

Parmi les fréquentes variétés des tableaux cliniques que présente la kératite parenchymateuse, les principales sont les suivantes :

Dans la forme qui débute par l'apparition de taches au centre de la cornée, il n'est pas rare que, à une certaine distance de ce centre, les petites taches soient particulièrement nombreuses et y forment ainsi un anneau très opaque qui, dans le cours de la maladie, se contracte de plus en plus vers le centre cornéen (c'est pourquoi Vossius lui a donné le nom spécial de kératite annulaire centrale). Il y a de l'analogie entre cette forme et celle où la partie centrale de la cornée, fortement troublée par la confluence des taches, forme un disque blanc assez nettement limité par des parties cornéennes périphériques plus transparentes. J'ai vu plusieurs cas où, après l'éclaircissement des parties périphériques, cette opacité centrale persistait pour toujours et formait au centre de la cornée une tache dense, blanche, nettement circonscrite, absolument comme si un ulcère profond l'avait précédée. — Quelquefois l'infiltration cornéenne se partage de façon que l'opacité la plus dense occupe la partie inférieure de la cornée, comme si les produits inflammatoires s'étaient déposés sous l'influence de la pesanteur. Alors l'opacité est limitée en haut par une ligne convexe, ou bien elle affecte la forme d'un triangle, dont la base correspond au bord cornéen inférieur, tandis que le sommet est tourné en haut. L'opacité qui en résulte présente la plus grande ressemblance avec les troubles triangulaires qui, après une iridocyclite, restent dans la partie inférieure de la cornée, lorsque pendant longtemps un exsudat a été déposé dans la chambre antérieure sur la paroi postérieure de la cornée. — Dans l'iridocyclite par suite de syphilis acquise, il n'est pas rare que l'on voie apparaître de petites taches isolées et grises dans les couches moyennes et profondes de la cornée. Ces cas ont été décrits sous le nom de kératite ponctuée syphilitique par Mauthner, Hock, Purstcher et d'autres. Cette dernière se distingue de la kératite ponctuée superficielle (p. 212), non seulement par son étiologie, mais encore par le siège profond des taches; pour ce motif, on pourrait l'appeler *kératite ponctuée profonde*.

Les vaisseaux, dans la kératite parenchymateuse, occupent généralement les couches profondes. Cependant, il arrive bien souvent que — notamment au moyen de la loupe — on observe des vaisseaux isolés, qui proviennent visiblement du réseau péricornéen ou d'un gros vaisseau de la conjonctive, et qui, par conséquent, sont situés superficiellement dans la cornée. Tous les vaisseaux se dirigent vers le centre de la cornée, mais ne l'atteignent généralement pas, de manière qu'il y reste une place arrondie, de la grandeur d'un grain de millet ou au delà, qui est privée de vaisseaux. Les parties de la cornée vascularisées paraissent rouges et, si les vaisseaux sont nombreux, ces parties s'élèvent au-dessus du niveau du centre de la cornée, où les vaisseaux manquent. Le centre, dans ce cas déprimé, paraît gris ou gris jaunâtre, à cause de la violence de l'infiltration. Il ne faut donc pas se laisser tromper et prendre le point gris déprimé pour un ulcère, car généralement la kératite parenchymateuse n'entraîne pas la formation d'un ulcère. On ren-

contre pourtant de rares exceptions à cette règle; j'ai même vu deux cas où est survenue une perforation du centre de la cornée.

Souvent, dans la kératite parenchymateuse, on trouve la chambre antérieure plus profonde, ce que l'on ne doit pas attribuer à une ectasie cornéenne, assez rare d'ailleurs. Il s'agit ordinairement plutôt d'un refoulement de l'iris par une accumulation de l'humeur aqueuse sécrétée en plus grande quantité, en partie à cause de l'irritation de l'uvée, en partie à cause d'une modification dans les phénomènes de filtration. — Souvent on ne réussit pas à obtenir par l'atropine une dilatation suffisante de la pupille, bien qu'il n'y ait pas de signes évidents d'iritis. Il semble que dans ces cas l'atropine ne pénètre pas dans la même proportion à travers une cornée enflammée qu'à travers une cornée saine, de façon que le médicament n'arrive pas en quantité suffisante dans l'humeur aqueuse.

La *pression intraoculaire* subit fréquemment des modifications dans la kératite parenchymateuse. Le plus souvent, il y a diminution, de sorte que l'œil paraît plus mou, sans que pour cela l'on doive songer à un commencement d'atrophie du globe. Au contraire, dans des cas rares, on observe une augmentation de la pression intraoculaire, et cela le plus souvent quand la kératite conduit à une ectasie cornéenne. Quelquefois même elle survient plusieurs années après la disparition de l'inflammation. Je l'ai même rencontrée parfois dans des cas où il n'était resté aucune ectasie cornéenne.

Beaucoup de cas de kératite parenchymateuse s'accompagnent de choroïdite. Celle-ci se localise dans le segment antérieur de la choroïde (choroïdite antérieure), qui est couverte de nombreuses taches; dans la plupart des cas, ces taches sont noires. Sans doute compterait-on cette choroïdite au nombre des phénomènes concomitants les plus fréquents de la kératite parenchymateuse, si, pendant l'inflammation, les troubles de la transparence cornéenne n'empêchaient l'examen ophtalmoscopique et, en même temps, la constatation de l'existence de la choroïdite. On ne peut se livrer à cet examen que lorsque, l'inflammation ayant disparu, la cornée redevient transparente. Souvent aussi on réussit à démontrer l'existence de la choroïdite périphérique dans l'autre œil, alors qu'il n'est pas encore envahi par l'inflammation. — Une complication plus tardive et plus rare de la kératite parenchymateuse, c'est la sclérite diffuse du pourtour de la cornée. Cette complication peut donner lieu plus tard à des ectasies de la sclérotique.

La marche typique de la kératite parenchymateuse et la participation des deux yeux à l'inflammation ont fait que, dès longtemps déjà, on lui a attribué une cause constitutionnelle. C'est ainsi que Mackenzie a très bien décrit cette maladie sous le nom de *cornéitis scrophulosa*. Il a, en même temps fait connaître un certain nombre de symptômes concomitants, qu'il considérait comme des signes de la scrofuleuse. A Hutchinson appartient le mérite d'en avoir complété la symptomatologie et d'avoir démontré en même temps qu'elle n'appartient pas à la diathèse scrofuleuse, mais à la *syphilis héréditaire*. Ce n'est qu'à la longue que cette nouvelle opinion fit son chemin. Un grand nombre d'auteurs ne considéraient d'abord cette origine comme vraie

que pour un certain nombre de cas déterminés et admettaient ainsi deux formes de kératite parenchymateuse, qu'ils désignaient sous le nom de kératite scrofuleuse et de kératite syphilitique. Mais, à mesure que l'on étudie plus intimement les symptômes de la syphilis héréditaire, on parvient à mieux se convaincre que, dans l'immense majorité des cas, c'est elle qui est la source de l'affection, sous quelque forme que la kératite parenchymateuse se présente. La kératite parenchymateuse appartient aux phénomènes les plus tardifs de la syphilis héréditaire, de façon que c'est à bon droit qu'on la regarde comme un des symptômes les plus graves et les plus fréquents de la syphilis héréditaire tardive.

Il en est qui prétendent qu'il n'existe pas de syphilis héréditaire tardive, en ce sens que les symptômes de syphilis survenant dans un âge plus avancé ne seraient pas vraiment les premiers; il devrait s'être manifesté déjà, au moment de la naissance ou peu après, des symptômes spécifiques qui auraient été méconnus, ou au sujet desquels le médecin consulté dans la suite n'est pas renseigné. De cette façon la kératite parenchymateuse ne serait jamais le premier symptôme de la syphilis héréditaire. Cette opinion est combattue par des observations indéniables, telles que la suivante : un médecin m'amena son petit garçon âgé de six ans qui, peu auparavant, avait souffert d'une kératite parenchymateuse typique; l'enfant était d'ailleurs bien portant et bien développé. Le père avait gagné la syphilis douze ans plus tôt, soit six ans avant la naissance de l'enfant, et s'était marié quelques années plus tard. Sa femme mit d'abord au monde un enfant mort, puis eut un second enfant qui était mon petit patient. Celui-ci, le père inquiet et préoccupé par sa syphilis l'avait observé dès sa naissance avec le plus grand soin et ne lui avait jamais découvert le moindre signe de syphilis jusqu'au moment où la kératite s'était montrée. Celle-ci doit donc être considérée comme la première manifestation de la syphilis héréditaire.

L'observation suivante peut servir à démontrer comment on parvient, en étudiant tous les symptômes, à poser le diagnostic de la syphilis héréditaire : une petite fille de douze ans, atteinte de kératite parenchymateuse, fut amenée par sa mère à ma clinique. La femme déclare que ni elle ni son mari décédé n'ont jamais été atteints de la syphilis. Elle reconnaît seulement qu'il menait une vie irrégulière. La femme raconte en outre qu'elle a été, pendant son mariage avec son premier mari, en tout dix fois enceinte. Les quatre premières grossesses lui ont donné quatre enfants (dont l'aîné a vingt-deux ans) bien portants. Le cinquième enfant mourut au bout d'une année, la sixième grossesse finit par une fausse couche; le septième enfant, c'est la petite patiente qui vient d'être présentée à ma clinique; le huitième enfant mourut à l'âge de dix-neuf mois; le neuvième vit, mais est malade; enfin le dixième succomba au bout de six semaines. Alors le mari meurt par accident. La femme se remarie et elle a du second lit deux enfants parfaitement bien portants. — La fille de cette femme, amenée à la clinique, était sourde et elle avait, outre la kératite parenchymateuse, la forme caractéristique du crâne des enfants syphilitiques. Les dents avaient la forme décrite par Hutchinson,

et, dans le cou, l'on pouvait sentir de nombreux ganglions lymphatiques indurés. Je fis venir aussi la sœur plus jeune (c'est-à-dire la neuvième enfant). Cette fille, très délicate, quoique n'étant pas complètement sourde, a néanmoins l'ouïe très dure, la forme caractéristique de la face, les ganglions lymphatiques engorgés, et les dents (ce sont encore les dents de lait) sont remarquablement petites et très écartées. Les yeux paraissent extérieurement sains, mais l'ophtalmoscope fait voir, à la périphérie du fond de l'œil, des taches noires sur la choroïde. L'interprétation de l'histoire de cette malade est, sans aucun doute, la suivante : le premier mari a acquis la syphilis après la quatrième (ou la cinquième) grossesse de sa femme. C'est ainsi que les quatre premiers enfants se portent bien, tandis que, des six enfants suivants, deux seulement sont encore en vie, tous les deux malades; tous deux présentent des signes évidents de syphilis héréditaire. Les grossesses du second lit, où le mari était sain, ont encore une fois donné des enfants bien portants.

Il résulte de cette observation que l'examen des frères et sœurs des petits patients pourra servir souvent à éclairer le médecin, puisque l'on trouve, chez eux aussi, des symptômes de la syphilis héréditaire, symptômes qui serviront ainsi à mieux établir le diagnostic. Il n'est même pas rare que deux et même trois frères et sœurs soient atteints de kératite parenchymateuse. Enfin, on peut de cette observation déduire ce fait important, qu'une femme peut, d'un mari syphilitique, donner le jour à des enfants syphilitiques sans gagner elle-même la syphilis; elle est réfractaire à la syphilis de ses propres enfants.

#### 4<sup>e</sup> KÉRATITE PROFONDE (1).

§ 42. — Tout lentement il se développe dans la cornée, et d'ordinaire à son centre, une opacité grise, ayant son siège dans les couches moyennes et profondes, et au niveau de laquelle la surface cornéenne est mate, picotée, mais pas déprimée. Vue à l'œil nu, cette opacité paraît uniformément grise, tandis qu'examinée à la loupe, elle se résout en taches et en points isolés, ou en stries s'entre-croisant. Lorsqu'après un certain temps (après quelques semaines) le trouble cornéen est arrivé à son apogée, il disparaît très lentement, sans passer à l'ulcération. La vascularisation y est très peu marquée ou manque entièrement. Les phénomènes irritatifs concomitants sont tantôt modérés, tantôt assez violents. L'iris ne participe le plus souvent à l'inflammation que par un certain degré d'hyperémie. Cette affection est généralement unilatérale et parfois récidive.

La maladie n'affecte que les adultes; sa durée est de 4 à 8 semaines et

(1) Synonymes : infiltration cornéenne parenchymateuse centrale, kératite parenchymateuse circonscrite.

au delà. Dans les cas légers, la maladie se termine par l'éclaircissement complet de la cornée, tandis que, dans d'autres cas, des troubles diffus persistent pour toujours au centre de cet organe.

Les causes de la kératite profonde restent inconnues dans la grande majorité des cas. Pour certains cas isolés, on a signalé comme causes : 1° le refroidissement. Arlt a désigné ces cas sous le nom de kératite rhumatismale. Ils sont habituellement accompagnés de violents phénomènes inflammatoires, notamment de fortes douleurs et de photophobie ; 2° le zona ophtalmique (p. 210) ; 3° la fièvre intermittente dans sa forme chronique, la cachexie paludéenne (Arlt). Elle a quelquefois pour conséquence une kératite profonde, qui se distingue par l'insignifiance des phénomènes irritatifs, ainsi que par sa marche extraordinairement lente ; 4° à la suite de traumatismes, surtout des contusions, il se développe fréquemment une kératite profonde, qui se caractérise par une marche relativement rapide et un prompt éclaircissement de la cornée.

Le traitement local consiste dans l'application du bandeau ou le port de lunettes fumées, l'usage de l'atropine. Les compresses chaudes, la dionine et les injections sous-conjonctivales de sel marin peuvent hâter la guérison, pour autant qu'elles soient bien supportées. Après la cessation des phénomènes inflammatoires, on recommande des médicaments excitants pour hâter l'éclaircissement de la cornée.

Le traitement général dépend de la cause à laquelle on peut rattacher la kératite.

##### 5° KÉRATITE SCLÉROSANTE.

V. Græfe lui a donné ce nom, parce qu'aux endroits où siège l'infiltration de la cornée persistent des opacités, denses et blanches, ayant souvent l'aspect de la sclérotique. La kératite sclérosante se montre seule ou le plus souvent constitue une complication de la sclérite (voir § 52). Lorsqu'un bouton de sclérite a son siège près du bord cornéen, les parties de la cornée qui lui sont voisines deviennent opaques, et l'opacité siège dans les couches profondes (fig. 98). Elle a une forme à peu près triangulaire, dont la base est assise sur le bord de la cornée et dont le sommet arrondi regarde le centre, en se perdant insensiblement dans la cornée transparente. L'opacité représente donc un secteur de la cornée, dont la base correspond au bouton de la sclérite. Dans certains cas, il se développe également, loin du bord, même au centre de la cornée, des opacités saturées, de forme arrondie ou irrégulière. Les points troubles ont une teinte grise ou gris jaunâtre et gagnent peu à peu en intensité, jusqu'à ce que la

cornée soit devenue tout à fait opaque à l'endroit en question. La surface de la cornée est picotée au niveau de l'opacité, mais n'est pas déprimée. La vascularisation manque ou est peu intense et, dans ce dernier cas, elle se trouve dans les couches profondes de la cornée. Dès que l'opacité a acquis son summum d'intensité, elle entre peu à peu dans la période régressive, sans que jamais il survienne un ulcère. L'éclaircissement se fait, en débutant au bord le moins trouble de l'opacité et au niveau de l'angle opaque dirigé du côté du centre cornéen. La plus grande partie de l'opacité persiste pour toujours et devient finalement blanc bleuâtre, comme la sclérotique voisine dans laquelle elle se perd insensiblement. Il s'ensuit qu'au niveau de l'opacité la sclérotique a l'air d'empiéter sur le domaine de la cornée. Tout comme la sclérite elle-même, cette affection récidive fréquemment, et il peut arriver que, dans des cas graves, la cornée se sclérose peu à peu sur toute son étendue, ne restant transparente que dans quelques petites portions.

L'affection frappe d'habitude des sujets jeunes, particulièrement des jeunes filles, et est souvent bilatérale. Elle a parfois une marche torpide, mais plus souvent elle s'accompagne d'une forte irritation qui accompagne chaque rechute. — Les phénomènes irritatifs sont en partie provoqués par la sclérite et par l'iritis qui la compliquent. L'étiologie est habituellement la même que celle de la sclérite, l'anémie, la chlorose, la scrofuleuse, la tuberculose, l'hérédosyphilis, et, chez les patients plus âgés, la goutte et le rhumatisme. Souvent on n'en découvre pas la cause.

Localement on recourt au même traitement que pour la kératite profonde ; le traitement général est dirigé contre la cause de l'affection, pour autant qu'on la découvre.

##### 6° KÉRATITE PRENANT SON POINT DE DÉPART A LA PAROI POSTÉRIEURE DE LA CORNÉE.

Lorsque la face postérieure de la cornée n'est pas baignée, comme à l'état normal, par l'humeur aqueuse, mais qu'un exsudat ou du tissu vient s'y adosser, la cornée devient trouble ; seulement, pour que cela arrive, le dépôt doit durer depuis longtemps. C'est pourquoi l'on ne voit pas, en général, ce trouble survenir à l'occasion d'un hypopyon ordinaire, qui disparaît trop promptement, tandis qu'on l'observe dans le cas où existe cet exsudat plus solide et de teinte grisâtre, que l'on voit apparaître dans la chambre antérieure, spécialement à l'occasion d'une iridocyclite scrofuleuse ou syphilitique. D'ordinaire des précipités très étendus laissent également après eux, quand ils subsistent longtemps, des taches grises dans

la cornée. Outre ces exsudats, des tissus adossés à la face postérieure de la cornée donnent encore lieu à une pareille kératite. Ainsi, on la voit apparaître quand l'iris est refoulé en avant, quand il existe des kystes de l'iris ou d'autres tumeurs iridiennes qui touchent la cornée, enfin, quand le cristallin est luxé dans la chambre antérieure. L'opacité correspond à l'endroit du contact, d'où il suit que celle dépendant d'un exudat occupe le plus souvent la partie la plus déclive de la cornée. La surface de la cornée est mate à cet endroit, quelquefois légèrement inégale, comme gélatineuse.

L'opacité est de teinte grise et, lorsqu'elle persiste longtemps, elle devient assez intense et parsemée de vaisseaux, qui se trouvent dans les couches profondes de la cornée. L'opacité ne disparaît pas complètement, même quand la cause est éloignée. Il faut, sans doute, attribuer l'apparition de la kératite à ce que le contact de la cornée avec le corps étranger finit par modifier l'endothélium de la membrane de Descemet. C'est lui seul qui, d'après les expériences de Leber, préserve la cornée de l'imbibition par l'humeur aqueuse. Si l'endothélium s'altère, l'humeur aqueuse peut pénétrer dans le tissu de la cornée et la rendre trouble.

Les formes sous lesquelles se présentent les kératites non suppuratives sont très nombreuses. Un certain nombre seulement se laissent ranger sous une forme type, comme il vient d'être fait dans les lignes précédentes. Un grand nombre d'autres, sous des formes quelquefois tout à fait caractéristiques, se présentent trop rarement à l'observation pour qu'on puisse en faire une description typique. Jusqu'ici, chacun de ces cas doit être considéré comme fortuit. Quelques formes, se présentant un peu plus souvent, peuvent être ajoutées à celles que nous avons citées plus haut :

7° *La kératite profonde dans l'iridocyclite.* — Dans toute iridocyclite d'une certaine intensité, la cornée est légèrement mate et pas complètement claire. Cependant, dans un certain nombre d'iridocyclites graves, la cornée participe d'une manière plus apparente encore à l'inflammation. En effet, dans les couches profondes de la cornée, il se présente une infiltration d'une teinte grise qui prend souvent plus tard une couleur jaunâtre. Au niveau de cette infiltration, la cornée se vascularise ultérieurement, et l'infiltration disparaît, mais il persiste toujours une opacité, dans les cas graves, avec aplatissement de toute la cornée. Dans ces cas, la vue est perdue ou à peu près, non seulement par suite des altérations de la cornée, mais surtout par les produits de l'iridocyclite. — Ces cas, au reste rares, ne doivent pas être confondus avec la kératite parenchymateuse avec participation active de l'uvée.

8° *Des infiltrations scrofuleuses profondes* qui, sous forme d'opacités larges et grises, plus tard jaunes, se présentent dans les couches moyennes et profondes de la cornée, à l'occasion de la conjonctivite eczémateuse. Ces infiltrations peuvent se terminer par suppuration ou passer à la résorption, et

alors la cornée redevient transparente, quelquefois d'une manière excessivement rapide (voir, pour plus de détails, *Conjonctivite eczémateuse*, p. 109).

9° *La kératite marginale profonde.* — Cette rare affection atteint le plus souvent les personnes âgées ; elle est le plus fréquemment unilatérale, rarement bilatérale. En même temps que l'œil s'enflamme légèrement, il se manifeste sur le bord de la cornée une opacité grise, plus tard gris jaunâtre ou même jaune de pus, qui touche immédiatement la sclérotique, se glisse sous le limbe et s'étend de 1 ou 2 millimètres sur la cornée transparente (fig. 82). Cette zone trouble, périphérique, embrasse le plus souvent le tiers ou la moitié de la circonférence cornéenne (le plus souvent en haut), rarement la circonférence

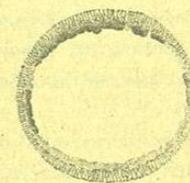


FIG. 82. — Kératite marginale profonde. — Le bord portant de fines stries radiées représente le limbe, auquel sont accolées, en haut, en dehors et en dedans, les infiltrations en forme d'arc, dessinées en gris foncé.

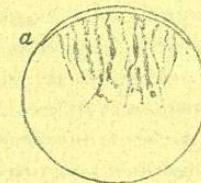


FIG. 85. — Opacité striée de la cornée à la suite d'une extraction de cataracte. — L'incision ab a été faite au bord supérieur de la cornée.

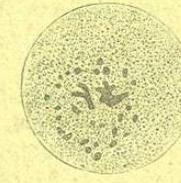
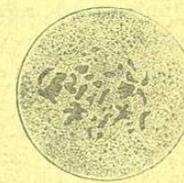


FIG. 83 et 84. — Opacité nodulaire de la cornée.

entière. Au niveau de l'opacité, la surface de la cornée est un peu mate, mais il ne s'y montre aucune perte de substance, jamais même d'érosion épithéliale. Bientôt le limbe s'avance et recouvre de ses vaisseaux le trouble de transparence. En une à deux semaines, les phénomènes inflammatoires disparaissent, tandis que l'infiltration marginale se change en une opacité grise permanente de la cornée. Cette opacité a beaucoup de ressemblance avec l'arc sénile, mais elle s'en distingue cependant, surtout en ce qu'elle n'est pas séparée du bord de la sclérotique par une bandelette transparente, mais se confond avec elle sans limites bien marquées. Cette kératite n'est pas accompagnée d'iritis et n'est pas non plus suivie d'ulcère de la cornée ; deux fois seulement j'ai pu observer un petit ulcère superficiel sur la cornée. En raison de la situation marginale de l'opacité, cette kératite est sans danger pour la vue.

10° *Opacité nodulaire de la cornée* (Grœnouw). — Dans la cornée existent des taches grises, de forme arrondie ou irrégulière. Les plus grosses occupent la zone pupillaire (fig. 83) et confluent parfois en taches plus grandes, de forme irrégulière (fig. 84). Les plus petites siègent à la périphérie de la cornée et sont fréquemment rangées sous forme d'un cercle irrégulier. Les taches sont tout à fait superficielles, et, à leur niveau, la cornée présente des saillies : l'inégalité de la surface cornéenne ainsi produite ne contribue pas peu à l'affaiblissement de la vision. Entre les taches, la cornée est occupée par un voile léger et uniforme. La maladie atteint surtout les hommes, débute d'ordinaire dans la jeunesse et persiste pendant toute la durée de la vie ; de temps en temps apparaissent de légers phénomènes inflammatoires, et les taches augmentent lentement. — Dans l'*opacité en treillis de la cornée* qui s'en rapproche beaucoup, existe, entre les taches, un réseau de fines stries dans la cornée (Haab, Dimmer) ; cette affection se montre fréquemment chez plusieurs membres de la même famille.

11° *Opacité striée de la cornée*. — Quand on explore avec soin à la loupe une cornée enflammée, on y découvre souvent des stries grises. Elles peuvent être courtes et irrégulières et se diriger dans tous les sens, comme c'est d'habitude dans la kératite profonde. D'autres fois, on voit un système de stries parallèles, par exemple dans ces épaisses opacités qui, dans la kératite parenchymateuse, progressent du bord cornéen vers le centre. On rencontre également des stries s'irradiant à partir d'un même point, ayant, par exemple, comme point d'origine un ulcère cornéen. Les altérations anatomiques qui constituent ces stries, ne sont pas toujours les mêmes. Il peut s'agir de cellules ou de liquide qui progressent en ligne droite entre les faisceaux cornéens, écartant ceux-ci comme lorsqu'on pousse une injection dans l'épaisseur des lamelles cornéennes ; alors on remplit un système d'espaces parallèles, compris entre des lamelles successives de la cornée, qui se croisent à angle droit (tubes de Bowmann). Quelques lignes isolées, grises, longues et très minces, paraissent dues à ce qu'un liquide louche a rempli le canal, dans lequel un nerf se dirige, à travers le stroma cornéen, du bord au centre de cette membrane. Mais fort souvent ces stries sont dues non à une exsudation, mais à un plissement. C'est le cas surtout pour l'*opacité striée traumatique*.

On l'observe après des incisions de la cornée, surtout après l'opération de la cataracte. Dans les premières vingt-quatre heures après l'opération, l'on voit survenir, dans la cornée, des stries grises, qui, partant de la plaie, s'étendent quelquefois jusqu'au bord opposé de la cornée et sont toujours perpendiculaires à la direction de l'incision (fig. 85). Ces stries sont surtout visibles dans les cas où, par exemple, l'expulsion du cristallin a été difficile et où les lèvres de la plaie ont été quelque peu contuses. Elles disparaissent le plus souvent dans les premiers huit jours ou après plusieurs semaines, quand elles sont très prononcées. Cette kératite ne produit pas de phénomènes irritatifs et n'entrave en rien la cicatrisation. On doit en conclure qu'il ne s'agit pas ici d'une vraie inflammation. En effet, les recherches

anatomiques ont démontré que, dans ce cas, toute infiltration cellulaire fait défaut et qu'au contraire il n'existe qu'une simple dilatation des espaces lymphatiques cornéens remplis de sérosité (Becker, Laqueur, Recklinghausen). Ces opacités striées doivent être rapportées à un plissement de la membrane de Descemet, qui, par suite de l'incision cornéenne, est distendue dans un sens et pas dans l'autre (voir fig. 102). Mais certaines de ces opacités striées qui apparaissent dans une kératite vraie, par exemple les stries radiées que l'on voit souvent rayonner dans la partie opaque de la cornée dans l'ulcère serpiginieux, peuvent provenir de semblables plissements (Hess, Schirmer).

De semblables stries troubles de la cornée s'observent aussi quelquefois dans certains cas de décollement de la rétine, traités par le bandeau compressif. Tout à coup l'œil se ramollit, la chambre antérieure s'approfondit d'une manière surprenante et, dans la cornée, l'on voit apparaître des stries fines de teinte grise, qui s'entre-croisent souvent dans diverses directions, de façon à donner à l'opacité l'apparence du papier de soie chiffonné. Il est hors de doute que des plissements de la cornée jouent un rôle dans ce cas (Deutschmann, Nuel).

## II. — BLESSURES DE LA CORNÉE.

§ 43. 1° *CORPS ÉTRANGERS DANS LA CORNÉE*. — L'introduction de petits corps étrangers dans les couches les plus superficielles de la cornée doit être comptée parmi les accidents les plus fréquents. Il va de soi que c'est la partie de la cornée visible dans la fente palpébrale qui reçoit le plus souvent les corps étrangers, de même que toutes les autres blessures. Ceux qu'on observe le plus souvent dans la cornée sont des paillettes de fer, notamment chez certains ouvriers, tels que serruriers, forgerons, tourneurs en fer, etc. Ces particules n'ont pas l'apparence du fer métallique, mais paraissent d'un brun foncé ou noir. Les particules de fer, notamment celles qui se détachent, par exemple, sous l'effort du marteau, s'échauffent et sautent sous forme d'étincelles. De plus, ces particules s'oxydent et deviennent de l'oxyde ferroso-ferrique, et c'est sous cette forme qu'on les trouve dans la cornée. Dans le cas où la paillette de fer reste fixée dans la cornée, elle s'entoure promptement d'un anneau brun, parce que les parties immédiatement limitrophes de la cornée s'imbibent de cet hydroxyde et prennent ainsi une teinte brunâtre. On rencontre encore souvent dans la cornée des fragments de charbon, par exemple chez les chauffeurs, ou après un voyage en chemin de fer, ou des fragments de pierre chez les tailleurs de pierre, les casseurs de pierre, etc.

Les corps étrangers introduits dans la cornée doivent être enlevés le plus tôt possible. S'ils sont situés superficiellement, on réussit facilement