de sérosité, tout en augmentant leur vascularisation. Dans ce but, on se sert du traitement au jequirity (*Wecker*). On emploie pour cela une macération de jequirity à 3—5 0/0. On l'obtient en faisant infuser à froid pendant vingt-quatre heures dans l'eau quelques grains de jequirity pulvérisés. Avec cet infusé, qui doit être préparé fraîchement tous les jours, on touche largement, au moyen d'un pinceau, deux ou trois fois par jour, la conjonctive de la paupière supérieure. L'inflammation artificielle ainsi produite acquiert le degré d'intensité voulu le deuxième ou le troisième jour ; alors les paupières sont rouges, œdématisées, la conjonctive est fortement injectée et couverte d'une couche croupale ; souvent l'on observe un léger degré de chémosis. Cette inflammation est désignée sous le nom d'ophtalmie jéquiritique. Dès que celle-ci en est arrivée à ce point, l'application du remède doit être suspendue, sinon on pourrait pousser l'inflammation jusqu'à la nécrose de la conjonctive et de la cornée. Alors on abandonne l'inflammation à elle-même, et l'on se contente d'entretenir la propreté de l'œil. Lorsque l'ophtalmie jéquiritique a complètement disparu, la cornée est devenue plus transparente, comparativement à ce qu'elle était auparavant, et l'amélioration est souvent très sensible. Ce traitement, qui est très énergique, ne convient qu'aux vieux trachomes exempts de tout symptôme inflammatoire, où la conjonctive est devenue en grande partie cicatricielle et où la cornée est totalement recouverte d'un pannus de vieille date.

Quant aux affections résultant du trachome, telles que le trichiasis et l'entropion, elles doivent être traitées par voie opératoire (voir *Chirurgie oculaire*, § 168 et 171). Le symblépharon postérieur, conséquence de la rétraction de la conjonctive, est incurable. Le xérosis de la conjonctive est également incurable, et le traitement doit se borner à adoucir les souffrances du patient. Pour diminuer le sentiment de sécheresse, on humecte fréquemment les yeux soit avec du lait, soit avec de la glycérine ou des

substances mucilagineuses (par exemple le mucilage de pépins de coings).

A côté des mesures indiquées précédemment pour le traitement du trachome, il faut, cela va sans dire, accorder des soins particuliers à la propreté des yeux. Dans ce but on prescrit des solutions antiseptiques faibles. Le malade prendra une nourriture forte; il ne gardera pas la chambre; au contraire, autant que possible, il prendra l'air, il se donnera du mouvement, et on lui permettra de se livrer à un travail modéré.

A cause du caractère infectieux de la maladie, il faut instituer une *prophylaxie* appropriée, afin d'empêcher la contagion. Le médecin doit donner le bon exemple et se laver soigneusement les mains, chaque fois qu'il a touché les yeux d'un trachomateux. Il appellera l'attention du trachomateux sur le caractère infectieux de son affection. Il doit lui apprendre le moyen de préserver de l'infection l'œil encore indemne et d'empêcher la propagation de la maladie à son entourage, c'est-à-dire à sa famille, ses compagnons de travail, etc. A cet effet, il faut que le patient ait pour lui seul ses propres objets de toilette, ses linges, son lit, etc. C'est un devoir strict, pour les autorités compétentes, de prendre des mesures contre les épidémies trachomateuses dans les établissements publics, tels que les casernes, les pensionnats, les écoles de toute nature. Ils auront donc soin que chacun des membres de la communauté ait pour son usage exclusif des objets de toilette et des linges séparés, etc. Par des examens médicaux fréquents, on s'assurera s'il n'y a pas de trachomateux parmi eux et, dès qu'on en trouve un, aussitôt on l'isolera; car là où il n'y a pas de trachomateux, la contagion est impossible.

Dans le cours des temps, on a écrit sur le trachome plus que sur aucune autre affection oculaire. Et, malgré cela, aujourd'hui encore, nous sommes loin d'y voir clair et d'avoir pu mettre d'accord les opinions. Les nombreux écrivains qui se sont occupés de la matière nous ont dotés d'un nombre considérable de divisions de la maladie et de noms de diverses espèces. Le désordre va si loin qu'il faudrait, pour ainsi dire, donner, pour chaque nom dont on se sert, la description de l'affection, pour faire comprendre au lecteur ce qu'il signifie.

L'attention des médecins fut attirée sérieusement sur le trachome au commencement de notre siècle. Alors la maladie parut pour la première fois sous forme épidémique dans les armées européennes (ophtalmie militaire). On était d'avis qu'elle avait été importée d'Égypte en Europe par Napoléon I^{er} (de là le nom d'ophtalmie égyptienne). En effet lorsque, en juillet 1798, Napoléon débarqua en Égypte avec une armée de 32,000 hommes, au bout de très peu de temps la plupart des soldats gagnèrent une violente inflammation des yeux. A leur retour en Europe, ils auraient importé la maladie qui ne régnait auparavant qu'en Égypte seulement. Mais des recherches historiques ultérieures ont démontré que cette affection a été observée en Europe depuis l'antiquité. *Celse* mentionne la maladie et donne une bonne description des rugosités des paupières et de la sécrétion

purulente qui les accompagne. Comme traitement, les anciens recommandaient, comme on le fait encore quelquefois aujourd'hui, les scarifications qu'ils pratiquaient au moyen de divers instruments, ainsi que par des frictions à l'aide de feuilles de figuier.

Le trachome existe donc en Europe depuis longtemps comme maladie endémique. Mais, pendant les guerres napoléoniennes, les armées se trouvèrent si souvent en contact les unes avec les autres et avec la population civile que la maladie se propagea et devint épidémique. Dans quelques pays, elle prit une extension effrayante. Dans l'armée anglaise, en 1818, on observa plus de 5,000 invalides aveugles par suite de trachome. Dans l'armée prussienne, 20,000 à 25,000 hommes en furent atteints de 1813 à 1817, et dans l'armée russe 76,811 de 1816 à 1839.

En 1840, en Belgique, on rencontrait un trachomateux sur 5 soldats. C'était précisément l'armée française, où l'affection aurait pris son origine, qui était comparativement la moins éprouvée. — Les armées propagèrent le trachome parmi les populations civiles, par l'envoi en congé des soldats ophtalmiques et leur logement dans le civil. Quand on vit l'armée belge si terriblement envahie par le trachome qu'on ne savait plus comment en venir à bout, le Gouvernement consulta le docteur *Jüngken*, de Berlin, oculiste alors célèbre. Celui-ci recommanda le renvoi dans leurs foyers des soldats trachomateux. Par suite de l'exécution de cette mesure désastreuse, le trachome prit, en Belgique, un développement comme on n'en observa dans aucun autre pays de l'Europe.

Dans la *population civile*, le milieu le plus propre à la propagation du trachome est celui où la population est dense, par conséquent la classe pauvre mais, avant tout, les grands établissements publics. Lorsque le trachome y a fait invasion et que l'on néglige de prendre des mesures préventives pour en empêcher la propagation, bientôt un grand nombre, ou même la totalité des habitants de l'établissement est atteinte. Dans une école de pauvres à Holborn, les 300 enfants qui s'y trouvaient souffraient du trachome (*Bader*). En 1840, *Hairion* trouva dans l'orphelinat de Malines, parmi les 66 orphelines, 64 trachomateuses. A Mons, sur 74 orphelines, 71 étaient atteintes de trachome. Dans le bague de Dublin, il n'y eut pas moins de 134,838 personnes atteintes de trachome pendant la période de 1849-1854. — C'est sur les navires surtout, où l'équipage dispose de si peu d'espace, que le trachome peut se propager avec une effrayante rapidité. *Makensie* fait l'histoire de l'épidémie qui sévit en 1819 sur le négrier français le *Rodeur*. L'affection éclata vers le milieu du voyage, d'abord parmi les nègres qui, au nombre de 160, étaient entassés dans l'intérieur du navire. Quand on permit aux malheureux d'aller sur le pont, pour prendre l'air frais qui parut agir favorablement sur l'inflammation oculaire dont ils étaient atteints, un grand nombre d'entre eux se jetèrent par-dessus bord, de façon qu'il fallut renoncer même à accorder cette permission. Peu après, un des matelots fut atteint et, trois jours plus tard, le capitaine et presque tout l'équipage devinrent malades, tellement que ce ne fut qu'avec la plus grande difficulté que le navire parvint à destination.

A en juger d'après les descriptions du temps, la marche du trachome était très aiguë et l'affection était accompagnée d'une abondante sécrétion, ce qui explique la rapidité avec laquelle elle se propageait. Il semble, en effet, qu'il

s'agissait de la forme aiguë du trachome. Depuis qu'on n'en voit plus d'épidémies, cette forme ne s'observe que rarement. Le trachome règne aujourd'hui endémiquement dans beaucoup de pays, mais il s'y montre le plus souvent sous la forme chronique, que nous observons aujourd'hui presque exclusivement.

Les formes diverses sous lesquelles le trachome se montre aujourd'hui sont considérées par certains auteurs comme des maladies distinctes. Pour apprendre à connaître le rapport que ces différentes formes ont entre elles, nous devons avant tout étudier les *altérations anatomiques* qui appartiennent à chacune d'elles.

Les hypertrophies *papillaires*, qui donnent à la conjonctive son apparence veloutée ou framboisée, résultent d'une augmentation de la surface de la conjon-

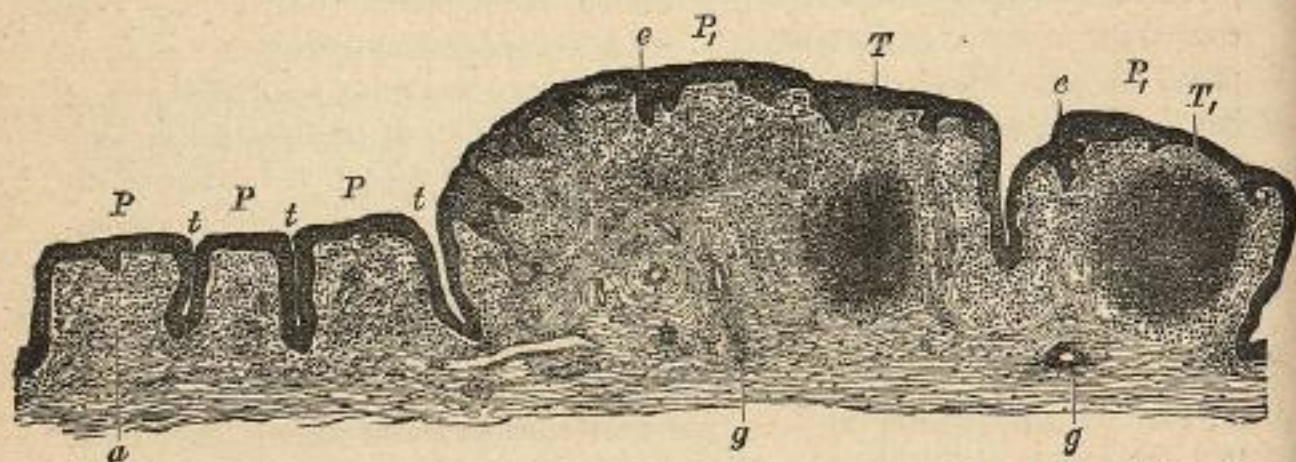


FIG. 20. — Coupe à travers la conjonctive trachomatense de la paupière supérieure. Gross. 24/1. — On y voit de petites *P, P, P*, aussi bien que de grosses *P1, P1*, papilles. Les premières se dressent en palissade à côté les unes des autres; les sillons qui les séparent, recouverts d'épithélium *t, t, t*, ont l'aspect de cavités glandulaires. Les grosses papilles contiennent des grains trachomatenseux *T* et *T1*, qui ne possèdent ni limite propre ni capsule. L'épithélium de la conjonctive est épaissi en beaucoup d'endroits *e, e*. La muqueuse montre une infiltration cellulaire *a*, particulièrement développée autour des vaisseaux sanguins *g, g*.

live hypertrophiée. Celle-ci se déjette en plis, entre lesquels il se forme des sillons plus ou moins profonds; sur une coupe transversale, ces plis prennent la forme de papilles (fig. 20, *P* et *P1*). Le tissu conjonctif qui forme les papilles est rempli de cellules rondes; la surface des papilles est revêtue d'un épithélium fortement épaissi (*e, e*). Celui-ci plonge naturellement dans les dépressions qui se trouvent entre les papilles (*t, t*). Ces dépressions ont ainsi, sur des coupes microscopiques, l'aspect de canaux étroits, couverts d'épithélium, et sont, pour ce motif, considérées comme des glandes tubuleuses. De là l'opinion que, dans le trachome, il se forme des glandes nouvelles. D'une certaine manière, cette opinion est exacte: sans doute, les dépressions entre les papilles ne sont pas des glandes, mais il n'en est pas moins vrai que, sur la paroi de ces dépressions, naissent des tubes qui, pénétrant plus avant dans le tissu conjonctif, y sont revêtus d'épithélium et ne présentent dès lors plus de différence avec les véritables glandes.

L'hypertrophie papillaire de la conjonctive n'est pas du tout caractéristique du trachome. On la trouve, en effet, bien qu'à un degré plus bénin, à l'occasion de toute irritation inflammatoire de longue durée de la conjonctive, ainsi que dans le catarrhe chronique, dans la conjonctivite lymphatique invétérée, dans l'ectropion

sur la partie exposée à l'air, etc. De grosses papilles, mais aplaties, caractérisent le catarrhe printanier (§ 20). Des degrés très élevés d'hypertrophie papillaire se remarquent avant tout après la blennorrhée aiguë, quand elle donne lieu à la blennorrhée dite chronique. C'est même pour ce motif que beaucoup d'auteurs désignent sous le nom de blennorrhée chronique tous les cas de trachome papillaire, alors même qu'ils n'ont pas été précédés d'une blennorrhée aiguë. D'autres désignent la forme papillaire sous le nom d'ophtalmie purulente chronique; d'autres encore sous celui de conjonctivite granuleuse ou simplement de granulations, parce que les papilles de la conjonctive ont quelque ressemblance avec les bourgeons charnus (bourgeons des plaies). Mais cette ressemblance est simplement apparente, puisque la conjonctive hypertrophiée ne présente pas une surface dénudée: elle est au contraire revêtue de son épithélium; aussi, cette

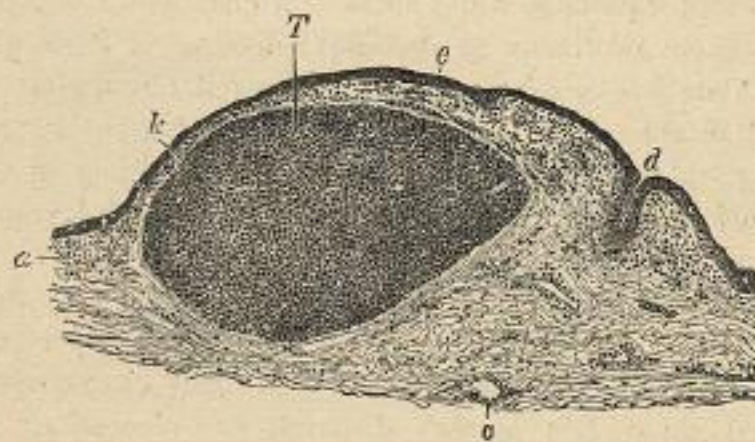


FIG. 21. — Granulation trachomatense du cul-de-sac. Gross. 24/1. — La granulation trachomatense *T* soulève la muqueuse et est entourée d'une couche de tissu épaissi, la capsule *k*. La conjonctive montre une infiltration cellulaire, aussi bien dans les couches superficielles *a* que le long des vaisseaux *g*; l'épithélium *e* montre au-dessus de *a* des places claires répondant à des cellules caliciformes; en *d* se voit une glande de Henle.

dénomination produit-elle nécessairement une confusion entre cette forme et la forme granuleuse du trachome.

La forme *granuleuse* est caractérisée par les granulations trachomatenses. Sur des coupes microscopiques, ces granulations paraissent constituées par des amas arrondis de corpuscules lymphatiques qui représentent une espèce de petite glande ou follicule lymphatique, analogue à ceux qui constituent les plaques de Peyer. Tantôt les granulations trachomatenses se perdent insensiblement, sans limites nettement tranchées, dans le tissu environnant, également très riche en cellules (fig. 20, *T* et *T1*); tantôt elles sont renfermées dans une espèce de capsule incomplète de tissu conjonctif (fig. 21, *T*). D'après *Raehlmann*, la capsule (fig. 21, *k*) se forme lorsque les granulations trachomatenses persistent pendant longtemps.

La forme granuleuse est désignée sous le nom de trachome vrai, trachome d'*Arlt*, ou trachome folliculaire (*Horner*). Un grand nombre d'auteurs désignent cette forme sous le nom de granulations, parce qu'ils les considèrent comme des granulations trachomatenses, tandis que, comme il a été dit, d'autres se servent

tout juste de cette expression pour désigner la forme papillaire ; de là, confusion.

La forme mixte (*trachoma mixtum*, d'après *Stellwag*) est celle que l'on observe le plus souvent cliniquement, et les observations microscopiques démontrent que c'est presque la seule forme qui se présente. En effet, même dans les cas où, à l'œil nu, on croit avoir devant soi une simple hypertrophie papillaire, on trouve sur les coupes microscopiques des granulations trachomateuses qui siègent tantôt dans les papilles elles-mêmes, tantôt dans les couches profondes de la muqueuse. Dans le premier cas, les papilles paraissent particulièrement larges, ayant parfois la forme d'un bouton (fig. 20, *P*₁). Dans le second cas, les granulations trachomateuses sont cachées sous les corps papillaires; souvent on les voit apparaître plus tard, alors qu'après un traitement prolongé l'hypertrophie papillaire a disparu.

Sous le nom de *trachome diffus Stellwag* comprend un degré plus élevé de développement du trachome mixte, dans lequel la conjonctive du tarse est couverte de végétations très développées qui présentent quelquefois la forme d'une crête de coq. Le trachome gélatineux de *Stellwag* constitue un stade ultérieur du trachome mixte. Alors les excroissances papillaires ont disparu et la surface de la conjonctive est devenue assez lisse, mais l'infiltration lymphoïde profonde persiste ou a même augmenté, à la suite d'une poussée nouvelle. Alors on a devant soi une conjonctive épaissie, superficiellement lisse, jaunâtre et transparente comme une gelée.

La transformation de la conjonctive en *tissu cicatriciel* s'opère de la manière suivante: parmi les nombreuses cellules qui sont en partie parsemées uniformément dans la conjonctive, en partie réunies en amas circonscrits (granulations trachomateuses), un certain nombre disparaît par résorption; les autres, au contraire, se transforment peu à peu en cellules fusiformes et finalement en fibres conjonctives. Ce tissu conjonctif de nouvelle formation se rétracte très fortement, de façon que la conjonctive se raccourcit, devient plus mince et d'aspect tendineux. Il s'agit ici d'un processus semblable à celui qui s'opère dans la cirrhose du foie, c'est-à-dire d'une rétraction d'un tissu conjonctif jeune provenant d'une infiltration inflammatoire antérieure. Ce serait une erreur de croire que dans la conjonctive trachomateuse il existe quelque endroit dénudé en voie de cicatrisation, erreur dans laquelle on pourrait être entraîné, surtout par le nom de granulations. En effet ce que l'on appelle granulations dans le trachome n'a de commun avec les bourgeons charnus que l'apparence extérieure.

Les recherches histologiques démontrent que le *pannus* est constitué par une couche de tissu conjonctif de nouvelle formation qui, du limbe, se glisse sur la cornée (fig. 22, *P*). Cette couche est constituée par un tissu mou, extraordinairement riche en cellules, qui a la plus grande analogie avec la conjonctive trachomateuse infiltrée. Ce tissu est richement vascularisé, tantôt plus épais, tantôt plus mince, ce qui fait que la surface du pannus paraît inégale et bosselée. Au début, le pannus se trouve entre la membrane de *Bowman* (fig. 22, *B*) et l'épithélium (fig. 22, *E*) qui est séparé de cette membrane et recouvre la surface du pannus. Le tissu cornéen proprement dit, préservé par la membrane de *Bowman* intacte, ne change aucunement de nature. C'est ainsi qu'après la résorption du pannus la cornée regagne sa structure normale et sa parfaite transparence, puisque l'épi-

thélium redevient le revêtement immédiat de la membrane de *Bowman*. Ceci n'est possible cependant que dans le cas de pannus récent; car, au bout d'un certain temps, la membrane de *Bowman* se détruit par-ci par-là, le pannus pénètre par ces solutions de continuité dans le tissu propre de la cornée et en détruit aussi les couches superficielles. Alors le rétablissement complet de la transparence de la cornée est devenu impossible.

Quelques formes et stades du pannus portent des noms particuliers: un pannus récent qui n'est pas encore épais s'appelle *pannus tenuis*; s'il est très vascularisé, *pannus vasculosus*. Le pannus a-t-il acquis une certaine épaisseur, c'est le *pannus crassus* ou *carneus*. Quelquefois le pannus devient si épais que l'on s'imagine voir sur la cornée des bourgeons charnus exubérants: c'est le *pannus sarcomatosus* (cet adjectif s'emploie aussi pour désigner l'hypertrophie de la conjonctive,

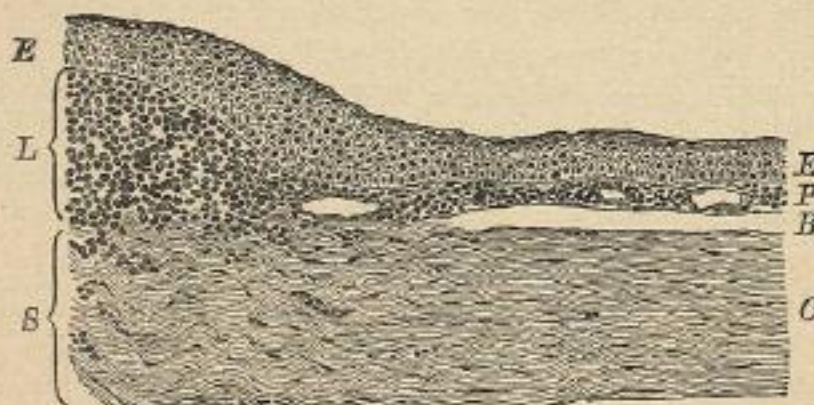


FIG. 22. — Coupe à travers le bord d'une cornée couverte de pannus. Gross. 425/1. — Sous l'épithélium *EE*, le limbe *L* est très épaissi par une infiltration cellulaire. De celui-ci se glisse sur la cornée *C*, entre l'épithélium et la membrane de *Bowman* *B*, le pannus *P*, dans lequel on constate la coupe de plusieurs vaisseaux sanguins. *S* sclérotique.

par exemple dans l'expression *ectropium sarcomatosum*). Mieux vaudrait abandonner complètement ces expressions surannées, mais principalement celle de *sarcomatosus*, qui peut donner lieu à confusion avec des néoplasmes, — sarcomes. — Un vieux pannus, formé de tissu conjonctif peu vascularisé, se nomme *pannus siccus*.

Quelles sont les *causes* du pannus dans le trachome? Les uns considèrent le pannus comme une continuation du processus inflammatoire, passant de la conjonctive du cul-de-sac sur la cornée. On objecte très justement contre cette idée de propagation par continuité qu'entre le cul-de-sac et le bord de la cornée se trouve toute une portion de la conjonctive, la conjonctive bulbaire, qui ne participe généralement que peu ou point au processus trachomateux. Une autre explication se fonde sur le fait que généralement, dans le trachome, le pannus se montre d'abord sur la moitié supérieure de la cornée et l'occupe habituellement déjà entièrement avant que la moitié inférieure en soit envahie. On en conclut que la paupière supérieure, par les rugosités de la conjonctive, irrite mécaniquement la moitié supérieure de la cornée et en provoque ainsi l'inflammation. Il n'y a pas de doute que ce soit là une cause qui entre en ligne de compte pour faire naître le pannus, mais ce ne peut en être ni la seule ni la plus importante. En

effet, on trouve souvent la conjonctive palpébrale hérissée des rugosités les plus développées, sans être accompagnée de pannus, et d'autre part un pannus là où la conjonctive est presque lisse. Jusqu'ici donc nous ne pouvons affirmer que ceci : le pannus est anatomiquement analogue au trachome de la conjonctive palpébrale. Il représente le processus nosologique trachomateux de cette partie de la conjonctive qui recouvre la cornée, c'est-à-dire le feuillet conjonctival de cet organe. Il n'est donc pas étonnant que la conjonctive cornéenne souffre dans le trachome, tout aussi bien que la conjonctive des paupières ou celle du cul-de-sac; mais il est plus difficile de comprendre pourquoi le reste de la conjonctive, celle qui couvre le bulbe oculaire, ne participe pas plus activement au processus trachomateux. En voici peut-être la véritable explication: la figure 22 montre que l'infiltration cellulaire est surtout intense au niveau du limbe cornéen et qu'à partir de là elle diminue insensiblement, en passant sur la cornée. Par conséquent, à l'endroit où un pannus est en voie de développement, on observe à l'examen microscopique le limbe fortement injecté et gonflé, au point de former quelquefois un bourrelet épais. L'impulsion pour la formation du pannus paraît donc partir de l'affection trachomateuse du limbe. Posons-nous maintenant les questions suivantes: 1^o pourquoi le limbe est-il si fort entrepris dans le trachome; 2^o pourquoi l'inflammation du limbe se propage-t-elle sur la cornée, et non pas au contraire sur la conjonctive scléroticale? La première question trouvera sa solution dans le fait que le limbe est de loin la partie la plus vascularisée de la conjonctive bulbaire, d'où il suit qu'il est le plus enclin à s'enflammer. Quant au fait que l'inflammation du limbe est centripète, c'est-à-dire qu'elle se propage du côté de la cornée, au lieu d'être centrifuge et de s'étendre sur la conjonctive sclérotale, ce phénomène s'accorde avec ce que nous pouvons observer ailleurs encore dans les maladies du limbe et des parties avoisinantes de la cornée. En effet, nous connaissons une foule de maladies dans lesquelles des infiltrations inflammatoires ou des vaisseaux se propagent du limbe sur la cornée. Cette particularité dépend sans doute de la direction centripète du torrent circulatoire dans la conjonctive sclérotale. Les artères se rendent de la périphérie au limbe où elles forment un réseau serré d'anses capillaires. Ici où s'arrête le courant sanguin centripète commence un courant lymphatique dirigé dans le même sens dans la cornée; enfin les vaisseaux sanguins qui naissent des anses vasculaires périkératiques adoptent la même direction que les produits inflammatoires. Enfin, il reste à expliquer pourquoi le pannus débute le plus souvent au bord supérieur de la cornée, pourquoi c'est là que le limbe s'affecte en premier lieu. Quand un œil est infecté par le trachome, la conjonctive n'est pas envahie en même temps dans toute son étendue, mais le virus infectieux se dépose d'abord sur un point circonscrit de la conjonctive, spécialement au niveau de la conjonctive du tarse et du cul-de-sac, les endroits les plus enclins aux affections trachomateuses. Des points de la conjonctive d'abord affectés, le trachome peut se propager de deux manières: 1^o par continuité, lorsqu'il s'étend de proche en proche sur les parties voisines; 2^o par contiguïté, lorsque, par son contact, il infecte la conjonctive du globe oculaire qui lui est contiguë et spécialement le limbe, comparativement le plus prédisposé à se laisser envahir. Mais c'est précisément au niveau du bord

supérieur de la cornée que, non seulement pendant la nuit, mais encore tout le long du jour, le limbe est en contact avec la paupière supérieure, puisque même à l'état normal, quand les yeux sont ouverts, la paupière recouvre la partie supérieure de la cornée. C'est donc ici surtout le contact permanent avec la conjonctive palpébrale qui favorise l'infection du limbe. Il est d'ailleurs probable que les rugosités de la conjonctive concourent à ce résultat. D'un côté, elles peuvent irriter mécaniquement; de l'autre, en occasionnant de légères lésions traumatiques de l'épithélium conjonctival et cornéen, faciliter l'infection. (L'infection par contact réciproque, si souvent observée sur la peau et sur d'autres organes, peut aussi se rencontrer sur la conjonctive, ainsi que le démontre le cas de catarrhe printanier cité dans la remarque au § 20.)

Quel est le rapport des différentes formes de trachome les unes avec les autres? Est-ce que, par exemple, le trachome papillaire (blennorrhée chronique, etc.) est une affection entièrement différente du trachome granuleux (trachome vrai, etc.), ou bien ne sont-ce là que des formes différentes d'un même processus? L'anatomie démontre que, dans l'immense majorité des cas, les altérations caractéristiques (hypertrophie papillaire et granulations trachomateuses) se trouvent confondues sur le même sujet, de sorte qu'il n'y a, pour ainsi dire, pas un cas où l'on trouve exclusivement l'une ou l'autre forme isolée. Ce fait plaide incontestablement en faveur de l'unité de nature des deux formes de la maladie. On arrive d'ailleurs à la même conclusion quand on consulte son étiologie. En effet on observe des cas où un individu atteint de l'une des deux formes infecte d'autres personnes et leur en transmet indistinctement l'une ou l'autre. *Piringer* a d'ailleurs expérimentalement prouvé par ses inoculations que la même sécrétion inoculée à diverses personnes peut donner naissance à l'une ou l'autre forme de trachome. Il a même pu constater un jour que l'inoculation de la même sécrétion fit naître, chez la même personne, les deux formes isolément sur l'un et l'autre œil. On est donc bien en droit de considérer les deux formes de trachome, la forme granuleuse et la forme papillaire, comme ne constituant qu'une seule et même maladie.

Y a-t-il quelque connexion entre le trachome et la blennorrhée aiguë? Ces deux affections, quoique nées toutes les deux par infection, sont cependant sous leurs formes typiques très différentes l'une de l'autre. Néanmoins la blennorrhée chronique, qui est consécutive à la blennorrhée aiguë, est tellement semblable à la forme papillaire du trachome qu'il est difficile de les distinguer sûrement l'une de l'autre, par l'examen clinique de l'œil ou par les préparations anatomiques. Voici donc ce que l'on peut présumer: la blennorrhée aiguë fraîche, transmise à un autre œil, y produit également une blennorrhée aiguë. Si la blennorrhée, d'aiguë qu'elle était, est déjà entrée dans le stade chronique, elle ne provoque plus, transportée sur un autre œil, une blennorrhée aiguë, mais seulement une inflammation chronique, et celle-ci est le trachome. Différentes observations plaident, en effet, en faveur de la possibilité de cette genèse du trachome. *Goldzieher* parle d'une épidémie de trachome importée dans l'institut des Aveugles de Budapest par un garçon qui venait d'entrer récemment. Il avait perdu la vue à la suite d'une atteinte de blennorrhée. Le nouveau-venu donna le trachome à tous les garçons et au plus grand nombre des jeunes filles de l'établissement. Toutes

les formes possibles purent s'observer chez eux, aussi bien la forme papillaire pure que la forme purement granuleuse et la forme mixte. *Sattler* de son côté a observé le cas suivant : une mère atteinte de fleurs blanches met au monde un enfant frappé d'une blennorrhée aiguë d'un degré léger. Infectée par son enfant, la mère gagna un véritable trachome. Comme elle vivait dans une contrée où le trachome était inconnu, la présomption de toute autre source d'infection restait exclue. — On a objecté contre la connexion entre la blennorrhée chronique, qui suit la blennorrhée aiguë, et le trachome que, dans la première maladie, on n'observe jamais de granulations (follicules lymphatiques). Il n'en est pas toujours ainsi cependant. Pendant l'automne de 1887, j'ai reçu dans ma clinique deux fillettes, deux sœurs. L'aînée s'était infectée par sa propre sécrétion vaginale et gagna aux deux yeux une blennorrhée aiguë. La plus jeune sœur fut infectée par son aînée et fut également atteinte de blennorrhée des deux yeux. Celle-ci fut pourtant un peu plus légère et, lorsque les phénomènes inflammatoires les plus violents furent calmés, il se développa d'un côté, sur la conjonctive du tarse, une hypertrophie papillaire et, de l'autre, sur le cul-de-sac, de nombreuses granulations de façon à présenter un tableau complet du trachome mixte. Il m'est arrivé souvent de voir des cas où, après la blennorrhée aiguë, il s'était développé des granulations dans le cul-de-sac; j'ai observé des cas, plus nombreux encore, où j'ai pu démontrer microscopiquement la présence de granulations sur des fragments de conjonctive excisée.

De ce qui précède, nous tirons les conclusions suivantes : *Il n'y a qu'une espèce de trachome, mais il se présente sous diverses formes.* L'origine de la maladie doit être probablement attribuée en dernière analyse à la sécrétion de ceux qui sont atteints de blennorrhagie des parties génitales. Cette dernière affection fait naître sur la conjonctive humaine une blennorrhée aiguë, qui passe à l'état de blennorrhée chronique. Celle-ci, inoculée à un œil sain, donne d'emblée une inflammation chronique qui est le trachome et qui se propage alors comme tel.

Il nous reste encore à parler du rapport de la conjonctivite folliculaire avec le trachome. La première s'observe spécialement chez les individus jeunes, tandis qu'au contraire le trachome ne se rencontre que rarement chez les enfants. Ces deux affections se ressemblent parce que toutes les deux présentent des follicules lymphatiques comme productions caractéristiques. Dans le catarrhe folliculaire ces follicules sont plus petits, plus nettement limités et proéminent davantage au-dessus du niveau de la conjonctive. Dans le trachome, au contraire, ils sont plus grands, sans contours bien tranchés et peu proéminents. Les follicules proprement dits sont souvent oblongs, cylindriques et disposés en séries comme les perles d'un collier, tandis que les granulations trachomateuses sont arrondies et plus rarement rangées ainsi en séries. Cependant ces différences sont quelquefois si peu manifestes que même le médecin le plus expérimenté n'est pas en état, dans un grand nombre de cas, d'établir le diagnostic avec certitude, avant que la marche ultérieure de l'affection en ait fourni les éléments nécessaires. En outre, au point de vue de la structure histologique, les follicules et les granulations trachomateuses ne présentent pas de différences bien caractéristiques. Une autre analogie entre le catarrhe folliculaire et le trachome, c'est que tous les

deux se déclarent de préférence au sein des grandes communautés. Il est donc facile à comprendre que ces deux affections soient souvent confondues entre elles, et qu'une foule d'auteurs soient d'avis que le catarrhe folliculaire n'est qu'une espèce de trachome bénin et sans danger. Mais on peut objecter contre cette opinion qu'on ne sait pas encore si, parmi les membres de ces communautés, le catarrhe folliculaire se propage par infection, comme le trachome, ou s'il est une simple conséquence de l'influence de l'air corrompu par la poussière, les exhalaisons, etc. Par contre, il est clairement démontré que, dans certaines conditions, le catarrhe folliculaire *peut* se manifester sans aucune infection. Ceci est notamment le cas, après l'instillation prolongée d'atropine; alors, il se développe, chez beaucoup de personnes, un catarrhe folliculaire typique, caractérisé par de très nombreux follicules. Le trachome, au contraire, ne peut jamais se montrer sans infection. Une autre différence plus importante entre les deux maladies, est leur marche. D'abord, le catarrhe folliculaire ne s'accompagne pas du tout, ou seulement à un degré infime, d'hypertrophie papillaire de la conjonctive; il ne produit jamais ni la rétraction conjonctivale, ni le pannus, ni aucune des autres conséquences du trachome; c'est une affection absolument sans danger. Elle guérit d'ailleurs spontanément sans laisser de traces, de façon que, rien que pour ce motif, la distinction entre les deux affections n'est pas seulement théoriquement mais encore pratiquement d'une grande importance.

Quant à la question de savoir quel est le rapport entre les formes diverses de la blennorrhée, du trachome et de l'inflammation folliculaire conjonctivale, elle ne trouvera sa solution définitive que par l'étude de la bactériologie. Jusqu'ici on ne connaît encore avec certitude que le microcoque de la blennorrhée aiguë, c'est-à-dire le gonocoque. Plusieurs observateurs (*Leber, Sattler, Koch, Michel, Poncet, Schmidt, Kucharski, Staderini, Goldschmidt, etc.*) ont également découvert des microorganismes dans les maladies de la conjonctive accompagnées de formation de granulations, comme le trachome et le catarrhe folliculaire. Quelques-uns de ces microorganismes avaient assez de ressemblance avec le gonocoque sans lui être identiques. Les observations des différents investigateurs ne sont pas assez concordantes pour pouvoir en tirer des conclusions précises. Peut-être doit-on considérer en général la formation des granulations de tissu adénoïde, non comme un phénomène de nature spécifique, mais comme une forme particulière suivant laquelle la conjonctive oculaire, comme le fait toute autre muqueuse, réagit contre les irritations de toute espèce. Ces irritations peuvent être d'ailleurs de nature bactérienne, comme dans le trachome et dans le catarrhe folliculaire. On rencontre aussi des cas de tuberculose conjonctivale (voir § 23) qui débute, absolument comme le trachome, par un riche développement de granulations. Quelques exemples en ont été décrits par *Rhein*, et, moi-même, j'en ai observé un cas. D'autre part, *Goldzieher* et *Sattler* ont vu la formation d'abondantes granulations dans une affection conjonctivale qu'ils considéraient comme étant de nature syphilitique. Il n'est pas encore établi d'une manière certaine si le catarrhe atropinique est dû à une irritation chimique, ou s'il a pour cause certains schizomycètes qui se développent peut-être dans la solution d'atropine.

La plus grande difficulté du *traitement* du trachome provient du temps consi-

dérable qu'il faut pour arriver à le guérir. Dans le but de le raccourcir, on a fait les tentatives les plus diverses pour attaquer directement et pour détruire les hypertrophies conjonctivales (papilles, granulations). Ces pratiques, qui étaient déjà en usage dans l'antiquité, consistent : à scarifier la conjonctive, à exciser, à exprimer ou à racler les granulations, à les cautériser au fer rouge ou au galvanocautère, à exciser le cul-de-sac conjonctival qui cache les granulations et même la conjonctive du tarse, en même temps que le tarse lui-même. La plupart de ces pratiques, réintroduites dans la chirurgie oculaire et vantées par quelques praticiens, je les ai essayées moi-même. Pour les soumettre à un contrôle sûr, j'ai choisi des cas où le trachome était le même aux deux yeux. En traitant l'un des yeux selon la méthode habituelle, et l'autre par le procédé de l'excision de la conjonctive ou par la destruction isolée des granulations, il était possible de faire une comparaison démonstrative au sujet des différentes méthodes signalées. C'est ainsi que j'ai trouvé que toute destruction directe de la conjonctive n'a d'autre influence que de la raccourcir d'autant plus, sans que le trachome en soit plus rapidement guéri, car il n'est pas possible de détruire toutes les parties malades de la conjonctive. Je ne puis donc recommander cette pratique, si ce n'est peut-être pour les cas rares où le trachome se localise sur des points de la conjonctive nettement circonscrits, que, par conséquent, on peut entièrement enlever.

Pour guérir un pannus épais, beaucoup de médecins pratiquent la *péritomie*. Elle consiste à sectionner les vaisseaux conjonctivaux qui se rendent au pannus, ce qui se fait en coupant simplement la conjonctive circulairement autour de la cornée, ou bien en excisant au moyen de ciseaux une bandelette mince et circulaire. Dans le but d'éclaircir un vieux pannus, on a fait autrefois des inoculations volontaires de sécrétion de blennorrhée aiguë. En effet l'expérience a prouvé qu'un œil porteur d'un pannus, accidentellement infecté de blennorrhée aiguë, est loin de se perdre par suppuration; le pannus, au contraire, se trouve éclairci lorsque l'inflammation est terminée. Cette pratique est actuellement remplacée par le traitement au jéquirity. Cette substance produit le même effet, sans que d'ailleurs l'œil de l'autre côté ni les yeux d'autres personnes courent le danger d'être envahis par l'infection blennorrhéique.

Au Brésil, où cette affection est épidémique, le jéquirity (semence de l'*Abrus precatorius*) est depuis longtemps employé comme remède vulgaire contre le trachome. C'est surtout à *Wecker* qu'appartient le mérite d'avoir soumis ce remède à des expériences scientifiques et de l'avoir introduit en Europe. L'activité du jéquirity ne dépend pas, comme on l'a cru d'abord, de la présence de microorganismes dans l'infusé, mais d'un ferment non organisé qui est toxique à un très haut degré (*Hippel, Neisser, Salomonsen, Vennemann*).

V. — CONJONCTIVITE DIPHTÉRITIQUE

§ 17. La conjonctivite diphtéritique (1), comme la blennorrhée aiguë

(1) *δερθίρα*, membrane.

et le trachome, est une inflammation conjonctivale suppurative, d'origine infectieuse et dont la sécrétion est infectieuse elle-même. Mais la matière infectieuse est d'une nature spécifique différente de celle des deux autres maladies. Ce virus possède la propriété de provoquer dans le tissu de la conjonctive un exsudat abondant, qui se coagule facilement et qui amène ainsi la nécrose du tissu infiltré.

SYMPTÔMES ET MARCHE. — Les paupières de l'œil malade sont gonflées, rouges, brûlantes et douloureuses au toucher. Le plus souvent, le gonflement est très prononcé; quelquefois, les paupières sont dures comme une planche, de sorte qu'il est impossible de les renverser ou même difficile d'ouvrir la fente palpébrale. Dans toute son étendue, la conjonctive est gonflée et injectée; quelques points s'en distinguent parce qu'ils sont déprimés, d'une couleur gris jaune, et souvent pourvus par-ci par-là de mouchetures d'un rouge sale (ecchymoses). Ces points sont caractéristiques pour la diphtérie; à ces endroits, l'exsudat déposé dans le tissu est si abondant qu'il comprime les vaisseaux et rend ainsi le tissu exsangue et pâle. D'après l'étendue que ces points occupent, on distingue deux degrés dans la maladie. Les cas légers sont ceux que l'on désigne sous le nom de diphtérie *partielle* (diphtérie en plaques). A ce degré, on trouve les points diphtéritiques sur la conjonctive sous forme d'îlots de grandes et de petites dimensions (surtout sur la conjonctive palpébrale) entre lesquels la conjonctive se montre moins affectée. Ces intervalles sont simplement très injectés, gonflés, saignant facilement, mais ni gris ni exsangues. Dans les cas graves, au contraire, les foyers diphtéritiques s'élargissent rapidement et se confondent, de sorte que l'on a affaire à la *forme confluent* de la diphtérie. Dans ce cas, la conjonctive est, dans une grande partie de son étendue ou dans sa totalité, uniformément grise et dure, à peu près comme après la formation d'une escarre, par exemple par l'action de la chaux vive.

Entre les paupières, on voit sourdre une sécrétion fluide, séreuse. Souvent on observe de petites plaques diphtéritiques situées soit aux bords, soit aux angles palpébraux, aux narines ou aux commissures labiales; quelquefois on observe en même temps de la diphtérie à la gorge ou au nez. Les petits patients — car l'affection atteint presque exclusivement les enfants — ont une fièvre intense et sont très abattus.

L'état que nous venons de décrire et qui s'établit rapidement, après un temps très court d'incubation, est le premier stade de la maladie, on l'appelle stade d'*infiltration*. Suivant l'extension du processus diphtéritique sur la conjonctive, ce stade dure de cinq à dix jours. Alors peu à peu les points diphtéritiques commencent à disparaître. Là où l'infiltration est peu intense, on voit survenir la résorption de l'exsudat; ailleurs, au contraire, où, par