

difficile aussi d'admettre que le pus formé dans l'épaisseur de la cornée gagne les parties inférieures de cette membrane, pour donner lieu à un dépôt de forme semi-lunaire, comparable à la lunule de l'ongle, et que l'on a, pour cette raison, appelé *onyx*. On a pris pour un abcès de la cornée un abcès de la chambre antérieure.

**6<sup>e</sup> Variété. Kératite chronique.** Elle succède toujours à la kératite aiguë. Elle est caractérisée par une injection de la conjonctive scléroticale, de forme et d'intensité variées. Dans quelques cas, cette membrane offre à peine quelques vaisseaux qui ont généralement la forme rayonnée, c'est-à-dire qui se portent tous, sans se ramifier beaucoup dans leur trajet, du cul-de-sac oculo-palpébral vers la circonférence de la cornée. D'autres fois, les vaisseaux sont plus serrés; ils forment un plan superficiel ou artériel et un plan veineux ou profond. Au niveau de la circonférence de la cornée, les ramifications sont parfois tellement nombreuses, qu'elles constituent, par leur ensemble, une sorte de membrane vasculaire. La cornée est généralement parcourue en tous sens, ou dans certaines portions seulement, par des vaisseaux d'une ténuité excessive, s'anastomosant entre eux, et faisant suite au plan vasculaire superficiel ou artériel de la conjonctive scléroticale. Le plan profond ou veineux de la conjonctive s'arrête toujours au limbe de la cornée. Celle-ci présente une suffusion plastique ténue, dans beaucoup de points, ce qui lui donne une teinte opaline, laiteuse ou d'un vert sale, rappelant la coloration de la  *Pierre à fusil*. Parfois la surface de la cornée est rugueuse, ce qui est dû à ce que l'épithélium a été enlevé par places. Souvent, au lieu d'exulcérations, c'est-à-dire d'ulcérations superficielles, il existe des ulcérations plus ou moins profondes, de forme variable, alimentées par un grand nombre de petits vaisseaux. La conjonctive palpébrale est fortement injectée, quelquefois granuleuse, ou indemne de toute altération. En général, il existe dans la kératite chronique une *photophobie* qui peut devenir telle, que les malades sont dans l'impossibilité d'ouvrir les paupières, et que, lorsque le chirurgien écarte ces voiles, il s'en échappe un jet de larmes âcres et brûlantes.

C'est à la kératite chronique qu'il convient de rapporter les variétés décrites, par quelques auteurs, sous les noms de *cornéite scrofuleuse*, *kératite vasculaire interstitielle*, *kératite vasculaire profonde*.

**Troubles fonctionnels. Complications.** Chez un certain nombre de sujets, il existe de la *photophobie*. Ce n'est qu'à un demi-jour, ou à la tombée de la nuit, qu'ils peuvent ouvrir les yeux. Chez les enfants, ce phénomène est beaucoup plus fréquent que chez les malades plus âgés; mais en réalité il n'existe pas aussi souvent qu'on l'a prétendu. La photophobie est bien plus fréquente dans la kératite chronique, alors qu'il existe des ulcères vasculaires de la cornée. Toutes les fois qu'elle a lieu, on observe qu'au moment où on écarte les paupières il s'échappe de leur intervalle un flot de larmes.

On a cherché à expliquer la photophobie de diverses manières; nous croyons qu'elle est le résultat d'un trouble nerveux, c'est-à-dire d'une hyperesthésie de la rétine; cette opinion nous semble d'autant plus plau-

sible, qu'il n'est pas rare d'observer, dans certaines kératites, des névralgies de la cinquième paire.

La vision est parfois troublée seulement par l'existence de cette photophobie; d'autres fois, elle est rendue difficile par les épanchements plastiques et une vascularisation de la cornée. Lorsque, après la guérison, il reste des facettes sur la cornée, les objets paraissent déformés; quelquefois les malades accusent de la polyopie.

Les *complications* qu'on observe le plus fréquemment dans la période aiguë sont: une blépharite ciliaire, des accès de névralgie sur les branches de la cinquième paire. Quelques sujets accusent des picotements derrière les paupières, d'autres se plaignent d'une céphalalgie frontale, ou bien de douleurs autour de l'orbite, vers la tempe, sur le trajet du nerf maxillaire supérieur, et jusque dans les dents de la mâchoire supérieure.

**Marche. Terminaisons.** La kératite aiguë peut guérir dans l'espace de quelques jours à plusieurs semaines; la kératite chronique dure parfois des années, en présentant de temps en temps des périodes d'exacerbation.

La kératite se termine communément par la guérison. La première variété, *kératite exulcéreuse*, ne laisse en général aucune trace. Dans la *kératite phlycténulaire*, la vascularisation de la conjonctive scléroticale diminue graduellement; la lymphe plastique accumulée sous le feuillet épithélial de la cornée se résorbe; la cornée elle-même reprend, à cet endroit, sa transparence, ou conserve un léger nuage. Dans d'autres cas, l'épithélium est éliminé au dehors, et l'épanchement plastique est mis à découvert. L'infiltration gagne les lamelles de la cornée qui s'ulcèrent plus ou moins profondément. Il est rare que l'ulcération ne se propage pas jusqu'à la chambre antérieure. En général, le feuillet le plus profond de la cornée, ou la membrane de Descemet, résiste pendant quelques jours à ce travail de destruction, et se montre au fond de l'ulcère, sous forme d'une petite saillie blanche-grisâtre (*kératocèle*). Bientôt la cornée est perforée de part en part; quelquefois cette rupture se fait au moment où on écarte les paupières de l'enfant qui résiste aux efforts du médecin, et celui-ci perçoit un petit claquement indiquant la rupture de la cornée. L'iris s'engage immédiatement dans la perforation; si celle-ci est petite, que le travail ulcératif soit arrêté dans sa marche, la hernie iridienne se couvre d'une cicatrice; la pupille reste déformée et conserve généralement une forme ovale. Dans d'autres cas, l'ulcération de la cornée fait des progrès, en même temps que cette membrane se ramollit dans une portion de son étendue; de là, production d'un *staphylôme cornéo-iridien*. Parfois encore la phlegmasie se propage à la chambre antérieure et à l'iris, d'où formation d'un *hypopyon* et de *fausses membranes pupillaires*. La *kératite vasculo-plastique* se termine souvent par des épanchements interlamellaires; la cornée conserve de la vascularité: il en est de même de la *kératite ulcéreuse*. Ces deux variétés ont une grande tendance à passer à l'état chronique. Rappelons encore que certains ulcères de la cornée laissent à leur suite de petites dépressions brillantes qui ont été considérées à tort comme des

ulcères, et désignées sous le nom d'ulcères à *facettes*, ulcères par *abrasion*. La kératite *purulente* entraîne une prompte destruction de la cornée, qui amène consécutivement l'atrophie du globe.

La *gangrène* de la cornée est extrêmement rare après la kératite : les cas de ce genre, signalés par les auteurs, se rapportent à des mortifications spontanées, plutôt que de nature inflammatoire. (Voyez, pour la relation de ces faits, mon *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 35, 36 et 37.)

Middlemore et Saunders ont noté que la cornée se mortifie parfois spontanément chez les vieillards, comme les orteils chez les sujets affectés de gangrène sénile. Il est un cas, dans lequel cette gangrène est bien la conséquence d'un travail inflammatoire, c'est quand, dans l'ophthalmie blennorrhagique, il survient un chémosis dur, c'est-à-dire avec suffusion plastique serrée dans le tissu cellulaire sous-conjonctival. Les vaisseaux sont comprimés par le bourrelet conjonctival, et cessent d'apporter à la cornée les matériaux nutritifs. C'est alors qu'on voit un cerclé opaque se former à la circonférence du miroir oculaire ; cette membrane est détruite par une espèce de suppuration ; quelquefois elle est cernée par un sillon circulaire et éliminée en totalité.

Le *ramollissement* de la cornée est une terminaison relativement assez rare dans la kératite ; il se produit parfois, tout comme la gangrène, sans phlegmasie antérieure. De Hubsch l'a observé sur des phthisiques, à la dernière période de la maladie ; sur des scorbutiques, des sujets atteints de dysenterie ; sur un autre, épuisé par les fièvres paludéennes. Le ramollissement est le plus souvent limité, et par cela même suivi d'un staphylôme partiel ; s'il est général, la cornée s'allonge peu à peu, et la chambre antérieure s'agrandit.

**Diagnostic.** Il est facile de distinguer la kératite de la conjonctivite : dans celle-ci, la cornée conserve la transparence et le poli ; dans la première, elle offre des suffusions plastiques ou des ulcérations qui en altèrent les propriétés physiques. Lorsque les altérations sont peu prononcées, on peut les méconnaître, en faisant l'examen de l'œil par la méthode ordinaire ; dans ce cas, l'éclairage latéral, à la lumière naturelle ou artificielle, permet d'éviter toute erreur. C'est encore par ce mode d'exploration qu'on reconnaît bien les diverses lésions de la kératite chronique, c'est-à-dire la vascularisation très-fine de la cornée et les épanchements plastiques interlamellaires. Les ulcères ne sont bien visibles, la plupart du temps, qu'en examinant l'œil de profil ; si on regarde la cornée de face, on n'aperçoit que la teinte opaque des suffusions qui forment le fond des ulcérations. C'est en procédant de la sorte, qu'on reconnaît si les ulcères sont à la période d'état, de progrès, ou s'ils sont guéris. Dans le dernier cas, *leur surface présente un poli, un éclat dus à la reproduction de l'épithélium*, tandis que dans le premier la surface est rugueuse.

**Pronostic.** Il est subordonné à l'intensité de la kératite, à la forme et à la cause de la maladie, à l'état général du sujet. La kératite légère guérit promptement, en ne laissant après elle aucun produit morbide dans la cornée. La kératite intense, celle qui est accompagnée de phlyctènes, d'é-

panchements plastiques, compromet la transparence de la cornée. La kératite ulcéreuse entraîne souvent la perforation du miroir oculaire et des désordres graves de la cavité de l'œil. La kératite purulente est presque toujours suivie de la destruction de la cornée, et la vision est perdue.

Parmi les états généraux de l'organisme qui donnent lieu à la kératite, le plus grave est la variole. Que la cornée se prenne dans la période d'éruption, pendant la convalescence, ou même après la guérison, elle est souvent détruite par des ulcérations qui livrent passage à des portions d'iris ; ou bien il s'y produit des épanchements plastiques épais qui ne se résorbent plus. La kératite qui se développe chez les sujets strumeux est sujette à des récurrences nombreuses. Après un certain nombre d'attaques, la maladie finit parfois par prendre en quelque sorte droit de domicile, et se perpétue pendant des années, sans qu'aucune médication en triomphe.

**Traitement.** Il varie d'après la marche et la nature de l'affection :

1<sup>o</sup> **KÉRATITE AIGUE.** Le traitement *antiphlogistique* compte des partisans : saignée générale, sangsues aux apophyses mastoïdes, onctions hydrargyriques belladonnées sur l'orbite, tarire stibié à haute dose, calomel à dose altérante, nitrate de potasse à haute dose, teinture de semence de colchique, purgatifs répétés, régime sévère, privation absolue de lumière.

Dans la kératite purulente, les mercuriaux sont utiles ; à l'extérieur, en onctions d'onguent napolitain autour de l'orbite ; à l'intérieur, sous forme de calomel administré à dose fractionnée, de façon à obtenir promptement la salivation. 5 centigrammes de calomel et 4 grammes de poudre de sucre sont divisés en vingt-quatre paquets, que l'on donne d'heure en heure.

La médication *irritante substitutive*, proposée par Velpeau, consiste dans l'emploi de collyres au nitrate d'argent ; toutefois la dose de sel lunaire proposée par ce chirurgien (5 centigrammes de sel lunaire pour 30 grammes d'eau distillée), est insuffisante pour obtenir ce résultat. Une médication que l'on peut rapprocher de la précédente est préconisée par Mackenzie. Elle consiste dans l'emploi d'un collyre formulé ainsi : R. Eau, 180 grammes ; sublimé, 5 centigrammes ; sel ammoniac, 30 centigrammes ; vin d'opium, 8 grammes ou sulfate d'atropine, 10 centigrammes. On mélange parties égales de ce collyre et d'eau chaude ; trois fois par jour, on baigne les paupières, pendant cinq minutes, et on laisse pénétrer quelques gouttes dans l'œil. Deval conseille un collyre composé de 25 milligrammes de sublimé pour 30 grammes d'eau distillée.

La médication *astringente* composée de collyres au *sulfate de zinc*, au *borax*, ne réussit que dans les kératites subaiguës.

**Médication de l'auteur.** Quel que soit le degré d'intensité de la kératite, qu'elle se présente sous la forme *exulcéreuse*, *vasculo-plastique*, *phlycténulaire*, *ulcéreuse*, je l'attaque de prime abord par le *collyre au nitrate d'argent*, à la dose de 20 centigrammes pour 30 grammes d'eau distillée, dont je fais instiller, deux ou trois gouttes chaque fois, toutes les trois heures, jusqu'à ce que la maladie entre dans la période de résolution. Alors on ne fait plus les instillations que trois fois par jour. En même temps, je prescris un purgatif à prendre le matin à jeun : eau de Sedlitz