

Ces précautions seront prolongées jusqu'à ce que les paupières ne soient plus agglutinées au réveil.

Le traitement curatif, très rapidement efficace, consistera en des lavages boriqués, répétés 3 ou 4 fois par jour, et en l'instillation biquotidienne du collyre suivant :

Eau distillée	10 grammes.
Nitrate d'argent	0 ^{gr} ,10
Laudanum	X gouttes.

On emploiera avec autant d'avantages la solution de protargol à 20 ou 40 pour 100 qui n'est nullement douloureuse.

VI. CONJONCTIVITE ANGULAIRE. SUBAIGUË (MORAX). — *Blépharo-conjunctivite, diplo-bacille de Morax*. — Cette affection, à la vérité beaucoup plus commune chez les adultes que chez les enfants (au contraire de la précédente), se voit cependant quelquefois chez les jeunes sujets de la 5^e enfance, de 6 à 15 ans.

Symptômes. — L'affection commence insidieusement, sans gonflement des paupières, sans douleur appréciable. Les malades éprouvent une certaine gêne à la vive clarté, surtout le soir à la lumière artificielle; le matin, les yeux sont ou peu collés, ou plutôt un peu chassieux avec, aux angles, un peu de matière concrétée agglutinant les cils. Objectivement, on constate une légère injection de la conjonctive palpébrale et du bord des paupières, mais la conjonctive bulbaire est ordinairement indemne; les angles des paupières surtout sont rouges, humides, baveux, et parfois couverts d'une écume blanchâtre. Si on retourne ou écarte les paupières, on ne trouve pas de muco-pus au fond du cul-de-sac comme dans la conjunctivite aiguë contagieuse, à peine parfois un petit flocon fibrineux. L'affection, si elle n'est pas soignée, peut durer des semaines et parfois des mois, sans augmenter notablement d'intensité et sans provoquer de lésions du voisinage. La cornée n'est jamais prise, à moins d'une coïncidence, et par suite d'une érosion accidentelle de son épithélium; dans ce cas elle présente une petite infiltration gris blanchâtre, ovoïde, ou en petits foyers séparés réunis en chaînettes et siégeant à 1 millimètre du limbe. Morax (*Annales de l'Institut Pasteur*, et *Annales d'oculistique*, 1896) a trouvé, dans la sécrétion de la conjunctivite angulaire, qu'il appelle subaiguë pour la différencier de la variété précédente, le microbe pathogène de l'affection, qui est un diplo-bacille, et il a pu reproduire expérimentalement la maladie en inoculant une culture pure de ce bacille à l'homme. C'est un bacille de 5 à 6 μ de longueur sur 1 à 1 μ 5 de largeur, ce qui fait 2 à 3 μ pour l'article isolé de diplo-bacille. Il ressemble un peu au pneumo-bacille de Friedländer, mais il ne possède jamais de capsule. Ces bacilles sont libres entre les cellules, mais se trouvent aussi dans leur protoplasma. Le diplo-bacille de Morax ne prend pas le Gram.

Traitement. — Moins contagieuse que la conjunctivite aiguë, la conjunctivite subaiguë ne comporte pas l'isolement du malade. On évitera simplement aux autres enfants d'une même famille le contact des objets de

toilette. Comme traitement, on emploiera des lavages boriqués et l'instillation matin et soir d'un collyre au sulfate de zinc à 1/50, ou à 1/100 si l'affection est très légère.

VII. GRANULATIONS CONJONCTIVALES. — *Conjunctivite folliculaire, trachome, catarrhe printanier*. — CONJONCTIVITE FOLLICULAIRE. — Cette affection s'observe le plus souvent à partir de 4 ou 5 ans, et se voit surtout chez les enfants qui vivent dans les grandes villes, dans un air plus ou moins confiné et dans des milieux où l'éclairage artificiel joue un grand rôle; elle est en relation assez étroite avec l'application des yeux, et se lie à l'effort accommodatif exagéré qui résulte de certains défauts de réfraction. Toutes ces raisons la rendent commune dans les écoles.

Symptômes. — La conjunctivite folliculaire est caractérisée par la présence de petites granulations rondes qui se trouvent dans le cul-de-sac conjonctival inférieur et qui de là débordent dans les deux angles, l'angle externe surtout; on en trouve rarement au fornix supérieur. Ces granulations translucides, pâles ou rosées, sont souvent rangées en deux ou trois files, comme les grains d'un chapelet, suivant l'expression de Fuchs (*Traité d'ophtalmologie*, 5^e édition, Vienne); entre ces granulations la muqueuse apparaît avec ses caractères ordinaires. Il n'y a aucune sécrétion et pas même de larmoiement dans l'état ordinaire, chronique, de cette affection. Cet état chronique, tellement silencieux qu'il peut passer toujours inaperçu, dure quelques années, puis les granulations disparaissent sans laisser derrière elles aucune trace. D'autres fois, il se produit de légères poussées aiguës, dénoncées par un sentiment de cuisson des yeux, une impression de pesanteur au réveil et de lourdeur, telles que les paupières semblent impossibles à ouvrir et *comme en plomb*. Dans ces moments, la muqueuse sur laquelle reposent les granulations apparaît un peu rouge et celles-ci, d'ailleurs, augmentent de nombre; ces phénomènes réactionnels donnent lieu à un peu de photophobie et à du larmoiement.

Traitement. — En dehors du traitement étiologique qui consistera à éloigner l'enfant de son milieu habituel pour le transporter dans un air frais et pur, et à corriger son défaut de réfraction s'il en existe, on guérira très facilement, sinon complètement les granulations, du moins les poussées aiguës qui en constituent l'inconvénient, en pratiquant des attouchements soit tous les jours, soit tous les deux jours, des points malades, le cul-de-sac inférieur et les angles de la conjonctive, avec un cristal d'alun poli.

TRACHOME. — Le trachome, ou conjunctivite granuleuse vraie, qu'on désigne souvent par le nom simple de *granulations*, est l'affection très répandue dans le monde, dont la forme aiguë a causé tant de ravages au commencement du siècle sous le nom d'ophtalmie d'Égypte. Le trachome est encore l'affection oculaire la plus commune peut-être, non seulement en Égypte, mais dans beaucoup de pays d'Europe, tels que la Belgique, la Hollande, la Russie et la plupart des États balkaniques, pour n'en citer que quelques-uns. La maladie, on le voit, se localise dans les régions basses qui répondent à l'embouchure des grands fleuves. Les pays à altitude élevée en

sont indemnes. La misère physiologique, le défaut de propreté favorisent le développement du trachome, et c'est à cette cause qu'il faut attribuer cette particularité, que dans beaucoup de contrées les juifs de la basse classe se montrent tout particulièrement prédisposés à contracter la maladie. Le trachome se propage par contagion directe, effectuée au moyen des produits de sécrétion de l'œil; il en résulte que les formes sécrétantes du trachome sont les plus contagieuses et même que l'affection n'est contagieuse que lorsqu'elle s'accompagne de sécrétion. Les mauvaises conditions hygiéniques, l'air confiné favorisent l'évolution de la maladie, ce qui explique sa rapide diffusion dans les pensionnats. Le trachome se présente sous deux formes : la forme *papillaire* et la forme *granuleuse*.

a) *Forme papillaire*. — C'est la plus commune chez les enfants, surtout chez les enfants très jeunes où elle succède ordinairement à une ophtalmie sous forme de conjonctivite chronique. D'autres fois elle se montre d'emblée avec ses caractères propres de chronicité, et alors il n'est pas rare que le sujet qui en est atteint soit un nourrisson chétif, mal portant, parfois venu avant terme. C'est l'état aigu de cette affection que nous avons décrite autrefois sous le nom de *catarrhe conjonctival des prématurés* dans notre traité des *Ophthalmies du nouveau-né*. Dans la forme papillaire du trachome, la muqueuse palpébrale, au niveau du fornix, se montre très épaissie, aussi bien à la paupière inférieure qu'à la supérieure. La conjonctive est villeuse, d'un rouge sombre, et sa surface offre l'aspect d'une framboise; c'est une véritable hypertrophie végétante de la muqueuse. Cet état peut s'accompagner d'un catarrhe purulent très marqué quoique sans vives douleurs ni grande photophobie; d'autres fois il existe, non du pus véritable, mais un peu de larmolement et, au réveil, de l'agglutination des paupières. La cornée se prend rarement dans la forme papillaire du trachome chez l'enfant, et la conjonctive bulbaire reste assez ordinairement indemne, sans chémosis.

b) *Forme granuleuse*. — La forme granuleuse, *trachome vrai* (Arlt), *trachome folliculaire* (Horner), est exceptionnelle en France dans la première enfance et même rare dans la seconde. Elle devient plus commune après 6 ans, encore que cette forme soit beaucoup plutôt le trachome des adultes, surtout quant aux complications cornéennes qui sont assez peu fréquentes chez les jeunes sujets. La forme granuleuse du trachome se caractérise par la présence des granulations types, c'est-à-dire des granulations grises, arrondies, translucides, qui sont ordinairement comparées à du frai de grenouille et qui siègent au fond des culs-de-sac, sur le fornix de préférence, et par prédilection à la paupière supérieure, ce qui les distingue des follicules de la conjonctivite folliculaire. Ces granulations se rangent en séries, comme dans la forme précédente, mais les rangées en sont pressées les unes contre les autres, et le volume des granulations est ordinairement plus considérable. Dans le fond des culs-de-sac et au niveau de la caroncule où la muqueuse est lâche, l'abondance de ces granulations figure parfois des végétations polypiformes; au niveau du tarse, au contraire, le derme adhérent et immobile de la muqueuse les aplatit de façon qu'elles n'apparaissent

plus que comme des taches grisâtres. A ces granulations peut se surajouter un état catarrhal aigu (ophtalmie égyptienne) qui rend l'affection comparable à l'ophtalmie purulente; en dehors de ces poussées, le trachome vrai offre peu de réaction, occasionne peu de gêne et passe même parfois inaperçu. Ordinairement, cependant, il existe un peu de larmolement, une légère photophobie et les paupières sont agglutinées le matin.

Plus que la forme papillaire, le trachome folliculaire s'accompagne de lésions du côté de la cornée; ces lésions consistent dans la formation d'un lacis vasculaire plus ou moins serré venant de la conjonctive et envahissant l'épithélium de la cornée (*pannus*) et ultérieurement d'ulcérations de la substance propre de cette membrane. Ces complications sont d'ailleurs peu communes chez les enfants, à cause peut-être du peu d'ancienneté des granulations; elles donnent lieu, comme phénomènes réactionnels, à un redoublement de photophobie et à du blépharospasme.

Le processus trachomateux aboutit à la formation d'un tissu cicatriciel qui se substitue à la muqueuse conjonctivale. Celle-ci, qui a perdu complètement de son intégrité, se présente alors sous l'aspect d'une membrane blanche, adhérente au tarse. La rétraction cicatricielle entraîne enfin le recroquevillement en dedans du tarse et l'inversion du bord ciliaire vers la cornée (*entropion granuleux*); d'autres fois la maladie se termine par la formation de brides cicatricielles qui obturent les culs-de-sac et limitent, avec les mouvements des paupières, la lubrification du globe (*symblépharon, xérosis*). Ces conséquences ultimes des granulations ne se voient chez les enfants que rarement et tardivement, à cause de la durée nécessaire de l'évolution de la maladie pour qu'elles puissent arriver à ce degré.

Traitement. — *Traitement médical.* — Les poussées aiguës de la forme papillaire ou granuleuse, dont les symptômes se confondent alors, seront traitées de la même manière que l'ophtalmie purulente, par des lavages thébaisés et des cautérisations au nitrate d'argent proportionnées à l'intensité des phénomènes du catarrhe. Souvent la forme papillaire s'accompagne d'une sécrétion purulente extrêmement abondante; on se trouvera bien alors d'irrigations quotidiennes avec la solution de nitrate d'argent à 1/1000 (formule de Burchardt), pratiquées avec un appareil laveur. L'état chronique, de la forme papillaire aussi bien que granuleuse, sera traité par des cautérisations pratiquées avec le cristal de sulfate de cuivre. Ces cautérisations, d'abord quotidiennes, seront ensuite espacées au fur et à mesure de la modification de la muqueuse. On pourra y substituer l'application du glycérolé de cuivre : glycérine 8, sulfate de cuivre 1. Dans certaines formes légères de trachome papillaire on se contentera du cristal d'alun, moins douloureux en application.

Enfin les complications cornéennes, le pannus, seront traitées par l'instillation d'un collyre à l'atropine et l'application quotidienne d'une pommade au précipité jaune : vaseline 10, oxyde jaune de mercure 0,10 centig. Dans le pannus invétéré on emploie avec succès la méthode substitutive directe, au moyen d'application de la macération de Jéquirity, ou d'instillations réglées de Jéquiritol.

Traitement chirurgical. — Le traitement chirurgical du trachome est indiqué dans la forme granuleuse seulement, et seulement aussi pendant l'état chronique, dans le but de se débarrasser rapidement des granulations qui se présentent en saillie dans le fond des culs-de-sac. Beaucoup de procédés opératoires ont été préconisés depuis les temps les plus reculés de la médecine hippocratique où l'on pratiquait déjà le raclage des granulations; nous pensons que chacune des méthodes principales est appelée à rendre des services.

Lorsque les granulations se présentent en rangées isolées au fond des culs-de-sac, l'excision pure et simple de Galezowski est indiquée à la condition qu'il n'y ait qu'une seule rangée de granulations à enlever, ou encore l'expression pratiquée à l'aide de la pince à rouleaux de Knapp. Lorsque la muqueuse palpébrale tout entière est farcie de granulations, c'est au brossage qu'on s'adressera, au brossage pratiqué avec une brosse dure et précédé de quelques scarifications dans les points les plus infiltrés; les scarifications ne devront pas être multipliées outre mesure pour ne pas dilacérer la muqueuse et détruire trop profondément sa vitalité. A la suite de ces opérations, son pratiquera aussitôt un lavage de la conjonctive avec une solution au 1/2000 de sublimé qui est un topique spécial pour les granulations; enfin, pour finir et pour appuyer le traitement chirurgical, les cautérisations avec le sulfate de cuivre seront entreprises, comme il est dit précédemment, jusqu'à ce que toute trace d'hypertrophie de la conjonctive ait disparu.

CATARRHE PRINTANIER (*Conjonctivite saisonnière*). — Cette affection est mal dénommée, car elle n'offre qu'accidentellement le caractère catarrhal. Arlt la considérait comme une variété de conjonctivite lymphatique; Desmarres la décrivait sous le nom d'*hypertrophie perikératique*; et Hirschberg, comme une phlyctène pâle. C'est Sœmisch, toutefois, qui fixa définitivement la caractéristique de cette maladie, en faisant remarquer ses exacerbations périodiques pendant la saison chaude, d'où le nom de catarrhe printanier ou plutôt saisonnier, car les poussées périodiques s'observent aussi bien au mois de juillet qu'au printemps. Nous l'avons placé au chapitre des granulations conjonctivales, parce que cette affection est caractérisée par la présence de nodosités serrées les unes contre les autres, et qu'à plusieurs points de vue cette maladie affecte l'allure de la conjonctivite granuleuse vraie, dans ses poussées aiguës en particulier.

Symptômes. — Cette affection, en réalité assez rare, atteint surtout les sujets de la troisième enfance et de préférence les garçons. Les enfants lymphatiques y sont particulièrement prédisposés. La maladie affecte ordinairement les deux yeux et les récidives se font régulièrement aux mêmes époques pendant 3, 4 ou 6 ans, même parfois pendant plus longtemps encore, sans laisser derrière elles de traces très visibles. Les lésions se localisent en deux points: à la conjonctive du tarse supérieur et au pourtour de la cornée, mais les deux foyers morbides ne coexistent pas d'une façon constante; ce qui manque le plus fréquemment, c'est l'épaississement du limbe. La conjonctive du tarse, du tarse supérieur, est garnie d'excroissances larges et aplaties qui

représentent un pavage grossier et irrégulier; ces excroissances sont très dures, comme cartilagineuses, et leur tissu crie sous l'instrument tranchant. Toute la région malade est recouverte d'une sorte d'enduit blanc bleuâtre opalin. Au limbe, on observe, surtout aux bords interne et externe de la cornée, de petites végétations pâles, d'un jaune un peu bistré ou rosé, qui feraient songer à des phlyctènes si elles avaient une tendance à s'ulcérer et si elles n'étaient si longues dans leur évolution; elles persistent, en effet, pendant des mois avec le même aspect. Ces nodosités hypertrophiques empiètent un peu sur la cornée et parfois font le tour complet de celle-ci en la sertissant comme d'un anneau. Cette affection est peu douloureuse et s'accompagne de peu de réaction, même avec l'existence des lésions précédentes; mais viennent les mois où l'exacerbation annuelle doit se produire, les enfants ressentent aussitôt des picotements, de la gêne, et les yeux deviennent larmoyants et s'injectent. Les lésions fondamentales, l'hypertrophie nouvelle du limbe et les granulations tarsiennes qui s'étaient un peu affaïssées — sans disparaître — pendant l'hiver, reprennent un développement aigu.

Traitement. — On admet en général que cette maladie n'est justiciable d'aucun traitement efficace; on calme les douleurs et les sensations gênantes au moyen de collyres à base d'adrénaline et on attend que l'âge ait amené la disparition des poussées annuelles. Il est certain que toute médication substitutive, même le sulfate de cuivre qui est le topique des granulations du trachome, est contre-indiquée ici.

Nous nous sommes bien trouvé cependant du traitement mécanique, de la destruction directe des produits morbides. A la conjonctive tarsiennne nous attaquons les granulations du catarrhe printanier avec une assez grosse et très tranchante cuillère de Volkmann; ces granulations sont très résistantes et se laissent détacher assez difficilement. Au niveau du limbe on peut agir aussi avec une petite curette tranchante pour abraser le cercle hypertrophique qui sertit la cornée; mais nous préférons limer les excroissances verruqueuses à l'aide d'une pierre ponce taillée finement, et préparée antiseptiquement. En quelques séances on peut détruire l'hypertrophie du limbe, et cette action chirurgicale, ici comme à la paupière, ne laisse pas de cicatrice derrière elle.

Nature du trachome. — Nous n'avons pas parlé des microbes dans notre description du trachome et des granulations conjonctivales; c'est qu'en effet la question est encore à l'étude ou pour mieux dire controversée. Il existe parmi les oculistes deux camps bien tranchés.

Les uns (*dualistes*) considèrent le trachome vrai, caractérisé par des granulations semi-transparentes, comme une maladie essentielle, se développant sous l'influence d'un parasite spécifique (qu'on devra trouver quelque jour, car il n'est pas encore découvert) et n'ayant rien à voir avec la conjonctivite folliculaire et même avec la conjonctivite papillaire qui serait, elle, la forme chronique d'une ophtalmie aiguë. L'ophtalmie purulente des nouveau-nés serait, bien entendu, aussi une affection à part.

Pour les autres (*unitaristes*) le trachome vrai ne serait qu'un stade

consécutif de la conjonctivite papillaire et l'état chronique de l'ophtalmie purulente aiguë blennorragique. Voici comment Arlt, le promoteur de cette opinion, classe les conjonctivites blennorragiques :

Blennorrhée	{	Aiguë	{ Ophtalmie blennorragique (adultes).
			{ Ophtalmie des nouveau-nés.
		Chronique	{ Forme granuleuse (trachome vrai).
			{ Forme papillaire.

Pour défendre leur opinion, les dualistes font remarquer que le caractère principal et primordial du trachome, de l'ophtalmie granuleuse vraie, c'est une tendance à la formation de tissu cicatriciel, de lésions indélébiles du côté des paupières. On reconnaît toujours par les cicatrices du tarse recroquevillé qu'il a existé des granulations. La conjonctivite folliculaire, au contraire, la conjonctivite papillaire même et l'ophtalmie aiguë des nouveau-nés guérissent sans laisser de traces, s'il n'y a pas eu de formation pseudo-membraneuse. Ce caractère tranche la question pour les auteurs qui sont partisans de la théorie dualiste. Ceux qui soutiennent l'opinion contraire ont à leur service des arguments qui ne sont pas moins importants et qui sont plus nombreux. Les oculistes qui ont eu l'occasion d'observer des endémies de trachome, dans des écoles avec internat, ou des épidémies frappant toute une localité, ont toujours constaté l'existence simultanée des différentes formes que nous venons de décrire : la conjonctivite folliculaire, la forme papillaire et le trachome vrai. Nuel et Leplat, dualistes autrefois convaincus, ont étudié ainsi une endémie de trachome en Luxembourg et avouent que leur opinion a été ébranlée.

Goldzieher (*Soc. de Heidelberg*, 1881) a étudié, à l'Institut des aveugles de Budapest, une épidémie qui avait été apportée par un garçon nouvellement entré, lequel avait perdu la vue à la suite d'une blennorragie aiguë. Les pensionnaires gagnèrent son mal, et l'on put observer toutes les formes de la blennorrhée jusqu'au trachome granuleux. Piringer a, par des expériences d'inoculation, obtenu avec la même matière, les deux formes du trachome sur différents individus, une fois même les deux formes sur les deux yeux du même sujet. Sattler, enfin, rapporte le cas d'une femme atteinte de pertes blanches peu abondantes, dont l'enfant fut atteint d'ophtalmie aiguë et qui communiqua, par contagion, à sa mère, un trachome vrai.

Nous-même avons observé un exemple du même genre. Il s'agissait d'un enfant soigné par nous, dans une Maternité de Paris, pour une ophtalmie des nouveau-nés, sans gonocoques. La sage-femme qui le soignait reçut un jour une goutte dans l'œil gauche en lui faisant un lavage, et elle fut prise de ce côté d'une conjonctivite franchement granuleuse, d'un trachome vrai, qui comporta deux mois de période aiguë et qui dura cinq mois.

De son côté, par des recherches anatomo-pathologiques, Mutermilch est arrivé aux mêmes conclusions que les cliniciens unitaristes (*Annales d'oculistique*, janvier 1895). Il établit d'abord que toutes les expériences, faites dans le but de démontrer l'existence d'un micro-organisme spécial spécifique du trachome, sont restées sans résultat, et la même incertitude règne encore aujourd'hui d'après les récents travaux de Morax. On ne trouve dans les

inflammations chroniques de la conjonctive que les mêmes organismes, lesquels d'ailleurs n'ont pas de signification spécifique. Puis, au point de vue de la lésion anatomique, la granulation trachomateuse ne peut se différencier de celle qui caractérise la conjonctivite folliculaire et pas davantage du gonflement du stroma conjonctival qui se voit dans toute conjonctivite chronique. Le trachome est avant tout une inflammation folliculaire commençant par l'hypertrophie des éléments adénoïdes de la conjonctive et aboutissant à leur destruction. Pour Mutermilch, la lésion trachomateuse est le simple résultat de modifications lentes de l'épithélium et du derme sous-muqueux par des inflammations répétées. Toutes sortes de conjonctivites peuvent engendrer le trachome, et lui-même ne peut produire qu'une conjonctivite sans forme spéciale.

La question en est là et bon nombre d'auteurs, n'admettant pas encore l'assimilation du trachome et de la conjonctivite papillaire et surtout folliculaire, reconnaissent encore moins la filiation directe entre l'ophtalmie purulente et le trachome. Il importe toutefois de faire remarquer que l'opinion dualiste est surtout soutenue par ceux qui pratiquent dans des pays où le trachome est peu répandu, et où il affecte des formes peu sérieuses. Les oculistes qui observent dans les contrées où l'ophtalmie granuleuse est fréquente et grave, en Roumanie, dans les provinces bulgares, en Russie, et qui, par là même, doivent avoir une autorité en la matière, sont unitaristes et avec la plus grande conviction. Pour nous, il ne fait pas de doute, et le fait que nous avons observé de la contagion d'une sage-femme par un nouveau-né atteint d'une ophtalmie purulente simple a fortifié notre conviction, que l'ophtalmie purulente, la forme papillaire et la forme granuleuse du trachome sont des termes différents d'une seule et même infection, et les expériences de Piringer, l'observation de Goldzieher, semblent bien prouver que le gonocoque est le microbe pathogène de ces différentes manifestations morbides. Les différences dans la symptomatologie de la conjonctivite tiennent soit au terrain, soit au degré de virulence de l'agent pathogène. Nous nous rallions donc complètement à la classification d'Arlt.

La conjonctivite folliculaire a, avec le trachome et cette même infection gonococcique, des liens plus difficiles à établir, car, si cette affection naît souvent endémiquement dans les pensionnats, il faut reconnaître que sa production peut dépendre aussi bien d'une cause non infectieuse que d'une infection; on sait, en effet, que les instillations répétées de certains collyres peuvent la produire. Il n'est donc guère probable que la conjonctivite folliculaire soit sous la dépendance du gonocoque; ses origines sont multiples, non infectieuses le plus souvent.

Quant au catarrhe printanier, on a nié ses rapports avec le trachome à cause de la coloration opaline spéciale de ses productions tarsales, mais je me rattacherai plutôt à l'opinion qui tend à réunir les deux affections. La physionomie de la conjonctivite granuleuse et du pavage du catarrhe printanier est souvent très comparable et les poussées aiguës rapprochent ces deux affections dans un type très semblable. Chibret (*Revue générale d'ophtalmologie*, 1895) est un partisan de cette assimilation et il a observé chez

des granuleux vrais les mêmes poussées périodiques saisonnières que celles qui composent le type particulier du catarrhe printanier.

VIII. CONJONCTIVITE INFECTIEUSE ANIMALE. — *Streptocoque?* — Abadie et Parinaud ont, en 1889 (*Bull. de la Soc. d'ophtalmologie de Paris*), appelé l'attention sur une variété particulière de conjonctivite, pouvant survenir chez les enfants, mais dans des conditions spéciales, à la condition que les sujets se trouvent au voisinage de boucheries, de magasins de viande, d'étables d'animaux domestiques; ils l'ont dénommée *conjonctivite infectieuse animale*. Un enfant de 5 ans, observé par Parinaud, habitait dans une vieille maison au-dessus d'un magasin de viande; Abadie avait étudié une épidémie d'ophtalmie survenue dans un asile où 80 sur 100 des enfants étaient pris, et où l'origine du contagion lui avait paru se trouver dans une porcherie toute voisine, d'où s'échappaient des odeurs nauséabondes et qui était décimée par une épidémie de rouget.

Symptômes. — La maladie a pour caractère constant d'être monoculaire. Elle occupe presque toujours la paupière supérieure qui est son siège d'élection; le plus souvent il n'y a rien sur la conjonctive bulbaire et les lésions ne gagnent que tardivement la paupière inférieure. L'affection ressemble, au premier abord, à une conjonctivite granuleuse. La conjonctive est le siège de végétations rouges ou jaunâtres, demi-transparentes au début, opaques à un degré plus avancé, qui peuvent atteindre le volume d'une grosse épingle. Certaines, plus petites, sont tout à fait jaunes. La cornée, selon Parinaud, ne paraît avoir aucune tendance à être intéressée. Il y a de la sécrétion muqueuse avec dépôts fibrineux assez denses, mais pas de suppuration proprement dite. Les paupières sont tuméfiées, dures au toucher; la région parotidienne devient assez rapidement le siège d'un empatement inflammatoire qui peut s'étendre jusqu'au cou et au milieu duquel on découvre des ganglions tuméfiés et souvent ramollis. Il y a de la fièvre, avec frissons irréguliers; mais celle-ci reste toujours modérée et ne retentit pas gravement sur l'état général. D'après Parinaud, l'éruption conjonctivale guérit seule au bout de 5 ou 6 mois, ce qui la distingue du trachome vrai; les ganglions disparaissent par résorption ou suppurent, et la présence de cette adénopathie constante constitue un caractère très particulier de cette affection. La cornée reste ordinairement indemne.

Pathogénie et traitement. — L'origine de cette maladie paraît être une infection d'origine animale d'après la concordance des observations qui toutes se rapportent à des sujets vivant dans le voisinage d'animaux vivants ou morts, mais la nature du principe infectieux n'est pas encore nettement déterminée. Deux observateurs, Rohmer et Villeneuve, ayant trouvé du streptocoque en abondance dans les produits de la sécrétion ou dans des lambeaux excisés des granulations conjonctivales, font de cette maladie une conjonctivite à streptocoques. Toutefois H. Coppez, dans son travail (*Des conjonctivites pseudo-membraneuses*, Bruxelles, 1897), représente cette maladie conjonctivale comme une tuberculose conjonctivale diffuse, et le streptocoque constaté ne serait là qu'à titre d'association secondaire. De nouvelles recherches sur ce point sont nécessaires, mais il faut reconnaître

que l'épidémie si forte observée par Abadie parle plutôt en faveur d'une infection streptococcique que d'une dissémination de la tuberculose conjonctivale.

Le traitement se ressent de ces incertitudes des notions pathogéniques: il est mal défini. On emploiera une médication de symptômes et avant tout antiseptique: irrigations, scarifications, applications iodoformées. Le traitement sérothérapique n'a pas encore été essayé en pareil cas.

IX. TUBERCULOSE DE LA CONJONCTIVE. — La tuberculose de la conjonctive est très rare, malgré que l'œil soit un réceptacle ouvert aux microbes, et ce fait tient à ce que l'inoculation du virus tuberculeux ne peut se produire tant que l'épithélium de la muqueuse est resté intact, ainsi que nous l'avons démontré par des expériences déjà anciennes (*Études sur la tuberculose*, de Verneuil, fasc. II). Il faut supposer avec Fuchs qu'un grain de poussière chargé de bacilles pénètre dans le cul-de-sac conjonctival où, par ses angles aigus, il occasionne une lésion de l'épithélium qui s'infecte. Ce qui plaide en faveur de cette hypothèse, c'est que les ulcérations tuberculeuses de la conjonctive siègent ordinairement au fond des culs-de-sac, là où séjournent toujours les corps étrangers. De plus, les tubercules de la conjonctive bulbaire, où les corps étrangers ne s'arrêtent presque jamais, sont tout à fait exceptionnels. J'en ai observé un cas, mais qui s'était produit à la faveur d'une inoculation très particulière, par le fait d'un pansement placé sur un tubercule ulcéré de la joue et recouvrant l'œil en même temps. La portion de la conjonctive bulbaire, située en face l'entre-bâillement des paupières, s'était trouvée en contact continu avec le virus tuberculeux venu de la joue, et l'inoculation avait fini par se faire, grâce à une éraillure probable de la muqueuse.

Symptômes. — La paupière, un peu rouge, est un peu enflée au niveau du cul-de-sac, et, si on la retourne, on voit dans le cul-de-sac une ulcération irrégulière, à fond lardacé, avec des bords déchiquetés surplombants, parfois bourgeonnants en forme de crêtes de coq. Cette ulcération, au lieu de guérir d'elle-même, progresse, mais avec lenteur, en surface et en profondeur, jusqu'à intéresser toute l'épaisseur de la paupière. Le fond de l'ulcère est occupé par une masse caséuse jaunâtre. Lorsqu'on saisit entre les doigts la région palpébrale à laquelle correspond l'ulcération, on constate une induration assez marquée, mais moindre que dans le chancre syphilitique. Les ganglions préauriculaires ou sous-maxillaires se prennent de bonne heure. À la conjonctive bulbaire, la tuberculose se présente sous la forme d'un nodule tuberculeux qui a moins de tendance à s'ulcérer qu'au niveau de la conjonctive des culs-de-sac. Chez l'enfant que j'ai observé, la petite gomme tuberculeuse, sans s'ulcérer, avait gagné en profondeur et dissocié la paroi scléroticale et la choroïde sous-jacente. Il n'y a pas de ganglions engorgés en ce cas. Le diagnostic est assez facile à faire dans les deux circonstances, mais d'ailleurs il devra toujours être vérifié par la recherche du bacille tuberculeux et l'inoculation expérimentale. Cette inoculation permettra de différencier la tuberculose conjonctivale de l'infection morveuse qui se présente avec les mêmes caractères à peu près que la tuber-