

La kératite est le plus souvent *primitive*, c'est-à-dire que la cornée s'enflamme de prime abord ; d'autres fois, elle est le résultat d'une propagation à la cornée d'une hyperhémie de la conjonctive ; elle est alors *consécutive*. Cette dernière forme est commune chez les petits enfants.

Symptômes. La kératite présente cette particularité, que les lésions de la cornée ne sont pas les mêmes dans tous les cas, ou qu'elles se combinent de façon à donner à la maladie diverses apparences. De là des formes variées :

1^{re} variété. Kératite exulcéreuse. C'est une forme relativement rare. La conjonctive scléroticale est injectée à un degré modéré ; on reconnaît deux plans de vaisseaux : un plan superficiel ou artériel, de figure radiée ou en réseau, se divisant tout près de la cornée en une foule de ramifications qui forment autour de la circonférence de cette membrane un petit cercle d'environ 1 millimètre de large ; quelques-uns de ces vaisseaux anticipent sur la cornée. Le plan profond est constitué par des vaisseaux, couleur lie de vin, qui se terminent aussi à une petite distance de la circonférence de la cornée par une foule de ramifications ténues, celles-ci ne dépassant pas la cornée elle-même. Cette membrane a conservé sa transparence et son poli, sauf sur certains points, soit à la circonférence, ce qui est plus fréquent, soit au centre, où elle présente un *état légèrement rugueux*, qui n'est le plus souvent visible que lorsqu'on examine l'œil de profil, et qui est le résultat d'une destruction, par places, de l'épithélium cornéal. En général, il n'existe ni *photophobie* ni larmolement ; la vision reste bonne.

2^e variété. Kératite phlycténulaire. Cette forme, très-commune dans l'enfance, est désignée aussi sous le nom de kératite *pustuleuse*. La dénomination d'ophtalmie *scrofuleuse* ne nous semble pas exacte, attendu que l'affection se développe chez des sujets qui n'ont aucun des attributs du tempérament strumeux. Elle coïncide bien parfois avec des *eczéma* ou des *impétigo* de la face ; mais ces éruptions ne sont pas constantes et ne constituent pas d'ailleurs des lésions de nature scrofuleuse. Elle est caractérisée par le soulèvement de l'épithélium de la cornée, à des places circonscrites, par de la lymphe plastique, d'où la formation de petites protubérances qui ressemblent à des *phlyctènes* ou à des *pustules*. Cette forme se rencontre rarement à un âge plus avancé de la vie. Il est probable que, dans l'enfance et la jeunesse, les adhérences entre l'épithélium et le tissu propre de la cornée sont assez peu serrées, pour permettre le soulèvement du feuillet conjonctival du miroir oculaire.

L'affection débute quelquefois par la muqueuse palpébrale qui est plus ou moins injectée, qui d'autrefois ne participe pas à l'hyperhémie de la conjonctive scléroticale. Celle-ci n'offre généralement qu'une injection partielle, ou si, du moins, l'injection est généralisée, elle est très-discrète. Sur une portion limitée de la conjonctive scléroticale existe une plaque vasculaire serrée, de forme triangulaire, à base tournée du côté du cul-de-sac conjonctival, à sommet aboutissant au point de réunion de la sclérotique et de la cornée. La plaque se compose de deux plans de vaisseaux : le superficiel formé de vaisseaux artériels, le profond constitué par des vaisseaux veineux. Au niveau du sommet de la plaque existe une petite

saillie de couleur blanchâtre, située généralement sur la circonférence même de la cornée. Quelquefois il existe plusieurs plaques vasculaires semblables, chacune d'elles se terminant par une phlyctène sur la cornée. Parfois on aperçoit des phlyctènes semblables sur la conjonctive scléroticale ; il y a alors une combinaison de la kératite phlycténulaire de la conjonctive phlycténulaire. Chez les sujets plus avancés en âge, on observe une forme de kératite qui se rapproche de la phlycténulaire : la conjonctive scléroticale est injectée dans toute son étendue, à un degré variable pour ses divers segments ; à l'union de la circonférence et de la cornée avec la sclérotique existent un nombre plus ou moins considérable de phlyctènes qui forment par leur union un ou *plusieurs segments semi-lunaires*.

Une opinion généralement admise, est que la kératite phlycténulaire est accompagnée d'une *photophobie* tellement prononcée, qu'il est impossible d'écarter les paupières. A ce symptôme se joint, dit-on, un larmolement abondant ; les larmes sont tellement âcres, dans quelques cas, qu'elles excorrient la joue, et font naître une éruption pustuleuse ou un gonflement avec rougeur de la joue. Je puis assurer que, chez le plus grand nombre de jeunes sujets atteints de kératite phlycténulaire, il n'existe ni *photophobie* ni larmolement. J'en ai même observé qui pouvaient lire de petits caractères imprimés, sans trop de fatigue, et qui continuaient à travailler.

3^e variété. Kératite vasculo-plastique. C'est une forme commune chez les jeunes gens et les adultes. La conjonctive scléroticale est injectée à un degré plus ou moins intense ; quelquefois d'une manière uniforme, d'autres fois beaucoup plus à de certaines places qu'à d'autres ; rarement au point de former un chémosis. On distingue les deux plans de vaisseaux, dont nous avons parlé précédemment : le superficiel ou artériel, le profond ou veineux. Tantôt l'injection présente la forme *radiée*, tantôt la forme *en réseau* ; on voit parfois tous les vaisseaux de la conjonctive scléroticale former autour de la circonférence de la cornée un *cercle vasculaire constitué par une foule de ramifications anastomosées ensemble*. Quelques-uns des vaisseaux appartenant au plan superficiel ou artériel de l'injection scléroticale anticipent sur la circonférence de la cornée, dans l'étendue d'un demi-millimètre environ. Parfois ils vont plus loin, et arrivant de divers points de la circonférence de cette membrane, ils la couvrent, jusque vers le centre, de nombreuses ramifications. Celles-ci aboutissent généralement à un ou plusieurs *épanchements plastiques*, de dimensions variables ; d'autres fois les épanchements sont à une certaine distance de l'extrémité des vaisseaux. Dans quelques cas, il existe une suffusion peu marquée, mais qui comprend la totalité de la cornée ; celle-ci offre alors une *teinte nébuleuse*, ou une *coloration blanche bleuâtre*. La *photophobie* et le larmolement se rencontrent plus fréquemment dans cette variété que dans les deux précédentes ; ni l'une ni l'autre n'existent constamment.

C'est à la kératite vasculo-plastique qu'il faut rapporter la variété décrite sous le nom de *kératite en fusée* : un faisceau vasculaire, de forme triangulaire, à base correspondant au cul-de-sac oculo-palpébral, à som-

met correspondant à la circonférence de la cornée, s'établit sur la conjonctive scléroticale, en se terminant au sommet par une phlyctène qui empiète plus ou moins sur la cornée. Les vaisseaux se prolongent à une certaine distance sur cette membrane, et sur leur trajet se dépose de la lymphe plastique qui affecte la forme d'une traînée linéaire, d'autant moins épaisse qu'on s'éloigne davantage de la circonférence de la cornée.

C'est encore à la même variété, qu'il convient de rattacher la kératite *ponctuelle* de quelques auteurs, caractérisée par une certaine vascularisation de la conjonctive, et par le dépôt, dans l'épaisseur de la cornée, d'une foule d'épanchements plastiques gros comme une pointe d'épingle.

4^e variété. Kératite ulcéreuse. Ulcères de la cornée. La conjonctive scléroticale est injectée, dans la totalité ou dans une portion de son étendue. L'injection est le plus souvent discrète, radiée ou en réseau. Parfois la circonférence de la cornée est entourée, dans sa totalité, ou dans une partie de son étendue, du cercle vasculaire radié, mentionné pour les variétés précédentes. Chez quelques sujets, les vaisseaux superficiels ou artériels de la conjonctive anticipent sur le limbe de la cornée; chez d'autres, cette dernière membrane reste exempte de toute vascularisation. Chez d'autres encore, les vaisseaux, au lieu de s'arrêter au limbe de la cornée, s'étendent plus ou moins loin sur celle-ci, et se rendent, soit à un épanchement plastique, comme dans la variété précédente, soit à une véritable ulcération, c'est-à-dire à une portion de la cornée où l'on constate une perte de substance.

Les ulcérations de la cornée se rencontrent bien plus souvent vers la circonférence que dans les autres points de cette membrane. Ce sont des dépressions plus ou moins profondes de la cornée: celle-ci a éprouvé, dans la partie correspondante, une perte de substance plus ou moins profonde. Pour bien apprécier l'existence de la dépression, il faut examiner la cornée de profil. Si on se contente de l'inspection de face, on ne reconnaît pas la différence de niveau de la partie ulcérée et de la partie saine. Une autre circonstance est encore de nature à induire en erreur: toute ulcération de la cornée présente, au fond, un épanchement plastique; il en résulte, qu'en explorant de face une cornée atteinte d'ulcération, on croit voir une tache, c'est-à-dire qu'on croit avoir affaire à une simple kératite plastique.

La forme des ulcérations est variable: le plus communément, elles sont allongées et semi-lunaires, comme si on avait donné un coup d'ongle à la cornée; de là cette dénomination d'ulcères en *coup d'ongle* donnée par quelques praticiens; d'autres ont une forme circulaire, et la partie profonde a moins d'étendue que la partie superficielle; elles ressemblent à une *cupule*: ulcères *cupuliformes*. J'ai observé encore une autre variété: l'ulcère présente une figure qu'on ne saurait mieux comparer qu'à la coupe verticale d'un de ces matras en verre dont se servent les chimistes. Les ulcères par *abrasion* (Ware) consistent en une perte de substance de la cornée beaucoup plus étendue en surface qu'en profondeur: il semble que, avec un couteau d'un tranchant parfait, on ait emporté une portion plus ou moins épaisse de la surface de la cornée.

Tantôt les ulcères de la cornée n'offrent aucune vascularisation; d'au-

tres fois, ils reçoivent un certain nombre de vaisseaux. Ceux-ci proviennent du plan superficiel ou artériel de l'injection scléroticale. Lorsque l'ulcère passe à l'état chronique, il arrive souvent que le pédicule vasculaire qui s'y rend s'atrophie, pendant qu'au niveau de l'ulcération, les vaisseaux persistent et prennent même un accroissement marqué. Si on examine la cornée, on aperçoit une tache rouge qui contraste avec l'injection très-discrète de la conjonctive scléroticale. Ce sont de pareilles lésions qui ont probablement fait croire à Wardrop et à Middlemore, qu'on observe, dans les kératites aiguës, des *bulles de sang* infiltrées entre les lames de la cornée. En explorant l'œil avec attention par l'éclairage latéral, on s'assure que ces prétendues *taches sanguines* sont formées par un paquet de vaisseaux d'une ténuité excessive, et on suit facilement la continuité de ces vaisseaux avec ceux de la conjonctive scléroticale.

Lorsque l'ulcère de la cornée est à la période d'état ou de progrès, et qu'on l'examine de profil, on constate un aspect *rugueux et terne*; après la cicatrisation, la surface altérée reprend un aspect poli et brillant dû à la reproduction de la couche épithéliale. Si l'ulcère est borné aux couches les plus superficielles de la cornée, la surface de celle-ci reprend sa configuration régulière; si, au contraire, l'ulcération a détruit une portion un peu épaisse des lamelles de la cornée, *la perte de substance ne se répare pas, et il reste à la place une dépression plus ou moins profonde qui peut, au premier abord, en imposer pour un ulcère, et qui est considérée comme tel par un grand nombre de médecins.* Les prétendus ulcères en *facettes* de quelques ophthalmologistes ne sont pas autre chose que des ulcères guéris. Ce qui prouve bien que ces ulcères sont cicatrisés, c'est qu'en les examinant de profil on reconnaît que la surface en est brillante; l'épithélium s'est donc reproduit à leur niveau.

Dans la kératite ulcéreuse, la *photophobie* et le *larmolement* sont loin d'être constants, comme on le professe généralement. Dans les ulcères qui ont passé à l'état chronique, et qui se sont vascularisés, la photophobie est au contraire, en général, excessive.

5^e Variété. Kératite purulente. Autant la sécrétion de la lymphe plastique est fréquente dans la kératite, autant celle du pus proprement dit s'observe rarement. Cette dernière est caractérisée par une coloration *jaunâtre*, plus ou moins étendue, de la cornée, ce qui la distingue de la kératite plastique, dans laquelle la coloration est grise blanchâtre.

On a décrit des collections purulentes limitées de la cornée, sous le nom d'*abcès*. On en a admis de superficiels, de moyens et de profonds, suivant le siège qu'ils occupent. On les a distingués en primitifs, secondaires; aigus ou chauds, chroniques ou froids. Si par abcès on veut entendre des collections de lymphe plastique mélangée de quelques globules de pus, nous reconnaissons volontiers qu'il en existe des différentes espèces précédentes. Si, au contraire, on prend le mot *abcès* dans la signification ordinaire, c'est-à-dire si on n'envisage que les collections du pus, il faut convenir qu'ils sont rares dans la cornée. La structure de cette membrane se prête à des infiltrations et non à des collections de liquide. Il nous semble