

gravité, puisqu'elle laisse souvent après elle des opacités qui entravent considérablement la vision.

Le traitement doit consister surtout dans une bonne hygiène et dans un traitement tonique et antiscrofuleux (huile de foie de morue). L'iodure de potassium à dose modérée est également fort utile pour amener la résorption des exsudats cornéens. Comme traitement local, on emploiera les instillations d'atropine, les douches de vapeur sur les paupières, et les compresses chaudes qui, en activant la vascularisation de la cornée, aident à la résolution. Dans certains cas, au contraire, où la vascularisation était exagérée, on a pu se trouver bien de la péritomie (Panas). Pour activer la résorption des taies de la cornée, on aura recours au massage de l'œil, suivant le procédé de Pagenstecher, combiné avec l'emploi de la pommade au précipité jaune (10 à 20 centigrammes pour 20 grammes de vaseline). Enfin on a proposé dans certains cas des opérations variées, telles que l'iridectomie, la paracentèse de la chambre antérieure, la sclérotomie. Panas a même vu une strabotomie amener une fois l'éclaircissement de la cornée. Ce serait un tort de vouloir présenter chacune de ces opérations comme un traitement spécifique de la kératite interstitielle. Ce sont là seulement des moyens qui peuvent être utiles à un moment donné, et dont il faudra dans chaque cas particulier poser nettement les indications. Dans les cas où il y a des antécédents syphilitiques manifestes, on aura recours au traitement mixte (iodure de potassium et mercure). Abadie paraît s'être bien trouvé des injections sous-cutanées de bichlorure de mercure.

b. Kératite suppurative ou abcès de la cornée. — Comme la précédente, la kératite suppurative est une inflammation interstitielle, siégeant dans le tissu propre de la cornée; mais ce qui la caractérise essentiellement, c'est la production du pus, qui, tantôt se collecte sous forme d'abcès, tantôt forme une nappe purulente amenant une destruction très étendue de cette membrane.

Étiologie. — On peut dire d'une manière générale que la kératite purulente décèle toujours un mauvais état de l'organisme : la misère physiologique, l'athrepsie chez les nouveau-nés, de mauvaises conditions hygiéniques, la scrofule, l'alcoolisme, telles sont les causes qui peuvent lui donner naissance. Des états diathésiques, comme l'albuminurie, le diabète; des fièvres graves, comme la fièvre typhoïde, le typhus, la scarlatine, la méningite cérébro-spinale épi-

démique, s'accompagnent quelquefois de suppuration de la cornée. La variole peut aussi donner naissance à la même complication, mais cela de deux manières différentes, soit en agissant comme maladie générale, prédisposant à la suppuration, soit en amenant la formation de pustules sur la cornée. En effet, à côté des causes générales, il faut aussi faire une part aux causes locales. Déjà, à propos des traumatismes oculaires, nous avons signalé le développement de la suppuration intra-cornéenne. Les contusions de la cornée par des branches d'arbre, des corps étrangers métalliques, des poussières, lui donnent fréquemment naissance. Les piqûres par les épis de graminées en sont si souvent la cause que cette variété d'inflammation a reçu le nom de kératite des moissonneurs. Mais ces divers traumatismes agiront d'autant plus efficacement que l'état général du malade laissera à désirer.

Une autre circonstance étiologique qu'on rencontre très fréquemment, c'est l'existence antérieure du catarrhe des voies lacrymales et du larmolement. C'est là un fait de la plus haute importance; il montre avec quel soin nous devons éviter les opérations sur la cornée, en particulier l'extraction de la cataracte, chez les sujets atteints de larmolement, sous peine de voir survenir la suppuration du lambeau.

L'expérimentation nous rend compte de la production de la kératite suppurée; les lésions qui la caractérisent sont tout à fait analogues à celles qu'on développe chez les animaux par la section de la cinquième paire. Il est dès lors probable que, dans les états généraux graves que nous avons énumérés, l'état particulier du système nerveux n'est pas sans influence sur son développement.

Dans un tout autre ordre d'idées, les expériences de Leber, d'Eberth, de Stromeyer, nous aident à comprendre la pathogénie de la kératite suppurative. Ces auteurs ont en effet inoculé la cornée avec diverses substances septiques, et ont vu se développer dans son intérieur des suppurations diffuses. Nous comprenons dès lors comment certains corps étrangers, comment la sécrétion muco-purulente du catarrhe lacrymal, produisent des inoculations analogues sur les plaies cornéennes, et réalisent d'autant plus facilement toutes les conditions de la maladie, que le sujet est prédisposé déjà par son état général à la suppuration.

Symptômes. — L'affection débute sous la forme d'une infiltra-

tion grisâtre que l'examen à l'aide de l'éclairage oblique permet de rapporter à son véritable siège, c'est-à-dire qu'elle occupe, non la couche superficielle, mais le tissu propre de la cornée. Cette tache augmente d'étendue, en même temps que son centre prend une teinte de plus en plus blanchâtre, puis jaunâtre, indice de la suppuration. Le pus s'infiltré dans les lames les plus inférieures de la cornée, et y prend souvent une forme spéciale. Il donne en effet naissance à des abcès semi-lunaires dont la convexité est dirigée en bas, dits abcès en coups d'ongle, d'où les noms d'*unguis* ou d'*onyx* qui leur sont donnés. D'autres fois, la suppuration est beaucoup plus diffuse et étendue à une grande partie de la cornée. Il arrive même, comme le note M. Panas, que l'infiltration purulente prenne la forme circulaire; elle laisse alors à son centre une partie de cornée qui garde sa transparence; mais celle-ci, privée de ses éléments de nutrition, ne tarde pas à se sphacéler.

Tantôt il n'y a qu'un seul foyer de suppuration, tantôt il y en a plusieurs. Mais, dans tous les cas, l'abcès est entouré d'une zone d'infiltration grisâtre d'autant plus mince qu'on s'éloigne de son centre.

La kératite suppurative s'accompagne d'une injection périkeratique plus ou moins marquée; la photophobie et les douleurs ciliaires varient également beaucoup suivant les cas. D'après l'intensité de ces symptômes, on a distingué deux formes de l'affection; l'une aiguë ou sthénique, dans laquelle l'appareil inflammatoire est très développé; l'autre torpide ou asthénique, dans laquelle la réaction est presque nulle: c'est la kératite suppurative des cachectiques et des états généraux graves. Elle s'accompagne quelquefois d'une insensibilité complète de la cornée; d'où la comparaison qu'on en a faite avec les lésions survenant à la suite de la section de la cinquième paire, d'où encore le nom de kératite neuro-paralytique qu'on lui a donné. Cette dernière forme a un pronostic particulièrement grave.

Quoi qu'il en soit, la marche et la terminaison de la maladie peuvent être très différentes. Dans les cas les plus heureux, le pus peut se résorber en laissant à sa place une légère opacité. Mais le plus souvent il tend à se faire jour au dehors, en donnant naissance à une vaste ulcération qui ne se réparera qu'au prix d'une cicatrice opaque et indélébile. D'autres fois même il y a perforation de la cornée, hernie de l'iris et formation d'un staphylome.

Le pus peut aussi, quoique plus rarement, s'ouvrir un chemin dans la chambre antérieure, en suivant un trajet oblique à travers les lames postérieures de la cornée et en donnant naissance à un hypopyon, ou collection purulente de la chambre antérieure. L'hypopyon et l'iritis sont d'ailleurs des complications fréquentes de la kératite suppurée. C'est à cause de cette fréquence que Roser a donné à la maladie le nom de kératite à hypopyon, *hypopyon keratitis*. Sous le nom d'ulcère serpigneux de la cornée, *ulcus corneæ serpens*, Sæmisch a décrit une affection caractérisée par une ulcération centrale que précède toujours une infiltration purulente de la cornée. Elle s'accompagne souvent d'iritis et d'hypopyon, et peut donner naissance à des perforations, à des staphylomes. Ses causes principales sont le traumatisme et la blennorrhée du sac lacrymal. On reconnaît là les principaux caractères que nous avons assignés à l'abcès de la cornée. Aussi pensons-nous, avec Arlt et le professeur Panas, que les abcès de la cornée, la kératite à hypopyon de Roser, l'ulcère serpigneux de la cornée de Sæmisch, ne sont pas des entités pathologiques distinctes, mais seulement des manières d'être différentes d'une même maladie.

Anatomie pathologique. — D'où viennent les globules de pus qui infiltrent le tissu propre de la cornée? Pour Virchow, ce sont les produits de la prolifération des éléments cellulaires de cette membrane; pour Conheim, ce sont des leucocytes arrivés là par migration à travers la paroi des vaisseaux. Stromeyer croit même que ces leucocytes viennent de la conjonctive et pénètrent dans la cornée à la faveur d'une solution de continuité. Cette origine expliquerait ce fait indiqué par Panas et que nous avons pu vérifier plusieurs fois, savoir: qu'à la suite de l'extraction de la cataracte, la suppuration débute par la conjonctive pour s'infiltrer de là dans la cornée. D'où le précepte d'éviter les blessures de la conjonctive dans cette opération.

On a beaucoup discuté également sur l'origine de l'hypopyon qui vient fréquemment compliquer la suppuration de la cornée. Certains auteurs, Weber entre autres, y voient la conséquence de la rupture de l'abcès de la cornée dans la chambre antérieure. Nous avons déjà noté la possibilité de cette terminaison, mais elle est exceptionnelle. Pour Arlt, la véritable source de l'hypopyon, c'est l'iritis concomitante; pour Stromeyer, enfin, les leucocytes arriveraient dans la

chambre antérieure par migration à travers le canal de Schlemm, ou les vaisseaux de l'iris.

Diagnostic. — La teinte jaune de l'abcès, sa forme caractéristique en coup d'ongle, permettent facilement le diagnostic. Il est plus difficile de se rendre compte du degré de fluidité du pus épanché. La possibilité de déprimer avec une curette les lames antérieures de la cornée, la flaccidité de ces lames, leur enfoncement apparent, sont, d'après Arlt, le signe pathognomonique de la fluidité de leur contenu. Quant à l'hypopyon, l'examen à l'éclairage oblique, sa forme, la possibilité de son déplacement dans les mouvements de la tête, permettront de reconnaître son existence et de le différencier de l'abcès de la cornée.

Pronostic. — Il n'est pas besoin d'insister sur la gravité d'une affection qui ne se termine que très exceptionnellement par résolution; qui, dans les cas les plus heureux, laisse des difformités ineffaçables, telles que des leucomes, des hernies de l'iris, des staphylomes; qui peut même amener la perte totale de l'œil par phthisie du globe oculaire ou par panophtalmie.

Traitement. — Prenant en considération l'étiologie de l'affection, on laissera presque complètement de côté les antiphlogistiques pour recourir surtout à un traitement général reconstituant.

Cependant, dans la variété aiguë ou *sthénique*, on pourra employer quelques applications de sangsues ou de ventouses à la tempe, en même temps qu'on fera des onctions d'onguent mercuriel belladonné, et qu'on donnera le calomel à l'intérieur.

Dans la variété asthénique, au contraire, on laissera complètement de côté le traitement antiphlogistique pour recourir aux compresses chaudes qui constituent le traitement par excellence de cette variété de kératite. C'est ici le moment d'indiquer leur mode d'application. Un linge fin plié en quatre est trempé dans une infusion chaude de camomille ou de sureau et bien exprimé. Par-dessus ce linge on applique un morceau de flanelle recouvert lui-même de taffetas gommé qui dépasse de toutes parts la compresse; de cette façon, celle-ci conserve constamment sa chaleur et son humidité. Le tout est maintenu sur l'œil au moyen d'un bandage convenable, et le pansement est renouvelé dès qu'il commence à se refroidir.

On y joint les instillations répétées d'atropine. Grâce à ce traitement, on arrive quelquefois à déterminer la résorption de l'abcès de

la cornée et de l'hypopyon qui l'accompagne, cela surtout chez les enfants. Mais quand la maladie progresse, quand elle prend la forme ulcéreuse et destructive qui caractérise la kératite à hypopyon de Roser ou ulcère serpigineux de Sæmisch, ces moyens ne suffisent plus. Il faut recourir à un traitement chirurgical. On a enseigné autrefois qu'il fallait abandonner à eux-mêmes les abcès de la cornée; nous avons pu voir encore suivre cette pratique, et constater ses résultats déplorables. Ce qui lui avait donné naissance, c'est que le plus souvent il ne sert à rien de faire dans un abcès de la cornée une ponction analogue à celle qu'on pratique dans un abcès ordinaire; le pus est tellement épais qu'il ne sort pas. Sæmisch a fait faire un progrès immense à la thérapeutique de cette redoutable affection, en indiquant qu'il faut, à l'aide d'un couteau de Graefe, traverser toute la cornée, à l'union de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs. On donne ainsi issue au pus, infiltré dans la cornée, à l'humeur aqueuse et à l'hypopyon concomitant. Telle est même, dans la plupart des cas, la viscosité de ce pus qu'il ne fait pas issue spontanément après l'incision. Il faut aller le chercher avec des pinces dans la chambre antérieure, et l'en extraire sous la forme d'un véritable borbouillon. Cette opération, aujourd'hui connue et couramment pratiquée sous le nom d'opération de Sæmisch, donne d'admirables résultats.

La paracentèse de la chambre antérieure trouvera quelquefois son indication pour calmer les douleurs, diminuer la tension intra-oculaire, et prévenir la rupture de la cornée, cela, bien entendu, dans les cas où l'opération de Sæmisch ne sera pas jugée nécessaire.

c. Kératite ponctuée ou desceméite. — La couche postérieure de la cornée ou membrane de Descemet est en connexion si étroite avec la face antérieure de l'iris et la chambre antérieure, que l'on comprend que les inflammations doivent se propager aisément à travers ces membranes voisines. C'est ce qui arrive en effet; aussi a-t-on donné quelquefois à la desceméite le nom d'iritis séreuse ou aquo-capsulite. Sa lésion anatomique l'a fait décrire sous le terme de kératite ponctuée. Elle se traduit en effet par une série de petits points excessivement fins affectant la forme d'un triangle dont la base occupe la périphérie de la cornée dans ses parties inférieures, tandis que le sommet se dirige vers le centre de cette membrane. Ce pointillé est tellement fin qu'il semble constituer parfois une

nébulosité uniforme; l'emploi de la loupe est nécessaire pour distinguer les petites taches qui le composent. Aux symptômes du côté de la cornée se joignent bientôt des signes d'iritis; déformation de la pupille, augmentation de profondeur de la chambre antérieure. Quelquefois celle-ci est le siège d'un épanchement fibrineux, trouble, qui occupe ses parties déclives. Il en résulte une augmentation notable de la tension intra-oculaire et de violentes douleurs ciliaires. Il y a toujours en même temps une injection périkeratique marquée, de la photophobie et du larmolement.

Étiologie. — Les deux grandes causes de la kératite ponctuée sont la blennorrhagie et le traumatisme; ces deux causes se trouvent souvent réunies chez un même sujet. Elles ont d'autant plus de prise sur lui que son état général laisse plus à désirer. Déjà, à propos de l'ophtalmie purulente blennorrhagique, nous avons fait remarquer que la blennorrhagie pouvait agir sur l'œil de deux manières très différentes : 1^o par le contact direct du pus blennorrhagique avec la muqueuse conjonctivale, déterminant l'ophtalmie purulente; 2^o par une action générale encore fort mal connue qui prédispose les sujets atteints de blennorrhagie, surtout s'ils sont rhumatisants, à contracter une variété particulière d'ophtalmie, qui n'est autre que la descéméte ou aquo-capsulite que nous étudions actuellement. Aussi M. Panas a-t-il pu proposer de lui donner le nom d'irido-kératite rhumatismale blennorrhagique. Elle se rencontre souvent en même temps que les manifestations articulaires du rhumatisme blennorrhagique. Mais le rhumatisme seul suffit à lui donner naissance, en dehors de tout écoulement uréthral.

Diagnostic. — Il est facile d'une manière générale. Toutefois l'examen à l'éclairage oblique est nécessaire pour démontrer l'intégrité des images de la face antérieure de la cornée et le siège exact de l'opacité. L'emploi de la loupe sera également utile pour reconnaître le pointillé fin, caractéristique de l'affection. Enfin, on portera son attention sur l'iris et la chambre antérieure, vu la fréquence très grande des complications de ce côté.

Pronostic. — Le pronostic n'offre pas de gravité, et, même dans les cas aigus, la résolution peut se faire, sans laisser à sa suite d'opacité de la cornée.

Traitement. — Les applications de sangsues, les onctions mercurielles belladonnées, le bandeau compressif seront employés pour

calmer les phénomènes inflammatoires. Les instillations d'atropine seront ici d'autant plus nécessaires que l'iritis est souvent un élément de la maladie. Les douleurs vives nécessiteront quelquefois la paracentèse de la chambre antérieure dans le but de diminuer la tension intra-oculaire. L'iodure de potassium à l'intérieur hâtera la résolution. Le salicylate de soude pourra convenir ici pour calmer les douleurs, au même titre que dans les autres manifestations du rhumatisme.

2^o TROUBLES DE NUTRITION DE LA CORNÉE

Sous ce titre, nous dirons quelques mots : *a*, des ulcères, des fistules et des opacités de la cornée; *b*, des altérations de courbure de cette membrane ou staphylomes; *c*, du gérontoxon ou arc sénile de la cornée.

a. Ulcères, fistules et opacités de la cornée. — Les ulcères de la cornée ne constituent pas une maladie spéciale qu'on doive décrire à part sous le nom de kératite ulcéreuse. Ils sont l'aboutissant d'un grand nombre des processus morbides que nous venons de passer en revue, et des kératites en particulier. Les différents traumatismes de la cornée, les conjonctivites purulente et diphthéritique, la conjonctivite granuleuse, les différentes variétés de kératite phlycténulaire, vésiculeuse, suppurative, neuro-paralytique, sont autant de causes d'ulcération de la cornée. Outre que ces ulcérations peuvent amener dans certains cas la fonte purulente du globe de l'œil ou son atrophie à la suite d'une vaste perforation de la cornée, dans les cas moins graves elles ont encore de grands inconvénients. Ces ulcères ne peuvent en effet se réparer sans amener à leur suite une opacité plus ou moins complète du tissu de la cornée. Ces opacités ou taies cornéennes prennent des noms différents selon leur plus ou moins d'épaisseur. Les opacités les plus légères ont reçu la dénomination de *néphélion*; la tache est-elle plus épaisse, on l'appelle un *albugo*; enfin, si son épaisseur et sa saturation sont telles qu'elle empêche complètement le passage des rayons lumineux, c'est un *leucoma*. Il ne faut pas croire d'ailleurs que la gêne produite par une opacité de la cornée soit toujours proportionnelle à son épaisseur. On doit tenir compte, dans l'appréciation de cette gêne, à la fois du siège et de la densité de la taie. On comprend qu'une taie

épaisse, un leucome situé à la périphérie de la cornée, ne gêne que très peu la vision, puisque le passage des rayons lumineux à travers la pupille n'en est nullement intercepté. Au contraire, une opacité centrale, fût-ce même un simple néphélium, gênera beaucoup la vision, soit en s'opposant au passage des rayons lumineux, soit en tamisant la lumière et amenant une grande diffusion des images.

Un autre grave danger des ulcères de la cornée, c'est la perforation de cette membrane. Rarement il en résulte une fistule persistante. Cette éventualité se produirait, d'après Arlt, dans les cas où, au moment de la perforation, la membrane de Descemet est entraînée mécaniquement à travers l'orifice, qu'elle tapisse d'une couche épithéliale s'opposant à sa fermeture. Le plus souvent, au contraire, l'iris ou la face antérieure du cristallin viennent se mettre en contact intime avec la face postérieure de la cornée perforée, de façon à amener son occlusion artificielle. Dans les cas les plus heureux, la perte de substance se répare, l'humeur aqueuse sécrétée distend de nouveau la chambre antérieure, et les parties reprennent leur place. Mais le plus souvent, l'iris contracte des adhérences avec la face postérieure de la cornée, dites synéchies antérieures, et si cette dernière est en même temps le siège d'un leucome, il en résulte un leucome adhérent, conséquence trop fréquente de l'ophtalmie purulente. Il peut arriver même, en cas de perforation centrale, que la face antérieure du cristallin se recouvre de dépôts plastiques qui restent adhérents par un mince filament à la face postérieure de la cornée, et constituent une variété particulière d'opacité cristallinienne, dite cataracte pyramidale.

Les dangers des ulcères de la cornée sont tels qu'on doit faire tous ses efforts pour les conjurer. Le traitement soigneux des diverses affections qui leur donnent naissance est le premier moyen à employer. Dans le cas d'ulcère torpide, atonique, on hâtera quelquefois la réparation avec la pointe du galvanocautère ou celle du petit thermocautère construit spécialement pour cet usage. Si la profondeur de l'ulcère et l'augmentation de tension intra-oculaire font craindre la perforation de la cornée, on aura recours à la paracentèse de la chambre antérieure. Si la perforation est produite, on tâchera de s'opposer à la formation des synéchies iriennes, soit en produisant la dilatation de la pupille par l'atropine, si l'adhérence de l'iris à la cornée est centrale, soit en amenant au contraire le resserrement de

la pupille par l'ésérine, quand l'adhérence siège à la périphérie de la cornée.

Quant aux taies, on se proposera d'amener leur résorption, si elles ne sont pas trop épaisses, par des insufflations de poudre de calomel. Si elles entravent considérablement la vision, et que, du reste, l'état des parties le permette, on aura recours à l'iridectomie, pour livrer passage aux rayons lumineux dans un point où la cornée a conservé sa transparence (pupille artificielle). On peut aussi, par le tatouage de la cornée, faire disparaître la difformité que cause une opacité persistante.

b. Staphylomes de la cornée. — Sous le nom de staphylomes, on décrit des altérations de la cornée consistant en une exagération de sa courbure qui lui fait faire en avant une saillie plus ou moins considérable. Comme les taies, le staphylome est souvent la conséquence des inflammations de la cornée; mais il peut aussi se développer en dehors de toute kératite.

Nous devons distinguer deux grandes variétés de staphylome, suivant que la cornée, à son niveau, a conservé ou bien perdu sa transparence; de là, le staphylome pellucide ou transparent, et le staphylome opaque.

1° Staphylome pellucide. — Cette forme comprend elle-même deux variétés: dans l'une, l'exagération de courbure de la cornée est partielle et porte habituellement sur son centre, cornée conique ou *kératocone*; dans l'autre, l'exagération de courbure de la cornée est totale, c'est la cornée globuleuse ou *kératoglobe*.

Dans le *kératocone*, la cornée amincie vers le sommet du staphylome conserve quelquefois toute sa transparence, ou bien le sommet du cône offre une légère opacité.

Dans la cornée globuleuse ou *kératoglobe*, la dilatation porte sur toute l'étendue de la cornée qui, au lieu de présenter un cône saillant en avant, offre l'apparence d'une demi-sphère. La chambre antérieure, l'iris, la sclérotique, prennent part à la dilatation; l'œil énorme fait saillie entre les paupières et l'affection prend alors le nom de *buphtalmie*.

La pathogénie de ces deux variétés de staphylome est très obscure: la cornée globuleuse peut exister dès la naissance. La cornée conique se voit surtout chez les jeunes sujets.

2° Staphylome opaque. — Le staphylome opaque ou cicatriciel

résulte au contraire toujours d'un processus inflammatoire. Il est constitué par l'adhérence intime de l'iris et de la cornée transformée en tissu opaque et fibreux. Ces deux membranes se sont accolées l'une à l'autre, après perforation de la cornée. Il est dit partiel, quand il est limité à une partie de la cornée; quand il a envahi cette membrane dans toute son étendue, le staphylome est total ou sphérique.

Le staphylome opaque met obstacle à la vision en arrêtant complètement ou en partie les rayons lumineux, suivant qu'il est total ou partiel. Les diverses formes de staphylome pellucide permettent bien le passage de la lumière à travers la cornée, mais en augmentant le diamètre antéro-postérieur du globe de l'œil, ils déterminent des troubles de myopie progressive. Arrivé à l'état de buphthalmos, l'œil est perdu pour la vision.

On a tenté d'arrêter les progrès du staphylome pellucide par les paracentèses répétées suivies de compression et par l'iridectomie; on a aussi, dans la cornée conique, pratiqué la cautérisation, et même la trépanation du sommet du cône (Abadie). Dans le staphylome opaque et dans le buphthalmos, quand l'œil est perdu pour la vision et qu'il devient douloureux, le seul moyen à employer, c'est l'énucléation de l'œil malade dans le but d'éviter la propagation de l'inflammation au second œil.

c. Gérontoxon ou arc sénile. — Sous ces termes on décrit une opacité en forme de cercle de la périphérie de la cornée, siégeant surtout à sa partie supérieure. Tenant à la dégénérescence des éléments de la cornée, elle se voit chez les vieillards et chez les gens atteints d'athérome artériel.

III

MALADIES INFLAMMATOIRES ET TROUBLES DE NUTRITION DE LA SCLÉROTIQUE

1^o INFLAMMATIONS (SCLÉRITE ET ÉPISCLÉRITE)

C'est à tort que divers auteurs, Velpeau entre autres, ont refusé à la sclérotique le pouvoir de s'enflammer, sous prétexte qu'elle appartient au groupe des membranes fibreuses. Cette inflammation est

très réelle, et Gayet l'a parfaitement établie dans l'article du *Dictionnaire encyclopédique* qu'il lui consacre. Mais il est vrai que cette inflammation est rarement isolée; le plus souvent elle se lie, soit à l'inflammation de la choroïde, soit à celle du tissu cellulaire lâche qui sépare la sclérotique de la conjonctive, et auquel on peut donner le nom de tissu conjonctif épiscléral. Nous nous occuperons plus tard des scléro-choroïdites en parlant des inflammations de la choroïde. Nous dirons seulement ici quelques mots des inflammations de la sclérotique et du tissu cellulaire épiscléral, sclérite et épisclérite, trop souvent associées l'une à l'autre pour que nous ayons cru devoir les séparer.

Symptômes. — L'épisclérite débute sous la forme d'une tache rouge sombre qui siége dans le voisinage de la cornée, à 2 ou 5 millimètres de sa circonférence, quelquefois à une plus grande distance. C'est le plus souvent au côté externe de l'œil, près de l'insertion du muscle droit externe, que cette tache se développe. Son siége le plus fréquent est ensuite la partie supérieure de la sclérotique, plus rarement elle se montre en bas. Enfin plusieurs taches peuvent se développer l'une après l'autre, ou simultanément.

La couleur de cette tache est le rouge violacé, lie de vin; elle forme une saillie appréciable qui lui donne l'aspect d'un gros bouton; les vaisseaux conjonctivaux du voisinage sont dilatés.

Le plus souvent un seul œil est atteint, mais les deux peuvent être malades en même temps. Généralement les troubles fonctionnels sont très peu marqués; il y a de la gêne plutôt que de la douleur; le toucher lui-même est à peine douloureux. C'est seulement la rougeur de l'œil et la présence de la petite tumeur qui inquiètent les malades.

Mais l'inflammation se propageant aux membranes voisines peut faire naître des complications; la cornée, au voisinage du bouton d'épisclérite, peut devenir le siége d'une infiltration; l'iris et le corps ciliaire peuvent également se prendre et donner naissance à des douleurs ciliaires intenses.

La marche de la maladie est très lente; elle exige au moins six semaines ou deux mois, avant de passer à la résolution; des rechutes fréquentes la prolongent quelquefois pendant plus d'une année.

La terminaison est le plus souvent favorable, la tache diminue progressivement de volume et de coloration; mais quelquefois elle laisse