

A. — KÉRATITES SUPPURATIVES

1° ABCÈS ET ULCÈRES DE LA CORNÉE

L'abcès ou foyer purulent situé entre les lames de la cornée résulte d'une inflammation suppurative provoquée par l'infection microbienne de cette membrane, le plus souvent à la suite d'une lésion suppurative de voisinage (blépharo-conjonctivite et dacryocystite chroniques, rhinites, pustule variolique, etc.). Le traumatisme, en érodant l'épithélium cornéen, ouvre la porte à l'inoculation, et il est parfois lui-même l'agent direct de l'infection (corps étrangers septiques). L'abcès traumatique est commun chez les ouvriers à professions malpropres. L'âge avancé, les fortes chaleurs de l'été favorisent le développement des organismes infectieux. Les signes caractéristiques de l'abcès sont : la présence d'un *disque jaunâtre*, plus opaque à la périphérie qu'au centre, entouré d'un halo fin et de stries rayonnées grisâtres ; l'*hypopion* et l'*iritis* accompagnés de symptômes irritatifs violents (œdème palpébral, injection périkeratique, douleurs, photophobie, insomnie, inappétence, etc.). L'abcès gagne de proche en proche, en profondeur, et se transforme en ulcère.

Les ulcères sont consécutifs à la kératite primitive, ou bien ils se développent au cours d'inflammations diverses de la conjonctive. Dans la première catégorie rentrent l'ulcère traumatique, l'ulcère consécutif à l'abcès de la cornée, à la kératite phlycténulaire ou herpétique. Les seconds compliquent les conjonctivites purulente, diphtéritique et granuleuse. Comme dans la production de l'abcès, il y a, en somme, infection du tissu cornéen privé de son épithélium. Au début, la perte de substance qui constitue l'ulcère a des bords, un fond plus ou moins infiltrés et une tendance à la progression. Puis, dans les cas favorables, l'ulcère se déterge

et se comble par du tissu cicatriciel (*leucome*); tandis que, s'il y a infection intense (pneumocoque) et mauvais état général, l'ulcère s'agrandit et se creuse par fonte purulente de nouvelles portions de tissu cornéen. Bientôt, la membrane de DESCEMET fait hernie (*kératocèle*, fig. 27), et la perforation peut se produire, d'un moment à l'autre, par une pression accidentelle. Selon la dimension de l'ouverture, l'iris s'engage partiellement ou en totalité,



Fig. 27. — Kératocèle (Duplay et Reclus).

d'où leucome adhérent (fig. 28) ou staphylome total (fig. 29).

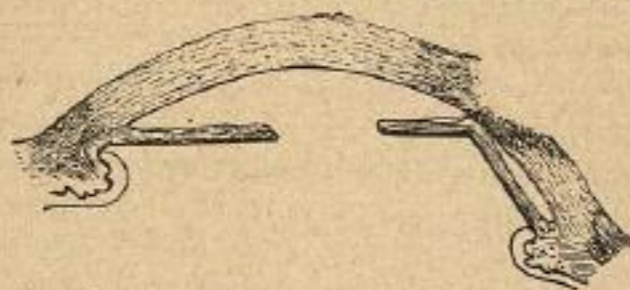


Fig. 28. — Adhérence de l'iris (Duplay et Reclus).

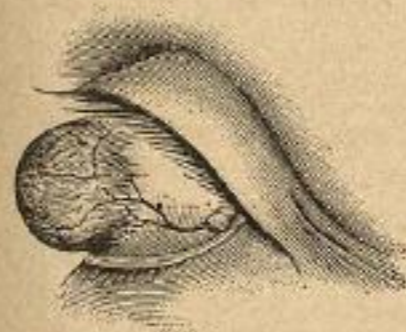


Fig. 29. — Staphylome total (Duplay et Reclus).

Le pronostic est presque toujours grave ; car, même

Selon qu'il y a iritis et hypopion, intensité ou absence de symptômes irritatifs, l'ulcère est dit ulcère à hypopion, sténique ou torpide. Enfin, le cristallin, dans certains cas, se luxe ou est expulsé ; des hémorragies intra-oculaires se produisent ; parfois, l'infection, continuant à évoluer, aboutit à la *panophthalmité*.

BIBLIOTECA  
 FAC. DE MED. UFMG  
 ACC. AD P. V. DICINA  
 B. 11075

dans les cas favorables, il reste une opacité cicatricielle qui porte atteinte à la vision.

Le traitement des abcès et ulcères de la cornée est prophylactique, médical et chirurgical.

**A. Prophylaxie.** — Il est possible, jusqu'à un certain point, d'empêcher la formation de certains abcès et ulcères de la cornée, en écartant les causes d'infection.

L'observation, rigoureuse de l'hygiène industrielle, l'usage de lunettes protectrices, en mica ou en toile métallique très fine, mettent l'ouvrier à l'abri d'un grand nombre de blessures infectantes de l'œil. Malheureusement, il faut bien le reconnaître, on se heurte encore, trop souvent, à un mauvais vouloir inexplicable, quand il s'agit de faire exécuter le règlement le plus utile.

J'appelle tout particulièrement l'attention du praticien sur les dangers de l'éruption variolique ou même des éruptions impétigineuses de la face, qui, en raison du gonflement considérable des paupières dont elles s'accompagnent, empêchent de se rendre facilement compte de l'état de la cornée. Faut-il l'avouer? le médecin néglige, parfois, de faire cet examen et laisse le processus opérer ses ravages. Quand, à la période de dessiccation, le gonflement ayant diminué, le malade ouvre les paupières, on a la douloureuse surprise de reconnaître qu'il est trop tard pour formuler un traitement efficace.

Il est donc indispensable d'examiner les yeux chaque jour, de façon à surprendre les premiers symptômes de la kératite; préventivement, on nettoiera le cul-de-sac conjonctival, au moyen d'irrigations antiseptiques, et on onctionnera le bord des paupières avec la pommade iodoformée faible.

S'il y a une dacryocystite phlegmoneuse ou chronique,

on fera le débridement cutané ou le large débridement des voies lacrymales, avec le couteau de STILLING, suivi du cathétérisme et d'injections antiseptiques. Le bord ciliaire, en cas de blépharite ulcéreuse, sera détergé et antiseptisé; la conjonctivite, la rhinite, toute lésion du voisinage, en un mot, seront traitées rigoureusement, surtout s'il existe la moindre érosion de l'épithélium cornéen.

**B. Traitement médical.** — Ce traitement ne convient qu'aux abcès et ulcères récents, de très petites dimensions, avec hypopion peu prononcé.

L'application d'un bandeau occlusif protecteur est indiquée, à moins qu'il n'y ait une abondante hypersécrétion de la conjonctive.

Le bandeau occlusif est inutile chez les enfants qui le supportent difficilement, et il est avantageusement remplacé par le bandeau flottant ou des lunettes vertes, en forme de coquilles et de teinte fumée très faible.

Le pansement occlusif ne doit exercer aucune pression sur le globe oculaire, tout en le mettant à l'abri des irritations diverses. Il consiste dans deux ou trois rondelles de gaze stérilisée, recouvertes d'un tampon de ouate et fixées par une bande de tissu crépé, ou de tarlatane mouillée. La gaze iodoformée ou salolée est plus irritante.

On instillera, 4 ou 5 fois par jour, 2 ou 3 gouttes du collyre suivant, au sulfate neutre d'atropine, de façon à dilater rapidement la pupille, et à maintenir cette dilatation au maximum.

Sulfate neutre d'atropine.....	0 gr. 05
Eau stérilisée.....	10 —

BIBLIOTECA FAC. DE MED. UFMG

L'emploi du collyre au sulfate neutre d'atropine serait immédiatement suspendu, en cas de menace d'accidents glaucomateux.

La lésion continue-t-elle à faire des progrès? On utilise les compresses chaudes, les attouchements à la teinture d'iode ou les onctions de pommade iodoformée, de glycérine phéniquée.

Les compresses chaudes, qui agissent à la façon d'un cataplasme calmant, se font de la manière suivante :

On prend un morceau de gaze aseptique ou de toile très légère; après l'avoir plusieurs fois pliée sur elle-même et de grandeur suffisante pour bien recouvrir les paupières de l'œil malade, on l'imbibe d'eau boriquée chaude, et on l'exprime avant de l'appliquer, 3 fois par jour, pendant une heure environ.

Des gâteaux d'ouate hydrophile remplissent le but aussi bien que la gaze ou la toile.

Les attouchements à la teinture d'iode sont assez douloureux, mais d'une réelle efficacité. On peut, d'ailleurs, les faire précéder de l'instillation de quelques gouttes de la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 12
Eau stérilisée.....	8 —

On se sert d'un petit fragment de bois d'allumette garni d'ouate hydrophile à son extrémité; le coton devra être suffisamment exprimé pour qu'il n'y ait pas excès d'imprégnation du foyer de l'abcès par la teinture.

Dans le cas où l'on choisit de préférence la glycérine phéniquée ou la pommade à l'iodoforme, on introduit, 3 fois par jour, entre les paupières, avant l'application

du pansement protecteur, gros comme un grain de blé de l'une des deux préparations suivantes :

## I

Vaseline.....	10 gr.
Iodoforme porphyrisé.....	1 —

## II

Glycérine.....	10 gr.
Acide phénique.....	0 — 50

Dans les cas douloureux, je me suis bien trouvé de l'insufflation de poudre d'iodoforme, ou mieux d'orthoforme qui est inodore, et dont l'action analgésique est plus prononcée.

Le bleu de méthyle, en solution concentrée, est peu irritant; mais son action antiseptique est très limitée. Par contre, les injections sous-conjonctivales de sublimé ou de cyanure de mercure, à 1/2.000, sont très utiles pour désinfecter interstitiellement la cornée par les voies lymphatiques du voisinage; elles n'ont que l'inconvénient d'être douloureuses. Après avoir instillé quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne, on pique, avec la seringue de PRAVAZ soigneusement aseptisée, la conjonctive, à 3 ou 4 millimètres de distance de la cornée, et on injecte quatre à cinq gouttes de la solution. La muqueuse rougit et gonfle; mais ces symptômes disparaissent rapidement. L'injection sera répétée, au besoin, plusieurs fois de suite.

Enfin, on ne négligera pas de traiter l'état général, qui est un facteur important dans la marche de la maladie. L'administration de toniques, et principalement du sulfate de quinine, est très souvent indiquée.

BIBLIOTECA  
 FAC. DE MEDICINA  
 HOSPITAL DE SANTA ANA  
 FAC. DE MEDICINA  
 BIBLIOTECA  
 HOSPITAL DE SANTA ANA

Contre les symptômes douloureux, on prescrira l'antipyrine, le sulfonal et le chloral et, en cas d'insuccès, on aura recours aux injections de morphine.

Les saignées locales ne conviennent qu'au début et chez les sujets vigoureux.

Si le processus suppuratif et destructeur ne cède pas à l'emploi des moyens précédents, on appliquera, sans hésiter, le traitement chirurgical, le seul qui convienne, d'ailleurs, aux cas graves d'emblée.

**C. Traitement chirurgical.** — Il consiste dans le *curetage* ou *grattage* de l'ulcère, la *cautérisation* au galvano-cautère et la *paracentèse* de la chambre antérieure.

Le *grattage* de l'abcès ou de l'ulcère avec une petite curette tranchante est généralement combiné avec des irrigations antiseptiques modificatrices. Il est préférable, à mon avis, de saupoudrer la cavité de poudre d'iodoforme, de salol ou d'aristol, ou bien de la toucher au pinceau avec de la teinture d'iode ou une solution d'acide phénique ou de chlorure de zinc. On applique ensuite un pansement occlusif qu'on renouvelle au bout de vingt-quatre heures, pour instiller le collyre à l'atropine et pratiquer des lavages antiseptiques du cul-de-sac conjonctival. Je ne pense pas que, dans ces conditions, on puisse, par cette intervention, ouvrir une nouvelle voie à l'infection, comme le prétendent certains auteurs.

La *cautérisation ignée* est le traitement par excellence lorsqu'on a affaire à un ulcère serpigineux grave. Indolente sur des yeux cocaïnés, elle nécessite l'administration préalable du chloroforme chez les enfants.

Son action est des plus énergiques et l'on parvient ainsi à enrayer rapidement les progrès de l'ulcère envahissant; en même temps, les douleurs se calment et les autres symptômes s'amendent. L'instrument qui convient

le mieux est la pointe du galvano-cautère, que l'on promène largement, mais avec prudence, sur le fond et le pourtour de l'ulcération. A son défaut, on utilise une aiguille à tricoter ou le crochet à strabisme, que l'on chauffe dans la flamme de la lampe à alcool.

Si, les jours suivants, l'ulcère et l'hypopion n'ont aucune tendance à diminuer, il faut ouvrir largement la chambre antérieure, en faisant une paracentèse à la partie inférieure du limbe, à l'aide de l'aiguille triangulaire à arrêt de DE WEAVER (fig. 30). On évacue le pus et on lave la chambre antérieure à l'eau boricuée stérilisée. La partie de l'hypopion qui ne sort pas à la suite de cette



FIG. 30. — Aiguille triangulaire à arrêt.

irrigation est enlevée avec la pince à caillots. On rouvrira la plaie, les jours suivants, s'il est nécessaire.

Cette opération suivie, comme la cautérisation ignée, d'une détente rapide de tous les symptômes, est bien préférable à l'*incision* ou *transfixion* de l'abcès et de l'ulcère à hypopion, à l'aide du couteau de DE GRAEFE qui expose au prolapsus étendu de l'iris et à une évacuation incomplète du pus contenu dans la chambre antérieure.

Que l'on ait eu recours à l'une ou à l'autre de ces opérations, on applique le pansement iodoformé et le bandeau occlusif.

Au bout de deux ou trois jours, dans la plupart des cas, l'hypopion diminue, puis disparaît, et l'ulcère détergé se répare. La période de cicatrisation sera surveillée avec soin, afin d'éviter la distension de la cicatrice et la formation d'un staphylome. Dans ce but, on instillera un collyre à l'ésérine ou à la pilocarpine, et on conservera longtemps le bandeau compressif.

BIBLIOTECA  
 FAC. DE MED. UNIV.  
 BARRIO DE LAS FUENTES  
 MEDICINA  
 FAC. DE MED. UNIV.

## I

Sulfate neutre d'ésérine.....	0 gr. 03
Eau stérilisée.....	10 —

## II

Chlorhydrate de pilocarpine.....	0 gr. 03
Eau stérilisée.....	10 —

La *selérotomie* ou l'*iridectomie* devient indispensable en cas de poussée glaucomateuse, complication assez fréquente chez les personnes âgées atteintes de kératite à hypopion.

L'iridectomie est encore des plus utiles pour obtenir une cicatrice aplatie.

L'éclaircissement des opacités consécutives aux abcès superficiels s'obtiendra plus ou moins complètement, suivant l'âge du malade et l'épaisseur de l'exsudat cicatriciel, au moyen de fomentations chaudes et d'une pommade excitante au précipité jaune dont on introduira, chaque jour, gros comme un grain de blé entre les paupières.

Précipité jaune (obtenu par précipitation)...	0 gr. 05
Vaseline.....	3 —

On exercera une sorte de massage sur la cornée en frictionnant doucement le globe à travers la paupière supérieure.

Contre le *kératocèle*, ou hernie de la membrane de DESCOMET, on prescrit le repos au lit et le bandeau compressif, après égratignure ou ponction avec l'aiguille à

discision (*fig. 31*), ou après cautérisation du sommet avec le galvano-cautère, jusqu'à perforation.

Si la perforation de la cornée est produite, plusieurs cas peuvent se présenter.



FIG. 31. — Aiguille à discision.

1° *La perforation est récente, petite et périphérique.* — Dans ces cas, l'iris ne fait pas hernie et s'adosse simplement à l'ouverture. Il faut instiller le collyre à l'ésérine, puisqu'en faisant contracter le sphincter on a des chances d'écarter l'iris de la perforation et d'empêcher un *leucome adhérent*;

2° *La perforation est récente petite et centrale.* — Ici, le collyre au sulfate neutre d'atropine est indiqué pour éloigner la portion pupillaire qui n'aura pas ainsi le temps de se souder aux bords de l'ouverture.

Dans les deux cas, on prescrira le repos au lit et le bandeau compressif après pansement antiseptique iodoformé;

3° *La perforation est récente, large, et, par conséquent, il y a prolapsus de l'iris.* — Après insensibilisation avec la solution de chlorhydrate de cocaïne, on détache l'iris du pourtour de l'ulcère à l'aide d'un stylet moussé, on l'attire au dehors, le plus possible, avec une pince et on l'excise largement, de manière à obtenir, comme dans l'opération classique de l'iridectomie, un coloboma à angles libres;

4° *Le prolapsus irien est ancien.* — Comme il n'est plus possible de rompre les adhérences de l'iris aux bords de l'ouverture, on détruit la portion herniée au galvano-cautère et on applique, pendant longtemps, le bandeau compressif.

Enfin, si, la cornée étant presque entièrement détruite,

BIBLIOTECA FAC. DE MEDICINA

on a affaire à un prolapsus total de l'iris, on le fend transversalement, puis, ouvrant la capsule du cristallin, on fait sortir ce dernier.

La *fistule* de la cornée est difficile à guérir. On fait usage du collyre à l'ésérine ou à la pilocarpine, pour diminuer la pression intra-oculaire, et l'on cautérise le trajet avec le crayon de nitrate d'argent ou la pointe du galvano-cautère, après une large iridectomie au point opposé du siège de la fistule ; mais il faut, pour cela, que la chambre antérieure soit un peu rétablie. Un bandeau compressif est appliqué sur les deux yeux, et l'opéré garde le lit pendant quelques jours.

2° KÉRATITE PAR LAGOPHTALMIE. — KÉRATOMALACIE  
ET KÉRATITE NEURO-PARALYTIQUE

Je réunis, dans le même groupe, ces trois affections qui offrent quelques traits communs (dessèchement, réaction peu marquée, etc.), bien qu'absolument faciles à distinguer par leur évolution clinique.

La *kératite par lagophtalmie* ou par dessèchement résulte d'un défaut d'occlusion des paupières, soit que celles-ci soient raccourcies ou ectropionnées, soit qu'il y ait paralysie de l'orbiculaire ou exophtalmie. L'épithélium desséché tombe et la cornée, exposée à l'action nocive des poussières et des microbes, s'ulcère et se détruit, le plus souvent à sa partie inférieure. L'hypopion et l'iritis ne tardent pas à apparaître.

La *kératomalacie* consiste dans un ramollissement nécrotique, souvent double, de la cornée, chez les enfants athrepsiques, entachés de syphilis héréditaire ou atteints de fièvres graves. Peu de phénomènes réactionnels ; le pronostic est grave ; les malades, très jeunes, sont souvent enlevés par les phénomènes généraux.

La *kératite neuro-paralytique*, le plus souvent unilatérale,

parfois double (S. BAUDRY), est caractérisée par une gangrène dystrophique de la cornée, consécutive à une altération du ganglion ou des noyaux protubérantiels du trijumeau. La cornée, complètement insensible, se trouble et se dépolit tout d'abord à sa partie centrale, puis se ramollit et s'ulcère, sans réaction bien marquée. Dans quelques cas, une iritis intense, avec hypopion, précède la kératite. Le pronostic est des plus graves, la terminaison habituelle est un staphylome avec perte de la vision ; l'exception, un leucome adhérent ultérieurement justiciable d'une iridectomie.

A. — Dans le traitement de la kératite par lagophtalmie, il y a deux indications principales : 1° restituer au globe oculaire sa protection naturelle, c'est-à-dire les paupières ; 2° maintenir la surface de l'œil aussi aseptique que possible.

L'indication causale est des plus importantes ; c'est, en somme, le traitement de l'ectropion, du raccourcissement des paupières, par la tarsorrhaphie et les opérations appropriées à chaque cas particulier, de la paralysie faciale par l'électricité, le massage, etc. Mais, tant qu'on n'a pas réussi à guérir la lagophtalmie elle-même, il est indispensable de protéger le globe oculaire contre les influences fâcheuses de l'extérieur.

Dans les cas légers, on se bornera à obtenir la fermeture artificielle des paupières, au moyen d'un bandeau protecteur que l'on appliquera seulement pendant la nuit, puisque c'est alors que l'œil se dessèche le plus facilement. On introduira auparavant, entre les paupières, gros comme un grain de blé de la pommade suivante :

Acide borique.....	1 gr.
Vaseline.....	20 —

BIBLIOTECA  
FAC. DE MED. VARENA  
MAGL. AD P. DICINA  
BIBLIOTECA  
FAC. DE MED. VARENA

Dans le jour, on humectera l'œil avec la solution de chlorure de sodium à 1 p. 1.000, ou de sous-carbonate de soude, et on prescrira les verres coquilles fumés.

Lorsque la lagophtalmie est plus considérable, ou lorsque l'on prévoit que la guérison demandant beaucoup de temps (*maladie de Basedow*), l'occlusion permanente des paupières devient nécessaire; le bandeau ne réussit guère mieux que les bandelettes agglutinatives au taffetas d'Angleterre. En effet, les pièces du pansement viennent frotter sur la cornée et l'irritent, tout comme les bandelettes de sparadrap que les larmes humectent et décollent au bout de quelques heures d'application.

Seule, la *tarsorrhaphie partielle, médiane* (fig. 32), re-

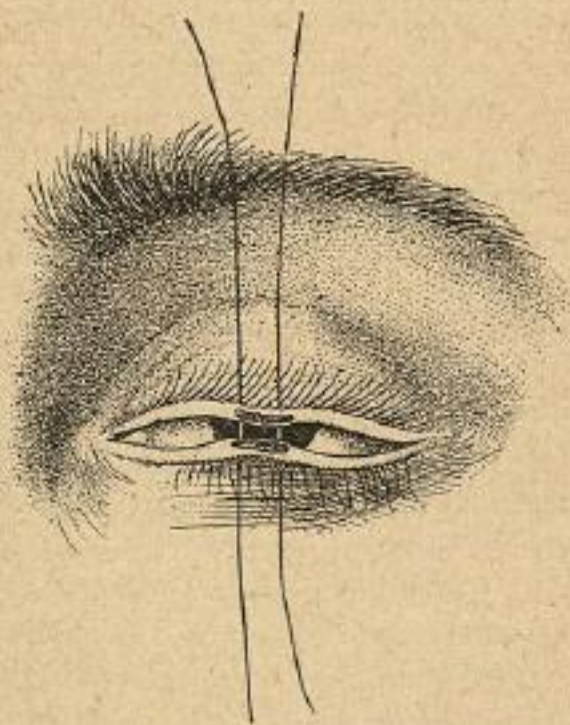


FIG. 32. — Tarsorrhaphie médiane (Panas).

commandée par PANAS, donne de bons résultats. C'est,

d'ailleurs, une opération très simple. On avive, sur une étendue de 7 à 8 millimètres, la lèvre postérieure ou méibomienne des bords des paupières, en ménageant la peau et les cils; on fait deux points de suture à la soie très fine et on applique le bandeau compressif. Les fils seront enlevés le quatrième jour.

Le médecin peut très facilement surveiller l'état de la cornée et appliquer le traitement local nécessaire.

Lorsque la guérison de la lagophtalmie est obtenue, on n'a qu'à fendre, avec des ciseaux, le pont central cicatriciel, et il ne subsiste aucune trace de l'opération.

A la période d'ulcération, accompagnée ou non d'hypopion, le traitement est celui que j'ai indiqué dans l'alinéa précédent.

B. — Dans la kératomalacie, il faut, avant tout, instituer un traitement général reconstituant, régulariser l'alimentation et relever les forces par tous les moyens possibles.

Si l'enfant est atteint de manifestations concomitantes de la syphilis héréditaire, on obtiendra une sérieuse amélioration en prescrivant la liqueur de VAN SWIETEN, à une dose variable, suivant l'âge du malade.

Le traitement local consiste dans l'emploi de compresses chaudes, pour exciter la vitalité de la cornée.

En cas d'ulcération, on fera usage de la pommade iodoformée ou aristolée, suivant la formule suivante :

Aristol.....	0 gr. 50
Vaseline.....	12 —

Des lavages fréquents du sac conjonctival seront pratiqués avec la solution boriquée à 3 p. 100.

**BIBLIOTECA**  
FAC. DE MED. UANL

BIBLIOTECA FAC. DE MED. UANL

Enfin, s'il y a un hypopion abondant, on pratiquera la paracentèse de la chambre antérieure.

C. — La kératite neuro-paralytique doit être considérée, dans la plupart des cas, comme offrant un certain degré de gravité, parce que, sans se terminer toujours par une perforation de la cornée et ses conséquences, elle entraîne, au moins, la formation d'un leucome cicatriciel, avec un trouble plus ou moins marqué de la vision.

Il est clair, d'ailleurs, que tout dépend de la nature de la lésion passagère ou définitive qui intéresse le trijumeau à son origine ou sur son parcours. C'est, aussi, la donnée étiologique qui doit, avant tout, nous guider dans l'institution du traitement.

S'agit-il d'accidents syphilitiques ou rhumatismaux, par exemple? Les préparations mercurielles et l'iodure de potassium, dans le premier cas, le salicylate de soude, les bains de vapeur, le sulfate de quinine, etc., dans le second, nous donneront d'excellents résultats. Il ne faut pas oublier de tenter la médication spécifique, même dans les cas où les commémoratifs paraissent absolument négatifs, à plus forte raison dans les cas douteux.

A peu près impuissants dans les paralysies intracrâniennes qui ne reconnaissent pas la syphilis comme point de départ, nous sommes moins désarmés quand la paralysie est superficielle. Dans certains cas, on peut intervenir chirurgicalement; d'autres fois, les frictions excitantes, les vésicatoires volants répétés seront d'une utilité incontestable. NIEDEN a obtenu d'excellents effets de l'emploi des injections de strychnine à la région temporo-frontale.

Dans le but de ramener l'influx nerveux, l'électricité, sous forme de courants continus (six éléments), constitue

un moyen thérapeutique puissant. On place le pôle positif derrière l'apophyse mastoïde, le pôle négatif sur les paupières et au niveau des diverses terminaisons du trijumeau. La séance sera quotidienne et d'une durée de cinq minutes.

Mais, quelle que soit la cause de la paralysie, il est plusieurs indications qu'il importe de ne pas négliger :

- 1° Relever les forces du malade;
- 2° Préserver la cornée *insensible* contre les traumatismes extérieurs et l'action du froid;
- 3° Faciliter l'élimination des parties sphacélées et aider la cicatrisation.

1° CLAUDE BERNARD a fait, depuis longtemps, la remarque que les complications oculaires sont d'autant plus à craindre que l'état général du sujet est en souffrance. Il est donc nécessaire de prescrire des préparations toniques et un régime alimentaire fortifiant;

2° Un bandage occlusif, des conserves fumées, des onctions iodoformées, la tarsorrhaphie médiane partielle, suivant les cas, remplissent la deuxième indication;

3° Quand la cornée est infiltrée de pus, on applique, en permanence, des compresses chaudes imbibées de la solution boriquée à 3 p. 100, et on fait des irrigations répétées du cul-de-sac conjonctival avec le même liquide. Le collyre au sulfate d'atropine ou d'ésérine sera instillé suivant les indications habituelles.

Un vaste hypopion sera évacué au moyen d'une large paracentèse périphérique suivie de lavage antiseptique de la chambre antérieure.

Plus tard, quand la cicatrisation sera définitive et parfaite, on pourra être appelé à pratiquer une iridectomie optique (*leucome*) ou antiphlogistique (*occlusion pupillaire*).

BIBLIOTECA  
FAC. DE MED. UNIV.  
MADRID  
BIBLIOTECA  
FAC. DE MED. UNIV.  
MADRID