

CHAPITRE III  
MALADIES DE LA CORNÉE

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA CORNÉE

Produites par des instruments piquants, tranchants, contondants, par des corps étrangers, par des substances chimiques, par des agents comburants, les lésions traumatiques de la cornée sont les plus fréquentes, parmi les blessures de l'œil; elles intéressent une partie ou toute l'épaisseur de cette membrane, ouvrent la chambre antérieure, et, dans ce dernier cas, se compliquent ou non de lésions des parties plus profondes du globe oculaire (iris, cristallin, corps vitré, rétine et choroïde).

Les piquures, les érosions et les sections linéaires peu étendues, faites avec des instruments ou corps piquants, tranchants, très propres et de petit volume (aiguilles, alènes, débris de vitres, pointe de ciseaux ou de canif, etc.) guérissent très rapidement, et, souvent, sans laisser de traces appréciables à l'œil nu. Leurs conséquences sont donc pour ainsi dire négligeables. Les excoriations superficielles s'accompagnent souvent de symptômes réactionnels marqués [larmolement, photophobie et accès douloureux périodiques (*kératalgie*)].

Une plaie profonde, irrégulière, à lambeau, même non suppurante, guérit lentement et en laissant après elle un leu-

come. Les plaies *contuses*, déchiquetées, telles qu'en produisent les éclats de pierre, sont des lésions graves; elles ont la plus grande tendance à suppurer, pour peu que l'asepticité de l'agent vulnérant et l'état des voies lacrymales et du bord ciliaire laissent à désirer. Les *plaies pénétrantes* se compliquent habituellement de l'accolement de l'iris à la face postérieure de la cornée (synéchie antérieure), du prolapsus et de l'enclavement d'une partie de ce diaphragme; lésions qui ont, parfois, des suites graves (leucome adhérent, glaucome secondaire, irido-choroïdite suivie d'atrophie du globe, etc.); aussi, le chirurgien devra-t-il être très réservé dans son pronostic. La cornée, grâce à son élasticité, échappe assez facilement aux *ruptures*; une contusion modérée détermine souvent une dilatation paralytique de la pupille, parfois longtemps rebelle à l'action des myotiques et de l'électricité.

D'observation journalière dans nos pays industriels, les *corps étrangers* de la cornée constituent la lésion la plus commune de cette membrane. Ils varient avec la profession du blessé (couteaux métalliques, éclats de pierre et de charbon, grains de poudre, etc.). Ces corps étrangers réagissent différemment suivant leur composition chimique, leur forme, leur siège, leur température. On peut observer des accidents infectieux s'ils sont septiques et si le blessé est atteint de blépharite, de larmolement. Le début brusque des accidents (douleur vive, hypersécrétion des larmes, spasme des paupières, injection du globe) avertit le sujet qu'il a reçu un corps étranger. Le diagnostic est, d'ailleurs, très facile en général, mais il n'en est plus de même s'il s'agit d'une particule ténue, située en face de la pupille ou au-devant d'un iris foncé. Il faut alors examiner la cornée sous diverses incidences. On se sert aussi avantageusement, pour cette exploration, d'une loupe et de l'éclairage oblique.

La cornée peut être atteinte isolément par des corps solides en ignition, tandis que les caustiques liquides ou gazeux étendent leur action à la conjonctive et aux paupières. Suivant la nature du corps comburant, les lésions varient depuis

BIBLIOTECA  
FAC. DE MED. UNIV. DE VALENCIA  
MAGL. P. AD P. V. DICINA  
BIBLIOTECA  
FAC. DE MED. UNIV. DE VALENCIA

la simple desquamation épithéliale jusqu'à l'ulcération et la nécrose plus ou moins étendue de cette membrane. Une opacification diaphane, d'un gris pâle, dans le premier cas, fait place à une teinte blanchâtre dans les cas de nécrose absolue. Les accidents inflammatoires sont proportionnés au degré de la brûlure. Je signalerai, comme particulièrement graves, les brûlures par les caustiques chimiques (vitriol, chaux, etc.), les métaux dont le point de fusion est très élevé (fer, acier, etc.), les gaz enflammés.

La guérison des piqûres et des érosions *aseptiques* de la cornée s'obtient d'elle-même sous un simple bandeau protecteur.

La plaie est-elle infectée? Il faut la cautériser au galvano-cautère ou en pratiquer le curettage suivi de l'application d'un pansement occlusif et antiseptique à la pommade iodoformée ou aristolée. Le bandeau doit être maintenu jusqu'à régénération complète de l'épithélium.

Les douleurs exacerbantes de la *hératalgie* seront combattues par les calmants classiques; mais, souvent, la guérison n'est obtenue qu'après des cautérisations répétées du point lésé, au nitrate d'argent ou au galvano-cautère.

Le traitement des *plaies* de la cornée a pour but d'obtenir une réunion immédiate par une coaptation aussi exacte que possible des lèvres de la solution de continuité et par l'emploi rigoureux de l'antisepsie.

On désinfectera, tout d'abord, le globe oculaire au moyen d'irrigations répétées, et on appliquera un pansement occlusif, après instillation d'un collyre à l'atropine ou à l'ésérine, suivant que la plaie est centrale ou périphérique, afin d'éviter le contact de l'iris. Si celui-ci est fortement hernié, on en pratiquera la résection avec

la pince-ciseaux (fig. 25), de même qu'on suturera les plaies larges et qu'on excisera les lambeaux qui ne

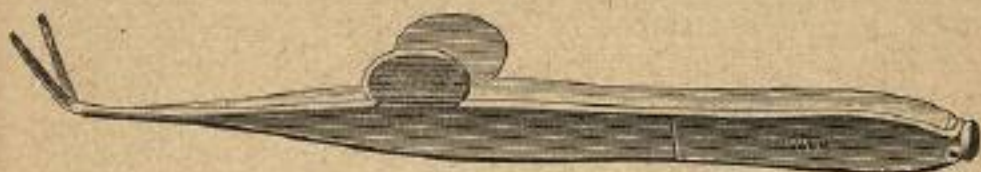


FIG. 25. — Pince-ciseaux.

tiennent plus que par un étroit pédicule. Mais, en cas de hernie récente et peu volumineuse, il convient tout d'abord d'en tenter la réduction. Que faut-il faire quand la hernie tend à se reproduire, ou bien lorsqu'il existe déjà des adhérences entre l'iris en prolapsus et la plaie? Ici, les avis diffèrent: les uns excisent; les autres recommandent de s'en tenir à la compression et aux cautérisations répétées; j'avoue que je suis partisan de cette dernière manière de faire et que je m'en suis toujours bien trouvé.

Dès que la plaie commence à s'infecter, on a recours au fer rouge et aux injections sous-conjonctivales de sublimé ou d'oxycyanure d'hydrargyre à 1/2.000. Enfin, si la suppuration gagne la chambre antérieure et les parties plus profondes, le seul moyen de calmer les souffrances très vives du blessé consiste dans le débridement du globe oculaire, suivant un de ses diamètres, ou dans l'ablation, aux ciseaux, de tout l'hémisphère antérieur.

Les *contusions* simples réclament l'emploi des antiphlogistiques (sangsues à la tempe et compresses froides sur le globe). Inutile de dire que celles-ci seront remplacées par des applications chaudes en cas de menace de sphacèle de la cornée ou d'inflammation de l'iris.

BIBLIOTECA  
 DE  
 CLINICA  
 E  
 CHIRURGIA  
 Oculistica  
 1910

Quant aux *ruptures béantes*, on en tentera la réunion au moyen de fines sutures; mais la guérison ne sera obtenue qu'au prix d'une perte notable de la vision, dans la plupart des cas.

Une fois le *corps étranger* reconnu, il faut l'enlever de suite, et l'enlever complètement. Cette petite opération est beaucoup simplifiée depuis la découverte de la cocaïne; l'instillation de quelques gouttes d'une solution que l'on prépare sur-le-champ, en supprimant la douleur, supprime le plus souvent le spasme des paupières. On est, néanmoins, quelquefois obligé de recourir au chloroforme, lorsqu'on a affaire à des enfants indociles.

Soulevant la paupière supérieure avec l'index et abaissant l'autre paupière avec le pouce de la main droite, on immobilise en même temps, par une douce pression, le globe oculaire dans la situation qui mettra le corps étranger le mieux en évidence. Cela fait, si le corps est saillant, on l'enlève avec des pinces à mors conique (pinces de SICHEL).

Si l'on a affaire à des parcelles métalliques magnétiques, on peut essayer du bâton aimanté de COLLIN ou de l'électro-aimant (*fig. 26*); mais on n'a pas de résultats pour les corps fortement enclavés dans les tissus.

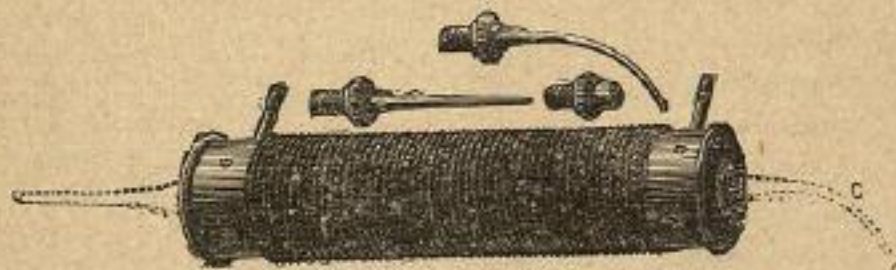


FIG. 26. — Electro-aimant de HIRSCHBERG.

Un simple raclage de la surface de la membrane, au

moyen de l'aiguille spéciale à corps étrangers, suffira à les déloger, lorsqu'ils sont superficiels, tandis que, s'ils sont profondément implantés, il faudra pénétrer avec l'aiguille en arrière d'eux; par un mouvement de bascule, on parviendra à les dégager.

Si le corps étranger est tombé dans la chambre antérieure, à la suite de tentatives d'extraction, il convient d'aller à sa recherche; on fait une ponction au niveau du limbe scléro-cornéen; le corps étranger est alors entraîné par l'humeur aqueuse; sinon, on le saisit avec une pince appropriée.

Est-il nécessaire, en même temps que l'on extrait le corps étranger (particule de fer), d'enlever aussi les parties de la cornée imprégnées d'oxyde ferroso-ferrique ou brûlées par des paillettes métalliques incandescentes? Certains auteurs le conseillent et se servent pour cela d'une curette. J'ai essayé les deux manières de faire et n'ai point vu la guérison survenir plus rapidement d'une façon que de l'autre.

Dans les cas simples, l'application, pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, de compresses imbibées d'eau boriquée suffit; si le traumatisme est plus sérieux, je prescris un collyre au sulfate neutre d'atropine et le pansement compressif et antiseptique.

Lorsque le corps étranger a été abandonné à lui-même, il devient le point de départ de lésions irritatives et s'entoure d'une auréole d'un gris jaunâtre; du pus se forme, et le corps étranger finit par être éliminé.

La thérapeutique des *brûtures* de la cornée est à peu près la même que celle des lésions analogues de la conjonctive. Il faut tout d'abord extraire, avec l'aiguille à corps étrangers ou la curette, ce qui peut rester d'un caustique chimique solide, et recourir à de grands lavages du globe avec une solution alcaline ou acide,

BIBLIOTECA  
 FAC. DE MED. VITAL  
 HOSPITAL DE OCU  
 MEDICINA  
 BIBLIOTECA

selon les cas, afin de neutraliser et de diluer les corrosifs liquides. Puis, on combattra la réaction inflammatoire par l'emploi, en permanence, de compresses imbibées de liquides antiseptiques refroidis par la glace; en même temps, on introduira entre les paupières, afin d'éviter tout contact prolongé de la cornée et de la conjonctive, de la pommade iodoformée.

Une application de sangsues à la tempe sera utile, lorsqu'en même temps qu'une forte injection périkeratique existent de violentes douleurs.

L'anesthésie de la cornée est la règle dans les brûlures graves; les ulcérations sont lentes à se réparer et ont une tendance à se reproduire, sous l'influence d'irritations venues de l'extérieur; d'où la nécessité, dans quelques cas, de suturer partiellement les paupières et de les maintenir réunies pendant quelque temps.

La perforation est-elle imminente? Il faut pratiquer la compression de l'œil au moyen d'un pansement approprié.

Enfin, la partie délicate et difficile du traitement consiste à empêcher la formation d'adhérences entre la cornée et la conjonctive palpébrale, lorsque celle-ci a été simultanément atteinte. On réussira parfois à s'opposer à cette réunion anormale en déterminant un ectropion passager au moyen d'un pansement avec des bandelettes de diachylon. Dans d'autres cas, on interpose entre les parties brûlées, pendant la période de cicatrisation, une coque mince de verre transparent ou la membrane aseptisée de l'œuf de poule.

## KÉRATITES

## GÉNÉRALITÉS ET DIVISION

La cornée, par la transparence et la forme caractéristique de ses éléments anatomiques, était tout indiquée pour l'étude de l'inflammation en général, au point de vue de l'analyse des phénomènes histologiques; aussi, l'anatomie pathologique des kératites est-elle des mieux établies et des mieux connues.

L'inflammation de la cornée débute par l'infiltration cellulo-leucocytaire de son parenchyme. Si l'exsudat n'amène pas la destruction des lamelles cornéennes, la guérison se fait intégralement par résorption des éléments infiltrés sans perte de transparence, à moins que, sans avoir été détruit, le tissu cornéen n'ait subi une certaine dégénérescence et une modification de structure qui ne permettent plus le retour à l'état normal. C'est la *kératite non suppurée*.

Dans la *kératite suppurée*, au contraire, les germes infectants provoquent la suppuration; dès lors, la perte de substance ne peut se réparer que par du tissu conjonctif de nouvelle formation; de là une opacité permanente (*tissu cicatriciel*).

Au point de vue étiologique, la kératite est primitive ou secondaire. La première débute dans la cornée même, à la suite d'un traumatisme, par exemple; la

BIBLIOTECA  
FARMACIA  
MILANO  
BIBLIOTECA  
FARMACIA  
MILANO

seconde est consécutive à une affection du voisinage, à une conjonctivite.

Parfois, l'inflammation de la cornée résulte d'une infection interne; mais, le plus souvent, elle est produite par une infection externe.

La cornée est protégée contre celle-ci par un épithélium résistant et par la présence, à sa surface, des larmes et de la sécrétion conjonctivale. Une fois cet épithélium entamé en un point, la porte est ouverte: 1° aux microbes pyogènes ordinaires provenant du voisinage (voies lacrymales, fosses nasales, bord libre des paupières, muqueuse conjonctivale, face, etc.); 2° à ceux apportés par les poussières et les corps étrangers. D'autres fois, il s'agit de microbes spécifiques (conjonctivite blennorrhéique, diphtéritique, etc.).

En dehors de la perte de transparence, de l'inégalité de la surface de la cornée, l'inflammation de cette membrane présente les principaux symptômes réactionnels suivants:

A. *Symptômes objectifs*. — 1° Injection des vaisseaux ciliaires ou *injection périkeratique*, à laquelle se surajoute souvent la vascularisation de la conjonctive, lorsque la phlegmasie est intense;

2° Exsudat leucocytaire et fibrineux de la chambre antérieure, masse jaunâtre qui se déplace par l'inclinaison de la tête (*hypopion*), et qui est constituée en partie par le pus de la cornée et par des éléments fournis par l'iris et les procès ciliaires irrités par les toxines microbiennes.

B. *Symptômes subjectifs*. — Douleurs, photophobie, larmoiement, spasmes des paupières et troubles de la vision.

Enfin, l'infection, gagnant de proche en proche, peut envahir successivement l'iris, le corps ciliaire, le corps

vitré et aboutir à la perte de l'œil par panophtalmie.

Une classification microbienne ou pathogénique ne pouvant encore être tentée, à l'heure actuelle, nous préférons, nous plaçant au point de vue anatomo-clinique, diviser les kératites en superficielles et profondes, suppurées et non suppurées, bien que cette classification ait l'inconvénient de réunir dans le même groupe des formes disparates.

Ayant déjà consacré une étude à la kératite phlycténulaire et à la kératite vasculaire d'origine granuleuse, il me reste à décrire les principales variétés suivantes:

A. **Kératites suppuratives:**

- 1° Abscess de la cornée;
- 2° Ulcères de la cornée;
- 3° Kératomalacie;
- 4° Kératite neuro-paralytique et par lagophtalmie;

B. **Kératites non suppuratives:**

- 1° Kératite herpétique et zona ophtalmique;
- 2° Kératite interstitielle ou parenchymateuse.

БИБЛИОТЕКА  
 ПАЦИЕНТОВ  
 АКАДЕМИИ  
 МЕДИЦИНСКИХ  
 НАУК  
 СССР  
 МОСКВА