

considéraient le filament de pus pendant dans la chambre antérieure comme étant l'hypopyon situé dans la cornée elle-même, parce qu'ils admettaient que le pus fusait entre les lamelles cornéennes. C'était par le peu d'espace réservé au pus enclavé entre les lamelles cornéennes qu'ils s'expliquaient la forme aplatie de l'hypopyon, de même que la convexité de son bord supérieur. C'est à cause de cette forme qu'ils comparaient l'hypopyon avec la lunule de l'ongle et le nommaient l'*unguis* ou *onyx* (ongle). Cette expression devrait donc désigner une collection purulente logée entre les lamelles cornéennes; or cela n'existe pas.



FIG. 72. — *Kératomycose aspergillaire*. Grand. nat. — Une femme de trente-cinq ans avait reçu dans l'œil, quatorze jours auparavant, le fruit d'un marronnier d'Inde. Le foyer d'infection est entouré d'un anneau de démarcation, mais est encore fortement adhérent aux tissus sous-jacents. Trois petites colonies se sont développées presque contre l'anneau de démarcation.

La *kératomycose aspergillaire* (fig. 72) offre déjà extérieurement un aspect qui la distingue de l'ulcère serpiginieux ordinaire. Dans la partie médiane de la cornée, existe une infiltration, qui plus tard se désagrège superficiellement et se distingue par une surface particulièrement sèche et grumeleuse. Autour de cette aire, on voit une ligne de démarcation grise ou jaune, arrondie, qui peu à peu s'approfondit en

gouttière et enfin entraîne l'élimination du morceau de cornée ainsi délimité et nécrosé.

Ce morceau de cornée se détache donc complètement et la perte de substance se cicatrise. Il existe un hypopyon, mais les phénomènes inflammatoires sont minimes et la marche chronique. L'examen du séquestre le montre occupé par le mycélium de l'*Aspergillus fumigatus*. Cette mucédinée est généralement inoculée dans la cornée par le corps vulnérant lui-même.

Une kératite apparentée à l'ulcère serpiginieux consiste en un trouble

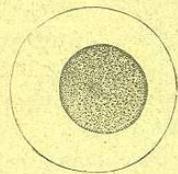


FIG. 73. — *Kératite disciforme*, survenue à la suite d'une érosion cornéenne.

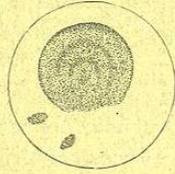


FIG. 74. — *Kératite disciforme* à la suite d'un herpès fébrile de la cornée. Les deux macules du bas de la cornée sont des traces de deux efflorescences herpétiques.

grisâtre, de forme discoïde, situé dans les couches moyennes de la cornée, d'où le nom de *kératite disciforme*. Au milieu du disque, se voit d'ordinaire une petite tache plus trouble (fig. 73). La périphérie du disque est nettement limitée par un bord gris, saturé, formé dans certains cas par plusieurs lignes courbes concentriques (fig. 74). Cette infiltration discoïde ne devient jamais jaune et n'entraîne pas la destruction de la cornée; ce n'est qu'exception-

nellement qu'il se fait, en un endroit bien circonscrit, une petite perte de substance. Les phénomènes inflammatoires sont d'ordinaire modérés; l'hypopyon n'existe pas ou est très minime. L'affection évolue lentement, elle dure un ou plusieurs mois; enfin, l'œil pâlit et l'infiltration est transformée en un trouble permanent de la cornée. Au cours de la maladie, il se développe souvent des vaisseaux isolés, superficiels ou profonds, qui atteignent l'infiltration. La cause de cette affection est, comme pour l'ulcère serpiginieux, une infection exogène, et la petite tache centrale plus grise constitue la porte d'entrée des germes. La lésion épithéliale par laquelle se fait l'infection peut être causée tantôt par une légère blessure, tantôt par un herpès fébrile de la cornée, antérieur; fort souvent la cause reste inconnue. — Schirmer a observé une kératite disciforme, quand la cornée a été inoculée de lymphé vaccinale (kératite post-vaccinale). Elle se montre chez des personnes qui, en donnant des soins à des enfants vaccinés, ont gagné une blépharite vaccinale (§ 107), laquelle a consécutivement infecté la cornée. Ces cas ont également l'aspect de la forme bénigne de l'ulcère serpiginieux dans la variole et sont doublement instructifs. Ils montrent que, sans aucun doute, l'ulcère serpiginieux dans la variole n'est pas produit, comme on le pensait auparavant, par métastase, mais est le résultat d'une infection exogène, venant du bord palpébral vraisemblablement. Ils prouvent, en outre, que la kératite disciforme est proche de l'ulcère serpiginieux, qu'elle en constitue une forme atténuée, dans laquelle l'inflammation ne va pas jusqu'à la suppuration: c'est dû probablement à une virulence moindre des microbes qui ont envahi la cornée. Les auteurs anciens, ayant reconnu la parenté qui existe entre la kératite disciforme et l'ulcère serpiginieux (qu'ils appelaient abcès cornéen), désignaient la première du nom d'abcès sec, c'est-à-dire un abcès qui ne passe pas à la suppuration. La kératite disciforme a une certaine analogie avec la kératite profonde (§ 42), dans laquelle également se développe au milieu de la cornée un trouble profond, gris, non ulcéré. Celui-ci se compose de stries et de taches grises, et se perd peu à peu dans la périphérie cornéenne normale; dans la kératite disciforme, au contraire, le trouble paraît régulièrement gris et se résoud, à la loupe, en petits points très fins, bien limités, blancs, serrés; de plus, la ligne circulaire grise du bord est nettement limitée du côté de la cornée saine. Il ne faut pas non plus confondre la kératite disciforme avec la kératite annulaire (§ 41).

L'*abcès annulaire de la cornée* se produit le plus souvent à la suite de plaies perforantes de la cornée ou d'opérations (particulièrement l'opération de la cataracte). Il se développe, quel que soit l'endroit de la cornée où siège la plaie, un anneau jaune, situé dans les couches moyennes de la cornée, concentrique au limbe et séparé de celui-ci par une zone marginale large de 1 à 2 millimètres, moins trouble. L'anneau lui-même a la même largeur à peu près; l'aire incluse dans cet anneau est de nouveau moins trouble, grise et non jaune. Mais, les jours suivants, la coloration jaune s'étend sur toute la cornée; celle-ci se détruit complètement et il n'est pas rare qu'il se produise une panophtalmite. Il s'agit donc ici d'une infection de la cornée à marche

foudroyante, tellement grave qu'il vaut mieux énucléer, sans tarder, un œil porteur d'un abcès annulaire.

Le traitement des ulcères serpiginieux de la cornée avait en général fait peu de progrès, jusqu'au moment où Sæmisch remplaça la ponction, l'iridectomie, etc. en usage autrefois, par l'incision de l'ulcère. En exécutant cette opération, il faut surtout prendre garde de ne pas blesser le cristallin et d'empêcher l'humeur aqueuse de s'écouler avec trop de violence. L'hypopyon s'évacue spontanément, surtout si le patient serre les paupières, sinon on le saisit dans la plaie au moyen d'une pince, et on l'enlève. Dans l'ulcère serpiginieux, en effet, celui-ci n'est pas fluide mais gluant, s'étirant en fils. — En raison de la diminution de la pression qui suit l'écoulement du contenu de la chambre antérieure, il survient souvent des hémorragies de l'iris, qui, déjà hyperémié avant l'opération, se gorge maintenant d'un nouvel afflux de sang. Il faut croire que c'est là la cause de la douleur intense qui accompagne régulièrement l'échappement du contenu de la chambre antérieure, alors que l'incision est à peine sentie. Après l'incision de l'ulcère, il survient toujours un enclavement de l'iris dans la cornée, enclavement qui se serait produit quand même, si, dans les cas où elle était indiquée, l'opération n'avait pas été pratiquée. — Récemment, on a remis en usage un vieux moyen à peu près oublié, le curettage de l'ulcère à l'aide d'une petite curette tranchante; l'excavation produite de cette façon peut être touchée, au pinceau, avec de la teinture d'iode ou des substances antiseptiques. On a également tenté des injections d'un sérum antipneumococcique préparé par Römer.

La prophylaxie de l'ulcère serpiginieux est possible, en ce sens que l'on doit en temps opportun écarter les sources d'infection, notamment celle que fournit la blennorrhée du sac lacrymal. Si, dans ce cas, il existe quelque petite érosion de la cornée, elle doit être traitée soigneusement au moyen de substances antiseptiques. De même, dans les cas d'ulcère post-varioleux, un traitement prophylactique, institué à temps, préviendrait maint accident malheureux. Ainsi, pendant l'éruption varioleuse, par suite du gonflement considérable des paupières, le patient tient les yeux fermés, et le médecin, de son côté, néglige le plus souvent de les examiner de temps en temps. Lorsque, pendant la période de dessiccation, les paupières se dégonflent et que le malade ouvre de nouveau les yeux, le processus pathologique a déjà opéré des ravages, et il est relativement tard pour instituer un traitement efficace. C'est pourquoi Horner exprime justement l'avis que le médecin qui traite un varioleux ferait bien d'empêcher les paupières de s'agglutiner, en y appliquant une compresse enduite d'une pommade; il devrait, d'ailleurs, examiner journellement les yeux et nettoyer le sac conjonctival avec des solutions antiseptiques. Une stricte surveillance permettra de remarquer les premiers signes de l'affection de la cornée, et c'est dans ce premier stade que se présentent les meilleures conditions pour instituer un traitement. — Dans le temps où la variole était très répandue, elle était la cause la plus fréquente de la cécité, au point que le tiers à peu près de tous les cas de perte de la vue était produit par cette maladie. Depuis que la variole a diminué à la suite de l'introduction de la vaccination, les cas de

cécité ont diminué dans la même proportion. Ainsi, en France, avant l'introduction de la vaccine, 35 p. 100 des aveugles avaient perdu la vue à la suite de la variole; après son introduction, 7 p. 100 seulement (Carron du Villards). En Prusse, avant l'introduction de la vaccination obligatoire, on trouvait que 35 p. 100 de tous les aveugles l'étaient à la suite de la variole, et qu'après cette introduction 2 p. 100 seulement de tous ceux qui avaient perdu la vue devaient cette infirmité à la petite vérole.

3° KÉRATITE PAR LAGOPHTALMIE.

§ 37. — La kératite par lagophtalmie provient d'un défaut d'occlusion des paupières. La conjonctive bulbaire est rouge et, le plus souvent, un peu gonflée dans toute l'étendue de la fente palpébrale, où elle est constamment exposée à l'air. Elle est le siège d'une sécrétion modérée qui se dessèche et qui, en formant une croûte sur la conjonctive, recouvre même

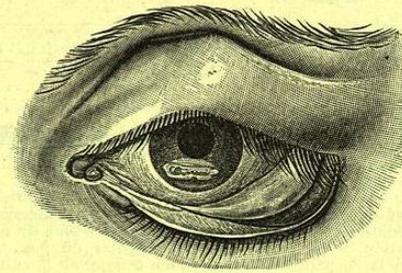


FIG. 75. — Kératite par lagophtalmie. — En suite d'une carie guérie des bords supérieur et inférieur de l'orbite, il s'est produit une lagophtalmie avec ectropion de la paupière inférieure. La peau de la paupière supérieure est, sous le milieu du sourcil, attirée contre le bord orbitaire et fixée à lui par une cicatrice d'un centimètre de long. Par suite de cette traction, le bord libre de la paupière est attiré en haut dans sa partie médiane, mais avant tout la paupière est empêchée de s'abaisser pour fermer l'œil. Une seconde cicatrice existe à l'extrémité externe du bord orbitaire inférieur. Celle-ci est recouverte par le bord de la paupière; cependant, à travers celui-ci, on peut sentir qu'il existe une encoche irrégulière du bord orbitaire, d'ailleurs net et uni. Là, le bord palpébral est fixé à l'os, et toute la paupière tirée en bas et en dehors est renversée, particulièrement dans sa moitié externe, de sorte que la partie de la conjonctive tarsienne exposée à l'air est particulièrement gonflée et rouge, ce que le dessin représente en foncé. Quand l'œil veut se fermer, la paupière inférieure fixée ne peut se lever. Entre les deux paupières, la partie inférieure de la cornée demeure découverte pendant le sommeil. Elle porte un ulcère allongé, avec bord blanc jaunâtre, dont le milieu est plus profond et plus sombre. En haut et en bas se montre, comme un halo, une opacité grise à côté du bord jaune de l'ulcère.

quelquefois la partie de la cornée exposée à l'air. On trouve celle-ci sèche, mate, légèrement déprimée et en même temps opaque ou grise. Plus tard le trouble de transparence devient plus intense, jusqu'à ce qu'enfin survienne la destruction des couches superficielles de la cornée, et par suite un ulcère (fig. 75). En même temps, il existe de l'iritis avec hypopyon. L'ulcère peut se cicatrifier sans perforation, mais en laissant une opacité, ou bien la cornée se perfore, ce qui peut donner lieu à un prolapsus de l'iris, même à une panophtalmite.

diminuée; de même, les autres symptômes irritatifs, comme la photophobie et le spasme palpébral, sont modérés ou manquent totalement. Ce contraste frappant entre la gravité de la maladie de la cornée et la légèreté des phénomènes inflammatoires concomitants, ainsi que la sécheresse de l'œil donnent à l'affection un caractère tout particulier. Cette affection atteint le plus souvent les deux yeux.

Les enfants souffrant de kératomalacie montrent le plus souvent, même avant la manifestation de l'affection oculaire, des troubles de l'état général, qui ne font alors qu'augmenter. Les enfants deviennent visiblement apathiques, gagnent une diarrhée alternant avec de la constipation, maigrissent rapidement, et beaucoup d'entre eux meurent finalement, soit par épuisement, soit par suite d'une bronchite ou d'une pneumonie intercurrente.

Le *pronostic* est mauvais chez les enfants très jeunes; en effet, la plupart perdent non seulement la vue, mais la vie également. Chez les enfants un peu plus âgés, l'affection présente moins de gravité: ils ne meurent pas et ne gardent de l'affection que des cicatrices plus ou moins étendues de la cornée, lesquelles peuvent même parfois s'éclaircir plus tard (Gouvea).

ÉTIOLOGIE. — La kératomalacie est la suite d'une insuffisance de nutrition de la cornée. Il se produit une nécrose de l'épithélium seul, ou également des lamelles cornéennes, qui permet l'introduction de bactéries venues du dehors et produit la suppuration. La diminution de la nutrition de la cornée n'est qu'un phénomène particulier d'une maladie générale grave. La nature intime de celle-ci ne nous est, il est vrai, pas encore connue jusqu'ici; cependant des circonstances diverses ne laissent aucun doute à cet égard. Ainsi, l'héméralopie n'est pas autre chose que l'expression d'une diminution de production du pourpre visuel par la choroïde, en raison de la faiblesse de nutrition (§ 105). Ce qui prouve encore qu'il s'agit d'une affection générale grave, c'est la perte rapide des forces que l'on remarque, et qui arrive souvent d'une manière tout à fait inexplicable dans les cas où les enfants, au début de la maladie, avaient conservé toutes les apparences de la santé.

La kératomalacie est généralement la conséquence d'influences débilitantes, qui atteignent les enfants et qui gênent leur nutrition. A ces influences appartiennent: une nourriture insuffisante ou impropre (l'alimentation au biberon), des maladies graves, comme la scarlatine, la rougeole, le typhus, etc., et surtout la syphilis héréditaire. En Russie, cette affection est beaucoup plus fréquente que chez nous. Là, elle atteint surtout les enfants à la mamelle, pendant et après le grand jeûne, car, pendant cette période, les mères, par suite de l'abstinence, perdent leur

lait. On l'observe souvent aussi au Brésil, chez les enfants mal nourris de esclaves nègres.

Chez les adultes, la kératomalacie ne se rencontre pas; cependant on pourrait considérer l'héméralopie avec xérosis de la conjonctive (l'ulcère marastique de la cornée, p. 187), qui se présente de préférence chez des personnes mal nourries, comme une forme atténuée de la même maladie.

Le *traitement* a surtout pour but de relever les forces de l'enfant par une nourriture appropriée. En même temps, l'on doit chercher à exciter la vitalité du tissu cornéen, spécialement au moyen de compresses d'eau chaude appliquées sur les yeux. Si, par apathie, les petits patients ne ferment pas convenablement les yeux, il faut, par l'application d'un bandeau, préserver les cornées de la dessiccation.

5° KÉRATITE NEUROPARALYTIQUE.

§ 39. **SYMPTÔMES.** — Dans l'inflammation qui survient à la suite d'une paralysie du trijumeau, la cornée devient mate et légèrement trouble. Peu après, l'épithélium commence à s'exfolier, d'abord au milieu, et puis successivement vers la périphérie, jusqu'à ce qu'enfin toute la cornée se trouve dénudée, à l'exception d'une bandelette de 2 à 3 millimètres à la circonférence. Cela donne à la cornée une apparence tout à fait caractéristique, comme on n'en observe de semblable dans aucune autre maladie. Pendant ce temps, l'opacité de la cornée est devenue plus intense. Elle est surtout prononcée au centre, où elle est uniformément grise. Elle diminue peu à peu vers la périphérie et, à l'aide de la loupe, on peut observer qu'elle est constituée de petites taches grises isolées. Plus tard, l'opacité prend une teinte jaunâtre, un hypopyon se forme, et, enfin, la cornée subit au centre la fonte purulente. Il se développe un large ulcère, qui se cicatrise avec enclavement de l'iris et, le plus souvent, avec aplatissement général de la cornée. — Tous les cas n'ont pas une marche aussi grave; la kératite peut rétrograder sans qu'il survienne de la suppuration, mais il reste toujours une opacité considérable et souvent un aplatissement de la cornée.

La marche de la maladie est lente et se distingue par la modération des phénomènes irritatifs qui l'accompagnent. Il existe sans doute toujours une forte injection ciliaire, mais pas de larmoiement, car la sécrétion réflexe de la glande lacrymale est diminuée ou supprimée. Naturellement il n'y a pas de douleur, par suite de la paralysie du trijumeau.

Le *pronostic* est défavorable. En effet, le traitement a très peu d'influence sur la marche de la maladie. Celle-ci finit presque sans excep-