

aspect jaunâtre, ne renfermerait pas de graisse; elle résulterait seulement de la condensation du tissu sous-conjonctival avec épaissement de la couche épithéliale.

Dans l'immense majorité des cas, le pinguécula ne cause point de gêne et n'appelle aucun traitement. C'est seulement s'il venait à s'hypertrophier qu'on serait autorisé à en pratiquer l'excision.

II

MALADIES INFLAMMATOIRES ET TROUBLES DE NUTRITION DE LA CORNÉE

1^o KÉRATITES

On donne le nom de kératite à l'inflammation de la cornée.

Bien qu'elles eussent été observées de tout temps, les kératites étaient englobées avec les autres affections inflammatoires de l'œil sous le nom général d'ophtalmies, lorsqu'elles furent en 1825, de la part de Mirault (d'Angers), l'objet d'un travail sérieux. Toutefois la notion de l'inflammation primitive de la cornée ne fut pas admise sans peine; et, se fondant sur la pathogénie vasculaire de l'inflammation, on pouvait encore, en 1858, avec Broca, refuser à la cornée la possibilité de s'enflammer primitivement, sous le prétexte que la cornée, comme les cartilages, ne possède pas de vaisseaux propres. Plus tard, au contraire, on ne se borna pas à admettre la kératite; mais, vu sa transparence et son siège superficiel permettant d'y suivre facilement l'évolution des phénomènes, la cornée devint le terrain sur lequel se mesurèrent toutes les théories de l'inflammation: théorie du blastème, avec Robin; théorie cellulaire, avec Küss et Virchow; diapédèse des globules blancs de Cohnheim. La question n'est point encore définitivement tranchée.

La cornée possède, on le sait, trois couches qui, toutes trois, peuvent être le siège des phénomènes inflammatoires; *a*, couche superficielle formée par un épithélium stratifié supporté par la lame élastique antérieure dite de Bowmann; *b*, couche moyenne formée par le tissu propre de la cornée (fibres conjonctives et cellules); *c*, couche profonde composée d'une couche unique de cellules épithéliales que supporte la membrane de Descemet.

D'après le siège qu'occupe primitivement l'inflammation, les kératites peuvent être divisées en superficielles occupant la couche antérieure de la cornée, et profondes siégeant dans les deux couches postérieures.

Chacun de ces deux groupes renferme plusieurs variétés;

A. Les kératites superficielles comprennent:

a, la kératite phlycténulaire; *b*, la kératite vésiculeuse; *c*, la kératite vasculaire ou panniforme.

B. Aux kératites profondes se rattachent:

a, la kératite interstitielle; *b*, la kératite suppurative ou abcès de la cornée; *c*, la kératite ponctuée, encore désignée sous les noms d'aquo-capsulite ou de desceméite.

A. — KÉRATITES SUPERFICIELLES

a. **Kératite phlycténulaire.** — Comme la conjonctivite du même nom, la kératite pustuleuse ou phlycténulaire s'observe le plus souvent chez les enfants, et surtout chez les enfants lymphatiques. Plus rarement elle se montre chez les adultes.

La grande cause qui lui donne naissance, c'est donc l'existence du tempérament lymphatique ou strumeux. Puis, à côté de la cause générale, il faut faire une place aux causes occasionnelles ou locales, telles que les traumatismes, les corps étrangers, l'existence des granulations conjonctivales, etc.

Tantôt la maladie débute d'emblée dans la cornée; tantôt elle fait suite à une affection conjonctivale de même nature; il arrive même souvent que les phlycténules empiètent à la fois sur la conjonctive et sur la cornée. Elle se montre d'abord sous la forme d'un petit point grisâtre qui augmente de plus en plus, s'entoure d'une aréole nébuleuse, et finit par prendre l'aspect d'une petite vésicule. Les vaisseaux conjonctivaux voisins sont engorgés et forment, lorsque la lésion siège près du limbe scléro-cornéen, un pinceau triangulaire dont la base est tournée vers la périphérie, tandis que son sommet aboutit à la vésicule même.

La structure de la phlycténule a été pour la première fois bien étudiée par Ivanoff. Elle est constituée par l'accumulation de cellules rondes immédiatement au-dessous de l'épithélium antérieur de la cornée. Ces cellules se prolongent le long des extrémités terminales

des nerfs qui, comme on le sait, s'avancent jusque dans la couche épithéliale la plus superficielle. Si l'on admet, avec Leber, que ces extrémités nerveuses terminales sont environnées d'une gaine lymphatique, on sera conduit à penser que les éléments cellulaires ont cheminé dans cette gaine, et l'on comprendra le nom de kératite lymphatique que le professeur Panas a donné à cette affection, nom qui s'applique à la fois à la constitution des malades qui en sont porteurs, et au mécanisme d'envahissement de la cornée par les gaines lymphatiques.

Outre l'injection conjonctivale et le larmolement, la kératite phlycténulaire détermine une photophobie intense. C'est même, de toutes les inflammations de la cornée, celle où l'impression lumineuse est le plus difficilement supportée. On le comprend aisément si l'on réfléchit aux recherches de Cohnheim, qui nous ont appris que les terminaisons des nerfs se perdent dans la couche épithéliale la plus superficielle de la cornée. C'est donc dans les inflammations superficielles, comme la kératite phlycténulaire, que ces terminaisons nerveuses sont le plus douloureusement irritées. De là un blépharospasme ou contracture des paupières intense qui ne permet que très difficilement d'entr'ouvrir la fente palpébrale. Au moment où l'on écarte l'une de l'autre les paupières, un flot de larmes âpres et brûlantes s'écoule au dehors; quelquefois même, il est violemment projeté, comme le pus dans l'ophtalmie purulente. Ces larmes irritantes, s'écoulant incessamment sur les joues, ne tardent pas à y provoquer des éruptions prurigineuses et impétigineuses, qui se généralisent parfois à toute la face, et cela d'autant plus aisément que les sujets atteints sont des scrofuleux. De là encore, la production, au niveau de l'angle externe des paupières, de fissures qui ont pu être très justement comparées aux fissures à l'anus. Produites par le blépharospasme, elles tendent, par un véritable cercle vicieux, à perpétuer ce symptôme, vu les douleurs dont elles sont le point de départ. Elles donnent parfois lieu à un suintement sanguin, dans les tentatives qu'on fait pour écarter les paupières. Un autre phénomène, qui s'observe assez souvent au même moment, c'est un éternement violent; c'est là un acte réflexe sur la muqueuse pituitaire dont le point de départ est l'irritation produite sur la cornée par l'impression de la lumière.

L'horreur du jour est telle qu'elle fait prendre aux petits malades

des positions caractéristiques, toujours les mêmes, qui permettent à un observateur exercé de reconnaître au premier coup d'œil les enfants atteints de kératite phlycténulaire. Étant au lit, ils tiennent la face constamment plongée dans leur oreiller; ils l'appuient sans relâche sur le sein de leur mère, quand ils sont portés sur les bras.

Cette photophobie intense rend très difficile, quelquefois même tout à fait impossible, l'examen de la cornée. Il ne faut pas faire effort pour lutter contre la contraction énergique de l'orbiculaire des paupières; car, ainsi que nous le dirons dans un instant, on s'exposerait à provoquer la rupture de la cornée. Mieux vaut avoir recours à l'anesthésie par le chloroforme, si l'on croit qu'il y ait intérêt à examiner directement l'état de la lésion. On peut avoir recours également à l'emploi de la cocaïne.

La marche de l'affection est très variable. Dans les cas les plus heureux, la phlyctène s'affaisse sans laisser de traces; le plus souvent, au contraire, elle se rompt en donnant naissance à un petit ulcère à facette, qui met plus ou moins longtemps à se guérir. Parfois enfin la suppuration survient; l'ulcère gagne alors en profondeur, et il ne peut se réparer sans donner naissance à une opacité plus ou moins marquée de la cornée. La perte de substance peut même aller jusqu'à la membrane de Descemet, qui fait hernie à travers l'ulcération, et peut se rompre spontanément ou dans un effort, quelquefois, comme nous l'avons déjà dit, au moment où l'on cherche à entr'ouvrir les paupières. Les conséquences de cette rupture sont parfois la perte totale de l'œil; dans les cas les plus heureux, c'est la hernie de l'iris, qui restera adhérent à la cicatrice, en constituant ce qu'on nomme une *synéchie antérieure*.

Parfois plusieurs pustules se développent successivement l'une au-devant de l'autre, constituant ce que Bérard a nommé kératite en fusée, ou bien deux phlyctènes développées aux extrémités terminales d'un même diamètre arrivent à se rejoindre, et donnent naissance à une opacité transversale qu'on nomme kératite en bandelettes.

Ce que nous avons dit des différents modes de terminaison fait assez pressentir la gravité de l'affection. Un de ses caractères les plus fâcheux, c'est qu'elle récidive avec une déplorable ténacité.

Le traitement doit consister dans les applications de compresses chaudes, et l'instillation d'atropine. On peut aussi retirer de bons effets de la pommade à l'oxyde jaune de mercure.

Si le blépharospasme est trop intense, on peut, s'inspirant du traitement de la fissure à l'anus, pratiquer la dilatation forcée des paupières, et même la section de la commissure externe des paupières avec suture de la conjonctive, dite canthoplastie.

Dans le cas où la suppuration de la phlycténule tend à faire des progrès, on peut arrêter sa marche envahissante par une cautérisation très légère avec le fer rouge ou la pointe du petit thermocautère construit à cet effet par Paquelin.

Il est bien entendu qu'on ne perdra pas de vue l'état général, auquel s'adressera un traitement antiscrofuleux approprié.

b. Kératite vésiculeuse. — Malgré la ressemblance entre les formes anatomiques appelées phlycténule et vésicule, il ne faut pas confondre la kératite phlycténulaire avec la kératite vésiculeuse, qu'on ferait mieux de désigner sous le nom d'herpès de la cornée. Ce sont en effet deux maladies essentiellement distinctes. Tout d'abord, une grande différence les sépare : tandis, en effet, que la kératite phlycténulaire est une maladie banale qu'on rencontre à chaque instant, la kératite vésiculeuse, au contraire, est excessivement rare. L'affection phlycténulaire occupe habituellement les deux yeux, tandis que la vésicule ou herpès de la cornée est toujours monoculaire. Les différences anatomiques entre les deux maladies ne sont pas moins tranchées. Nous avons dit, en effet, d'après Ivanoff, que la lésion anatomique de la kératite phlycténulaire consistait en un amas de cellules embryonnaires immédiatement au-dessous de la couche épithéliale antérieure de la cornée. Dans la kératite vésiculeuse, le siège de l'affection est plus profond; la vésicule occupe l'épaisseur même du tissu propre de la cornée. Elle se distingue, par son contenu liquide et transparent, de l'exsudat blanchâtre et parfois même purulent de la kératite phlycténulaire.

Rarement on observe une seule vésicule; d'ordinaire il y en a un groupe, siégeant quelquefois au centre, plus souvent à la périphérie de la cornée. Dans les cas les plus heureux, le liquide se résorbe, la vésicule se flétrit, et disparaît sans laisser de perte de substance. Mais habituellement elle se rompt, il en résulte une nébulosité légère de la cornée et un ulcère superficiel qui met parfois un temps fort long à se cicatriser.

Parfois enfin la maladie procède par poussées successives, et sa durée est alors d'une longueur désespérante.

Les symptômes qui accompagnent la kératite vésiculeuse sont assez caractéristiques; ce sont d'abord des douleurs névralgiques excessivement violentes qui se montrent en même temps que la lésion, et qui persistent souvent longtemps après la cicatrisation. C'est encore l'insensibilité de la cornée, contrastant singulièrement avec les douleurs de névralgie ciliaire que nous venons de signaler; enfin, Horner a noté une diminution considérable de la tension oculaire, *hypotonie*.

La kératite vésiculeuse ou herpès de la cornée a essentiellement une origine nerveuse, et par là elle se rapproche de l'herpès des autres régions. Les causes qui lui donnent naissance peuvent être rangées en trois groupes : tantôt, en effet, elle n'est que l'expression d'un trouble de nutrition ou trouble trophique de la cornée survenant dans le cours d'une maladie générale du globe oculaire; c'est ce qui arrive dans le glaucome, dans l'irido-choroïdite; tantôt, elle constitue simplement une localisation particulière d'un herpès occupant toute la branche ophthalmique de Willis, et qu'on étudie sous le nom de *zona ophthalmique*. L'herpès de la cornée peut aussi se rattacher à une fièvre herpétique qui se traduit en même temps par la formation de vésicules sur le nez et les lèvres. Nagel l'a même vu dans un cas de fièvre paludéenne. Enfin dans un troisième groupe de faits, l'origine de la maladie est un traumatisme très léger de la cornée, comme il arrive quelquefois aux mères ou aux nourrices qui sont griffées par leur nourrisson, ou quand une branche d'arbre vient frapper légèrement la face antérieure de la cornée; Nagel et Arlt après lui ont cité des exemples de ces faits. Le mécanisme en est facile à comprendre quand on se rappelle la terminaison des nerfs dans les lames épithéliales les plus superficielles de la cornée. Le traumatisme léger, en provoquant la chute de l'épithélium, met à nu les extrémités nerveuses dont l'irritation amène l'apparition de la vésicule, et les atroces névralgies ciliaires qui l'accompagnent.

Le traitement consiste essentiellement dans l'occlusion de l'œil et les instillations fréquentes d'atropine. En même temps on calmera les douleurs par les injections de morphine à la tempe, le bromure de potassium, le sulfate de quinine. Nagel et Brière ont aussi employé avec succès contre les douleurs ciliaires les courants continus descendants.

c. Kératite vasculaire (pannus de la cornée). — Ainsi que

l'établit très bien Gayet dans le *Dictionnaire encyclopédique*, la kératite vasculaire ou panneuse constitue une forme parfaitement définie d'inflammation cornéenne, encore bien que les causes qui peuvent lui donner naissance soient très variées. Elle a en effet pour caractère constant le développement de vaisseaux dans la couche superficielle de la cornée.

On s'habitue trop peut-être à la considérer comme étant seulement l'aboutissant de la conjonctivite granuleuse; sans doute l'existence des granulations conjonctivales est la circonstance qui lui donne le plus fréquemment naissance; mais elle est loin d'être la seule. D'une manière générale, on peut dire que toutes les causes d'irritation prolongée de la cornée sont aptes à provoquer son développement. De ce nombre sont les kératites phlycténulaires à répétition, ou caractérisées par une éruption abondante de phlyctènes, l'ectropion qui laisse sans cesse la cornée exposée au contact de l'air, l'entropion et le trichiasis qui irritent sa surface par le frottement permanent des cils.

La preuve du rôle mécanique que jouent sur la cornée les granulations, c'est la limitation exacte, au début du moins, de la maladie aux points qui sont en contact continu avec la face postérieure de la paupière supérieure. Plus tard, la vascularisation s'étend à toute la surface de la cornée; les vaisseaux s'avancent de la périphérie au centre: lorsqu'ils sont peu nombreux et constituent pour ainsi dire une mince toile tendue au-devant de la cornée, l'affection porte le nom de *pannus tenuis*. Mais, plus tard, les vaisseaux deviennent quelquefois si abondants, ils sont si serrés les uns contre les autres, que la cornée semble le siège d'une infiltration sanguine diffuse. En même temps il y a un épaissement, un véritable bourgeonnement de cette membrane, qui fait donner au pannus le nom de *crassus*, ou sarcomateux.

La kératite vasculaire s'accompagne quelquefois de douleurs, de photophobie et de larmolement; mais ces symptômes sont toujours beaucoup moins marqués dans cette variété d'inflammation cornéenne que dans la kératite phlycténulaire. D'autres fois la marche de l'affection est tout à fait chronique, et ne s'accompagne d'aucune réaction.

La guérison est possible dans les cas où la vascularisation et l'épaississement de la cornée ne sont pas trop prononcés; elle se fait

alors par résorption des exsudats et atrophie des vaisseaux; la cornée peut dans ces cas reprendre complètement sa transparence. Mais bien souvent il reste une opacité de cette membrane. Une autre conséquence de l'affection, c'est l'altération de courbure, la conicité de la cornée qui apporte un trouble considérable à la vision. Notons enfin que de graves complications peuvent se montrer dans le cours de la kératite vasculaire, savoir, des abcès, des perforations de la cornée, de l'iritis, du glaucome.

C'est encore à Ivanoff que nous sommes redevables de notions précises sur l'anatomie pathologique de cette affection. Ici, comme dans la kératite phlycténulaire, des amas de cellules rondes formées en avant de la membrane de Bowmann soulèvent l'épithélium cornéen. Plus tard, dans l'épaisseur de ces exsudats se voient des extravasations de globules rouges qui s'entourent d'une paroi propre et deviennent le point de départ de vaisseaux de nouvelle formation. Enfin, dans la dernière période, il y a hypertrophie de la lame épithéliale antérieure de la cornée et transformation en tissu conjonctif des éléments cellulaires infiltrés. Dans le pannus sarcomateux invétéré, la membrane de Bowmann elle-même est détruite; le tissu propre de la cornée est altéré à son tour; de là, les cicatrices profondes et les opacités indélébiles que laisse à sa suite l'affection arrivée à cette période ultime de son développement.

Le traitement doit consister tout d'abord à écarter toutes les causes d'irritation de la cornée; dans ce but, on emploiera les différentes opérations propres à guérir l'entropion, l'ectropion, le trichiasis. On traitera les granulations; si les paupières viennent frotter trop durement sur la face antérieure de la cornée, on pratiquera le débridement de la commissure palpébrale externe ou canthoplastie.

On a proposé d'amener l'atrophie de l'exsudat vasculaire à l'aide de collyres astringents. Le sulfate de cuivre, le tannin ont été employés dans ce but; Follin dit s'être bien trouvé de cautérisations de la conjonctive avec le perchlorure de fer à 50°. Mais il faut avoir soin d'éviter les collyres à base de plomb ou d'argent, qui, amenant des dépôts chimiques dans l'épaisseur de la cornée, détermineraient des opacités persistantes.

Un excellent traitement consiste dans l'incision, au pourtour de la cornée, de la conjonctive et des vaisseaux qui pénètrent dans l'épaisseur de l'épithélium cornéen. Cette opération, connue sous le nom

de péritomie, détermine l'atrophie des vaisseaux de nouvelle formation et la résorption des infiltrations cellulaires. Enfin, si tous les moyens précédents ont échoué, il reste au chirurgien un traitement énergique, trop vanté et trop décrié tour à tour, l'inoculation blennorrhagique. En parlant de l'ophtalmie purulente des granuleux, nous avons noté que souvent elle avait pour effet d'amener l'atrophie des granulations. C'est en se fondant sur cette donnée qu'on a conseillé l'inoculation blennorrhagique dans le pannus vasculaire. On se propose ainsi d'activer la résorption des exsudats cornéens. Mais précisément parce que l'inoculation blennorrhagique est un moyen d'une grande puissance, son emploi est subordonné à certaines règles dont on ne doit pas se départir. Il faut d'abord que les deux yeux soient atteints, car on ne peut se flatter d'éviter d'une manière absolue l'inoculation accidentelle de l'œil sain. Le pannus doit être épais, sarcomateux; il doit être étendu à la totalité de la cornée. C'est seulement en se conformant à ces recommandations qu'on évitera les graves dangers inhérents à l'ophtalmie blennorrhagique, tels que la perforation de la cornée, la fonte purulente du globe oculaire. L'inoculation pourra être faite, soit avec le pus blennorrhagique lui-même, soit avec le pus d'une ophtalmie purulente. On laissera la maladie évoluer complètement, c'est-à-dire la purulence s'établir. C'est seulement alors qu'on interviendra pour la modérer par les cautérisations au nitrate d'argent que nous avons précédemment indiquées.

B. — KÉRATITES PROFONDES.

a. Kératite interstitielle ou parenchymateuse. — A la différence des kératites superficielles, qui occupaient la couche antérieure de la cornée (épithélium et membrane de Bowmann), la kératite interstitielle siège dans la couche moyenne ou tissu propre de cet organe.

Elle a reçu bien des noms différents : kératite interstitielle, interstitielle diffuse, kératite disséminée, parenchymateuse; kératite hérédo-syphilitique (Hutchinson).

Symptômes. — Le début de la maladie est insidieux; elle se traduit par une légère opacité, qui est le plus souvent limitée à une partie de la cornée. M. Panas note sa fréquence à la partie inférieure

et interne de la pupille, et pense que cette localisation est probablement la conséquence de la déclivité. Si l'on examine soigneusement, surtout à l'aide de la loupe ou de l'éclairage oblique, cette opacité cornéenne, on voit qu'elle n'est pas uniforme; elle présente au contraire un très grand nombre de petits points grisâtres plus foncés; d'où l'aspect granité noté par le professeur Panas; c'est encore cette lésion qui a fait comparer la cornée à une lamelle infiltrée d'un semis de grains de verre pilé. D'où le nom de période du verre pilé donné à ce début de l'affection. Au fur et à mesure que le mal progresse, la tache augmente d'étendue de la périphérie au centre de la cornée; elle voile par son épaisseur l'iris, la pupille et la chambre antérieure. On a comparé l'aspect que présente alors la cornée à celui d'un verre dépoli. Tantôt l'épithélium de la face antérieure reste intact, tantôt il est le siège d'une exfoliation qu'on reconnaît par l'examen à l'éclairage oblique; l'image cornéenne est alors terne comme la surface d'un verre dépoli à l'émeri.

Une nouvelle période est caractérisée par la vascularisation de la cornée. Jusque-là, en effet, il y avait seulement une injection péri-kératique composée de vaisseaux fins et radiés aboutissant au limbe scléro-cornéal. Les vaisseaux, à un moment donné, pénètrent jusque dans l'épaisseur même du tissu de la cornée sous la forme d'une arborisation très fine. Suivant la richesse de ce réseau vasculaire et l'aspect qui en résulte, on a comparé la cornée, soit à la chair de saumon, soit au rouge cerise. Enfin la confluence des vaisseaux est parfois telle que la cornée semble recouverte par une tache hémorrhagique uniforme. Il faut l'intervention de la loupe de Brucke pour décomposer cette tache rouge en un lacis vasculaire extrêmement ténu qui marche de la périphérie au centre de la cornée.

Les troubles fonctionnels sont tels qu'on peut les attendre d'une pareille opacité : la vision, considérablement entravée au début par le brouillard existant au-devant de la rétine, finit même par être complètement abolie dans la période d'état de l'affection. La photophobie, le blépharospasme et les douleurs ciliaires sont souvent très marqués, mais jamais ces symptômes n'atteignent le degré intense qui caractérise la kératite phlycténulaire.

Anatomie pathologique. — Elle a été faite successivement par Virchow et par Sœmisch. Sur une coupe médiane pratiquée sur une

cornée infiltrée, Virchow a reconnu que l'opacité était composée de cellules gonflées et à contenu granuleux, la substance fondamentale demeurant absolument intacte. Pour Scemisch, l'altération propre à la kératite interstitielle est une accumulation de corpuscules lymphoïdes dans l'épaisseur du parenchyme cornéen. Nous retrouvons donc ici les deux théories de l'inflammation mises en avant pour expliquer le processus anatomo-pathologique de la kératite, sans qu'il soit possible d'en adopter une à l'exclusion de l'autre. Ce qu'il faut retenir toutefois de ces recherches, c'est l'infiltration cellulaire de la cornée, sans lésion profonde de sa substance propre; cela nous permet de comprendre comment, une fois l'exsudat pathologique résorbé, la cornée peut reprendre sa configuration normale et sa transparence; ce qui est un des traits les plus caractéristiques de l'affection.

Étiologie. — Sans être absolument rare, la kératite interstitielle est loin d'être une affection fréquente. Sur 5069 malades venus à la consultation ophthalmologique du bureau central, M. Panas n'a trouvé que 40 cas de kératite interstitielle, ce qui donne une proportion de 1 cas sur 127.

C'est une maladie de la puberté et de l'adolescence; on ne l'a point observée après vingt-six ans; elle est rare dans la première enfance. On cite cependant des cas de kératite interstitielle développée pendant la vie intra-utérine. Elle offre une prédilection marquée pour le sexe féminin. Mais le point sans contredit le plus intéressant de son étude, c'est la détermination de la cause qui lui donne naissance.

Après avoir été longtemps confondue avec diverses formes de kératite sous le nom banal d'ophtalmie scrofuleuse, la kératite interstitielle en fut distraite en 1858 par Hutchinson, qui la rattacha à une cause spécifique toujours la même, la syphilis héréditaire, et lui donna le nom de kératite hérédo-syphilitique. Les motifs sur lesquels se basait Hutchinson pour affirmer son opinion sont les suivants : d'après lui, on rencontre toujours, chez les malades atteints de kératite interstitielle, de la surdité et un arrêt de développement de la face, caractérisé surtout par un nez court et aplati, une voûte palatine profondément excavée (*v shaped maxilla*) et des altérations des dents, surtout marquées sur les incisives, qui sont échanquées en forme de *v* renversé. Kératite interstitielle, surdité, altérations parti-

culières du système dentaire, tel est, pour ainsi dire, le trépied symptomatique sur lequel il a établi l'étiologie de l'affection. On a invoqué aussi comme preuve la polymortalité des jeunes enfants dans les familles où se trouvent des personnes atteintes de kératite interstitielle, et dernièrement encore M. Parinaud a apporté dans les *Archives de médecine* des preuves à l'appui de cette opinion. Mais il s'en faut de beaucoup qu'on retrouve dans tous les cas l'édifice symptomatique complet fondé par Hutchinson. Nombre de fois les altérations dentaires ont fait défaut, et d'ailleurs il n'est pas prouvé que ces altérations soient toujours caractéristiques de la syphilis. De là de nombreuses divergences d'opinion. Dans une discussion sur ce sujet qui a eu lieu en 1871 à la Société de Chirurgie, la plupart des orateurs, et M. Panas en particulier, ne se sont pas montrés favorables à l'origine syphilitique de l'affection. M. Fournier, au contraire, voit dans la syphilis héréditaire une cause réelle de la kératite interstitielle. Il n'est d'ailleurs pas absolu; il admet que d'autres influences peuvent lui donner naissance; beaucoup d'ophthalmologistes, M. Gayet entre autres, reconnaissent aujourd'hui l'origine syphilitique de la kératite interstitielle. Ce dernier auteur ne repousse pas d'ailleurs d'autres causes, il cite même un fait où il a rattaché exclusivement la maladie à la diathèse rhumatismale. Il semble, en résumé, qu'au fur et à mesure que la syphilis héréditaire sera mieux connue, l'opinion qui rattache à cette diathèse la kératite interstitielle gagnera du terrain.

Marche. Pronostic et traitement. — Chaque jour de nouveaux modes de traitement sont préconisés contre la kératite interstitielle. Pour en apprécier la valeur, il importe tout d'abord de bien connaître la marche naturelle de l'affection. Rien ne frappe plus que de voir ces malades qui, pendant de longs mois, devaient être conduits par la main comme des aveugles, recouvrer complètement la vision au point de pouvoir se guider seuls, lire et écrire, et se livrer aux travaux les plus délicats. Telle est en effet la marche de l'affection, essentiellement chronique, se prolongeant pendant des mois, des années même, pour aboutir à la guérison au moment même où l'on commençait à désespérer. On comprend à combien d'illusions thérapeutiques on s'abandonnerait, faute de connaître suffisamment cette évolution.

Ce n'est pas à dire cependant que la kératite interstitielle soit sans