

présenter quelques vaisseaux dont les extrémités se rendraient vers sa circonférence. Il en sera de même pour les *kératites ulcéreuses*.

Nous diviserons les *kératites secondaires* de la manière suivante :

Kératites secondaires.	1° Vasculaires.	Superficielles	{ partielles et générales }	aiguës et chroniques.
		Profondes	{ partielles et générales }	chroniques.
	2° Non vasculaires ou suppuratives et ulcé- reuses.	Superficielles	{ partielles et générales }	aiguës et chroniques.
		Interstitielles	{ partielles et générales }	aiguës et chroniques.
		Profondes	{ générales }	

A. — Kératite vasculaire superficielle.

Elle est quelquefois la suite de la conjonctive pustuleuse, que nous avons étudiée (page 56). Assez fréquemment, la conjonctive cornéenne est si promptement envahie, qu'on pourrait croire que le mal a débuté par là.

SYMPTÔMES ANATOMIQUES. — *Premier degré, ou kératite partielle.* — *État aigu.* — Sur l'un des bords de la cornée et se dirigeant de la circonférence vers le centre, apparaît un faisceau de vaisseaux plus ou moins nombreux, dont la base se continue ordinairement avec les vaisseaux de la conjonctive enflammée.

Ce faisceau, isolé dans quelques cas, se confond dans d'autres avec un ou plusieurs faisceaux semblables, se dirigeant de la même manière. Il n'est pas rare qu'un seul vaisseau soit aperçu sur la cornée. A droite et à gauche de ce vaisseau, depuis sa naissance sur la circonférence de la cornée jusqu'à son extrémité, placée au centre de cette membrane, on constate souvent une traînée blanc jaunâtre qui n'est autre chose qu'un épanchement d'une matière fibro-albumineuse entre la conjonctive cornéenne et les lamelles. Au sommet du vaisseau ou des vaisseaux, surtout chez les enfants, on reconnaît souvent une *petite pustule* ou une *phlyctène* d'étendue variable (*kératite pustuleuse*; — *kératite scrofuleuse* des Allemands).

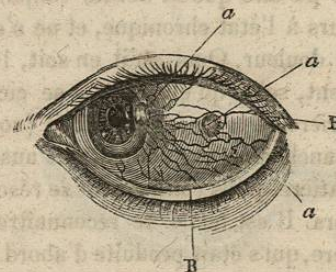
Par exception, les vaisseaux traversent obliquement la cornée;

en général, ils s'arrêtent en deçà du centre, souvent sur le centre même de la membrane.

Tel est l'état le plus simple de la maladie, quant à la cornée. La figure 19 donne une idée exacte de la *kératite pustuleuse*.

Fig. 19.

a, a, a, représentent deux pustules; l'une est placée sur la cornée, l'autre sur la conjonctive bulbaire. *B, B,* sont des vaisseaux placés dans le tissu de la conjonctive, et se dirigeant les uns vers la pustule scléroticale, les autres vers la pustule cornéenne.



Lorsque la kératite tend à devenir plus grave, de nouveaux faisceaux vasculaires apparaissent à côté du premier, ou souvent même dans un sens diamétralement opposé; tous les vaisseaux ont le caractère que nous avons décrit. Quelques-uns forment assez souvent sur la surface de la cornée, et dans une étendue variable, un lacis vasculaire, d'un rouge vif, dans lequel les subdivisions des vaisseaux sont si nombreuses, que l'ensemble offre presque l'aspect d'une petite tache de sang. A l'état aigu, ils sont bientôt entourés d'un épanchement de lymphé opaque.

En même temps d'autres symptômes se développent sur la sclérotique. On voit en effet sur cette membrane une rougeur d'autant plus prononcée qu'on se rapproche davantage du côté où les vaisseaux conjonctivaux ont passé sur la membrane transparente. Cette rougeur qui entoure la cornée présente assez souvent une légère teinte violacée. Les vaisseaux qui la composent, placés profondément, fixes, droits, d'une à deux lignes de trajet au plus, présentent une base tournée du côté de la rainure cornéenne, et un sommet en sens inverse. Ils se croisent avec ceux de la conjonctive; considérés dans leur ensemble, ils forment autour de la cornée une sorte d'anneau qu'on a comparé au disque d'une fleur radiée.

Si l'individu se trouve dans les conditions d'âge et de constitution dont nous avons parlé, les pustules apparaissent d'autant plus nombreuses que les faisceaux sont plus rapprochés et en plus

grande quantité. La matière qu'elles contiennent disparaît, ainsi que cela se passe lorsqu'elles siègent sur la conjonctive, de deux manières différentes : en se résorbant, ce qui est le cas le plus avantageux, ou bien en se faisant route au dehors. La pustule se transforme alors en une ulcération superficielle, qui devient la cause d'une photophobie très forte. Nous ne concevons pas qu'on ait pu dire que la kérato-conjonctivite se présente presque toujours à l'état chronique, et ne s'accompagne ni de photophobie ni de douleur. Quoi qu'il en soit, l'ulcération se comporte différemment, selon qu'elle tend à se cicatrifier ou à marcher d'avant en arrière en creusant la cornée (voy. *Ulcération de la cornée*). Les épanchements se comportent aussi de deux manières, selon que la matière qu'ils contiennent se résorbe ou se fraie une route au dehors. Il est facile de reconnaître après la rupture que cette matière, qui s'était produite d'abord sous la conjonctive, s'est étendue quelquefois très loin entre les lamelles de la membrane transparente.

Second degré, ou kératite vasculaire générale. — État aigu.

— Les vaisseaux, bornés jusque-là à une partie de la cornée, s'étendent à toute cette membrane. En général, ils sont assez éloignés les uns des autres, et laissent entre eux des espaces transparents. Cette kératite superficielle générale est plus rare que la partielle, néanmoins on l'observe encore assez souvent. Les vaisseaux, qui se dirigent tous vers le centre de la cornée, s'y terminent le plus ordinairement par un épanchement interlamellaire ou par une pustule. Ils ne s'anastomosent point ensemble vers le milieu de la cornée, mais on remarque ce phénomène lorsque l'affection devient chronique.

La kératite superficielle générale, aiguë ou chronique, est désignée sous le nom de *panniforme* par quelques auteurs, dénomination qui ne me paraît point devoir être conservée, parce que dans le pannus les vaisseaux sont si rapprochés les uns des autres, qu'ils troublent la transparence de la membrane et forment une sorte de couche qui en augmente l'épaisseur.

Kératite vasculaire partielle ou générale. — État chronique.

— Les vaisseaux, plus pâles, plus fins, moins nombreux, sillonnent la cornée de la même manière que dans l'état aigu. Lorsqu'une partie seulement de la cornée est malade, ils s'arrêtent le plus ordinairement dans un épanchement encore non résorbé ou mal organisé. Si la kératite est générale, les vaisseaux s'anasto-

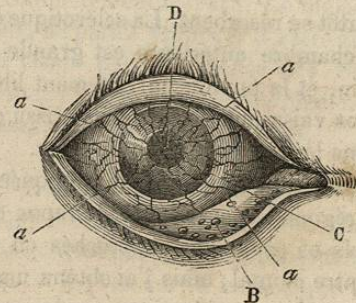
mosent au centre par leurs sommets, en formant de petites arcades, comme dans la figure 20.

La kératite vasculaire est ici très chronique et produite par l'état granuleux avancé des conjonctives palpébrales.

Fig. 20.

a, a, a, a, sont de gros vaisseaux qui se rendent de la conjonctive bulbaire sur la cornée, et s'anastomosent au centre de cette membrane indiqué par D.

La lettre C montre la bifurcation d'un des principaux vaisseaux; B fait voir d'assez fortes granulations sur la conjonctive de la paupière inférieure, qu'on a renversée.



b. Il est une variété de kératite vasculaire partielle et chronique qui occupe la partie supérieure de la cornée, et toujours est le résultat du frottement de cette membrane par des granulations placées sous la paupière supérieure. Les vaisseaux, peu nombreux au début, se dirigent de haut en bas et s'avancent d'une manière à peu près uniforme et lente vers le centre de cette membrane, où ils se terminent dans un nuage très léger de matière épanchée. Bientôt ils se multiplient, finissent par couvrir la moitié supérieure de la membrane, et s'arrêtent tous sur une ligne transversale partageant la cornée en deux moitiés. Cette ligne de démarcation entre les parties saines et les parties malades est limitée assez ordinairement, lorsque le malade tient l'œil ouvert, par le bord libre de la paupière supérieure, et cette circonstance, mieux que tout raisonnement, prouve que les vascularités cornéennes sont produites par les frottements répétés des granulations sur le globe pendant l'état de veille. Si les vaisseaux apparaissent plus nombreux encore, formant une saillie rouge, opaque, ce n'est plus à la kératite, mais au pannus partiel qu'on a affaire. Nous avons parlé de cette maladie et de son traitement au mot *Pannus* (voyez p. 150), et au mot *Granulations* (p. 138). On comprend que la kératite vasculaire, dans ce cas, n'est que la conséquence d'une des terminaisons de l'ophtalmie granuleuse.

Je ne puis abandonner la description de la kératite vasculaire sans en indiquer une forme chronique très exceptionnelle et qui est

symptomatique d'une congestion permanente de la choroïde (voy. *Choroidite*). La cornée est sillonnée, le plus souvent dans sa circonférence supérieure, de vaisseaux volumineux qui viennent tous de la conjonctive et du tissu cellulaire sous-conjonctival. Il y a quelquefois, à leur extrémité, des épanchements de largeur variable qui peuvent troubler la vision et qui tantôt s'organisent, tantôt se résorbent. La sclérotique demeure généralement blanche, la chambre antérieure est grande comme à l'état normal, l'iris sain, et la pupille parfaitement libre. Il y a seulement quelques gros vaisseaux bruns dans le tissu cellulaire sous-muqueux comme dans les choroidites chroniques.

Les sangsues souvent appliquées à l'anus, l'aloès à l'intérieur, le régime le plus sévère, le repos des yeux, les révulsifs superficiels et profonds, rapprochés ou éloignés, ne m'ont pas réussi contre ce mal; mais j'ai obtenu une grande amélioration en pratiquant des scarifications sur les vaisseaux de la circonférence de la cornée. En les multipliant à distance, je suis parvenu à oblitérer un grand nombre de ces vaisseaux et à provoquer la résorption d'épanchements assez larges pour troubler la vue. Chez un malade que j'ai fait voir à mon ami M. Græfe, de Berlin, le 28 novembre 1854, les scarifications ont produit une amélioration telle, que la lecture, impossible avant le traitement, est devenue facile à la distance ordinaire. Je crains bien que ces scarifications, aidées de moyens généraux énergiques, ne réussissent pas à amener une guérison durable.

SYMPTÔMES PHYSIOLOGIQUES. — *État aigu.* — La photophobie est ordinairement portée à un haut degré, lorsque des vaisseaux se sont montrés sur la cornée. Les malades se cachent les yeux pour les soustraire à l'action de la lumière; ils se couchent la face tournée contre les oreillers, et, si ce sont des enfants qu'on porte encore, ils s'appuient la face sur l'épaule de leur mère. Lorsqu'on essaie d'examiner leurs yeux, ils cherchent par tous les moyens possibles à s'y opposer. Ils contractent énergiquement les orbiculaires et secouent la tête dans tous les sens. Au moment où l'on parvient par la force à écarter les paupières, un flot de larmes s'en échappe, ruisselle sur la joue, et l'on constate alors les symptômes anatomiques que nous avons décrits. Ce spasme, qui porte à la fois sur les muscles des paupières et de l'œil, dure le plus ordinairement pendant un temps très long. La douleur est d'autant

plus vive que la photophobie est plus grande. Le malade ne souffre point lorsqu'il se tient dans une obscurité complète. Il n'éprouve qu'une sensation de chaleur incommode. (Voy. *Examen des enfants*, vol. I, p. 59.)

État chronique. — La photophobie n'existe qu'à un degré très faible, quelquefois même elle a complètement disparu. Le malade, lorsque l'état chronique est franc, ne paraît éprouver d'autre gêne que le trouble apporté dans la vision par la présence des vaisseaux et des épanchements. L'état chronique passe fréquemment à l'état subaigu et se termine assez souvent par le pannus.

MARCHE. — **DURÉE.** — La kératite vasculaire n'a rien de fixe dans sa marche; pendant quelque temps à l'état aigu, elle passe très fréquemment ensuite à l'état chronique. Alors la photophobie tombe plus ou moins, et l'on ne voit plus sur la cornée que des taches vers lesquelles se rendent des vaisseaux. Lorsque ceux-ci sont très nombreux, il en résulte une sorte de pannus qui trouble la vision et l'empêche même dans quelques cas. Le plus ordinairement, ces vascularités de la cornée ramènent l'état aigu, et en même temps l'aversion de la lumière et toutes les conséquences de la kératite.

La durée de cette maladie ne peut donc être limitée; elle disparaît complètement parfois, dans l'espace de peu de jours, pour se montrer de nouveau plus intense quelque temps après. Chez quelques individus, elle ne cède complètement que lorsque la constitution s'est modifiée sous l'influence d'un traitement tonique convenable et d'une bonne hygiène.

On sait que, chez quelques enfants scrofuleux, lorsque la photophobie dure pendant des années, on a constaté une déviation permanente de la tête du côté de l'œil malade (Scarpa). Cependant nous devons nous hâter de dire que si le traitement est bien dirigé, on parvient toujours à combattre la photophobie. Je n'ai jamais vu de déviations reconnaissant une semblable cause.

PRONOSTIC. — Il est en général favorable; cependant il devient grave dans quelques cas, surtout lorsqu'il se forme de larges ulcérations sur la cornée ou que la maladie existe depuis longtemps.

TERMINAISONS. — La kératite vasculaire compte plusieurs terminaisons différentes :

1° *La résolution.* — On l'obtient assez fréquemment par un traitement bien dirigé.

2° *L'état chronique.* — La cornée se vascularise et demeure plus ou moins couverte de vaisseaux qui, par leur réunion, forment un pannus, comme nous l'avons dit aux symptômes de l'état chronique.

3° *Les ulcérations de la cornée avec leurs conséquences.* (Voyez plus bas *Ulcères.*)

TRAITEMENT. — 1° *De la kératite aiguë.* — Deux moyens se présentent comme dans presque toutes les ophthalmies externes : les *antiphlogistiques* et les *abortifs*.

A. *Antiphlogistiques.* — On applique à la tempe un nombre de sangsues proportionné à l'âge et à la force du malade. Après l'administration d'un purgatif, on prescrit à faible dose le calomel uni à la belladone sous forme pilulaire. On peut recommander de faire sur le front et autour de l'orbite des frictions avec une pommade contenant parties égales d'onguent napolitain et d'extrait de belladone ; mais cela n'offre pas toujours un grand avantage. Le malade est tenu à la diète, on lui prescrit l'usage de boissons aqueuses. La chambre qu'il doit garder est médiocrement éclairée. Après deux ou trois jours, si l'inflammation est aussi forte, on répétera les émissions sanguines locales, et l'on prescrira à l'intérieur les préparations dont nous venons de parler, en observant de se tenir toujours dans des limites convenables.

Assez ordinairement la photophobie tombe après quelque temps ; mais, lorsqu'il n'en est point ainsi, on a recours aux instillations de nitrate d'argent très faible, répétées un grand nombre de fois par jour, et plus tard, ce que les malades supportent très bien, à l'introduction matin et soir, entre les paupières, d'un peu de pommade de précipité rouge parfaitement bien porphyrisé.

Depuis huit ou neuf ans que j'emploie cette pommade dans un grand nombre de maladies de cette nature, j'en ai obtenu les meilleurs résultats. Des enfants de dix à douze ans, photophobes depuis un temps très long, qui ne s'élevait pas à moins de cinq ou six mois, ont été guéris par ce moyen dans l'espace de quelques jours. Il est indispensable, je le répète, que cette pommade soit parfaitement porphyrisée et faite avec de la graisse ou du beurre très frais et bien lavé, auxquels dans les temps chauds il est bon d'ajouter un peu de cire.

B. *Abortifs.* — Aussitôt que la kératite se déclare, on peut faire immédiatement avorter l'inflammation sous l'emploi du nitrate d'argent en collyre ; mais comme ce moyen offre de notables inconvénients, on n'y doit recourir qu'après avoir fait d'autres essais plus doux. On ne réussira toutefois à obtenir ce résultat qu'à plusieurs conditions.

Le collyre contiendra au moins un vingtième de sel.

Les instillations seront répétées toutes les demi-heures pendant au moins un jour.

Lorsque les instillations auront été commencées, elles ne seront plus interrompues avant que la photophobie ait disparu.

Ces conditions essentielles, la fréquence des instillations surtout, sont difficiles à obtenir de certains malades excitables. Le collyre instillé dans l'œil est comparé par ces malades, quant à la douleur qu'il y occasionne, à l'introduction du feu. Cette douleur, très vive aux premières instillations, devient insupportable pour eux après quelque temps. Quelques-uns luttent avec énergie contre leur propre excitabilité, mais sont alors pris d'accès convulsifs qui les obligent dès les six ou huit premières instillations à abandonner complètement ce moyen. On doit donc se garder de recourir au collyre de nitrate d'argent lorsqu'on a affaire à des individus aussi nerveux. Mais lorsqu'on l'aura prescrit, et que le malade l'aura supporté, on en éloignera les instillations après le premier jour, et elles ne seront plus faites qu'une seule fois par heure ou environ, puis réduites encore à quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures. On remarque qu'après quelque temps de l'emploi du nitrate la conjonctive présente une sorte de relâchement tout particulier et très difficile à faire disparaître par des excitants.

2° *Traitement de la kératite chronique.* — Les excitants doivent être prescrits dans une sage mesure pour donner à la cornée un degré d'inflammation convenable. Le précipité rouge me semble devoir être choisi de préférence. On l'emploie matin et soir ou toutes les vingt-quatre heures en l'introduisant entre les paupières (5 à 10 centigrammes de sel pour 2 grammes de beurre). Après deux, trois ou quatre jours, plus ou moins, ce moyen sera mis de côté si l'œil est modérément rouge. Alors on conseillera un collyre très légèrement astringent, comme celui de tannin ou de ratanhia ; on donnera quelques purgatifs, et le malade sera tenu autant que possible à la chambre, qui sera peu éclairée pour éviter

que la lumière ne provoque une injection de l'œil trop forte. Lorsque les vaisseaux commenceront à pâlir, ma pommade de borax (15 à 30 centigrammes pour 2 grammes d'axonge), employée comme la précédente, sera d'un grand secours pour les faire disparaître complètement.

Si la vascularisation de la cornée est très ancienne et les vaisseaux très nombreux, la maladie résistera à ces moyens : c'est alors qu'un collyre de nitrate d'argent contenant une partie de ce sel pour 14 ou 19 parties d'eau pourra donner à l'œil une excitation suffisante. Il est superflu de dire qu'on ne continuera pas les instillations lorsque le degré d'inflammation nécessaire aura été obtenu. On reviendra alors au collyre astringent faible dont nous avons parlé.

Lorsque la vascularisation de la cornée se liera à la présence des *granulations* ou à celle de la *choroïdite*, c'est à ces maladies que le traitement devra s'adresser.

RÉSUMÉ DU TRAITEMENT. — I. *Un sujet de quinze ans est atteint d'une kératite vasculaire à l'état aigu, partielle, avec ou sans épanchement superficiel très petit, ulcéré ou non. Une ou plusieurs pustules existent sur la cornée; la sclérotique et la conjonctive sont injectées. Photophobie. Le sujet est excitable; il ne pourra pas supporter le collyre de nitrate d'argent. Prescrivez :*

a. 10 sangsues près de la tempe.

b. Le lendemain, 60 grammes de manne.

c. Matin et soir, à partir du lendemain du purgatif, prendre une pilule :

Calomel. 20 centigr.

Extrait de belladone. . . 8 —

Sirop simple. q. s.

F. s. a. 8 pilules.

d. 5 ou 6 fois le jour faire une friction sur le front et sur les tempes avec gros comme une noisette de la pommade suivante :

Onguent napolitain. 10 gram.

Extrait de belladone sans fécule . . 20 —

Eau distillée. q. s.

F. s. a. une pommade molle et homogène.

e. Lotions d'eau fraîche sur l'œil malade.

f. Garder la chambre; repos de l'œil malade; des potages pour toute nourriture.

Même diagnostic. — Sujet peu excitable.

Instiller dans l'œil malade toutes les demi-heures pendant quelques heures, puis d'heure en heure seulement, une goutte du collyre suivant :

Eau distillée. 10 gram.

Nitrate d'argent cristallisé. . de 40 à 60 centigr.

F. s. a. un collyre.

On débute par 40 centigrammes, et le lendemain, si le malade ne peut pas encore ouvrir les yeux en tournant le dos à la fenêtre, on porte la dose du collyre à 60 centigrammes, plus ou moins, selon le degré de tolérance. Les instillations sont éloignées d'heure en heure. On ne cesse l'usage du moyen que lorsque la photophobie a disparu, et elle disparaîtra certainement si l'on n'a point fait une erreur de diagnostic. On n'oubliera pas que, le lendemain des premières instillations, les paupières seront rouges et gonflées et que l'œil sera douloureux; mais la lumière sera mieux supportée, c'est le signe le plus certain qu'au lieu de s'arrêter, on doit continuer avec persévérance.

II. *La photophobie diminue; on cesse l'usage du collyre de nitrate d'argent; la rougeur n'est cependant pas encore assez tombée pour que les excitants puissent être conseillés sans danger de réveiller l'inflammation. Prescrivez :*

1° Bassiner l'œil malade sept ou huit fois par jour avec le collyre :

Eau distillée. 120 gram.

Eau de laurier-cerise filtrée 5 —

Borate de soude 40 centigr. à 50 centigr. progressivement.

F. s. a.

2° Appliquer un vésicatoire volant derrière l'oreille.

3° 60 grammes de manne ou 10 à 20 grammes d'huile de ricin.

4° Une pilule de 5 centigrammes d'aloès matin et soir, pour obtenir une dérivation légère sur le canal digestif.

III. *La kératite est chronique; il n'y a pas de photophobie. Prescrivez :*

Introduire entre les paupières, matin et soir (ou une seule fois par jour, si le sujet est excitable), gros comme un grain de blé de la pommade suivante :

Beurre lavé et très frais. 2 gram.
 Camphre 3 centigr.
 Précipité rouge parfaitement porphyrisé 10 à 20 centigr.

F. s. a. une pommade un peu molle.

Cesser l'usage de cette pommade aussitôt que l'excitation sera suffisante, pour passer au collyre de borax faible dont la formule est plus haut.

IV. *La kératite est très chronique.* Prescrire tout de suite le nitrate d'argent en collyre (1 partie sur 20 d'eau) pour obtenir l'excitation convenable.

Si la kératite vasculaire occupe la moitié supérieure de la cornée, renverser la paupière supérieure qui sera couverte de granulations; traiter celles-ci comme il a été recommandé (voy. *Granulations*, t. II, p. 139), sans s'occuper d'abord de la maladie de la cornée.

Chez les personnes lymphatiques ou scrofuleuses, traitement général approprié après la disparition des accidents aigus.

B. — Kératite vasculaire profonde.

Cette variété de kératite est toujours la suite d'une ophthalmie chronique et n'attaque que des individus d'un certain âge.

SYMPTÔMES ANATOMIQUES. — Les vaisseaux, dilatés, tortueux, d'ordinaire de couleur rouge brun ou violacé, rampent dans les lamelles profondes de la cornée, convergent par leurs sommets vers le centre de cette membrane, et forment souvent à cet endroit des épanchements de lymphe plastique plus ou moins larges et opaques. Si l'on se place de côté, il est facile de voir que ces vaisseaux occupent un plan postérieur par rapport aux lames antérieures de la cornée qui ont conservé leur transparence. On reconnaît encore qu'il en est ainsi à ce que leur base vers la circonférence de la cornée disparaît pour se montrer plus loin dans le tissu cellulaire sous-conjonctival même, ou dans la sclérotique, tandis que les vaisseaux des kératites superficielles se continuent sans interruption de la conjonctive sur la cornée. Rarement cette kératite est partielle, presque toujours elle est générale.

Dans toutes les kératites profondes, des désordres graves sont constatés ordinairement dans la plupart des membranes. Les vaisseaux de la cornée ne constituent point seuls les symptômes.

L'ensemble de la membrane offre une couleur verdâtre plus ou moins foncée; elle paraît être ramollie, du moins à un certain degré. Souvent, dans les cas graves et anciens, elle forme une saillie plus prononcée que de coutume; quelquefois même elle présente un commencement de staphylôme sphérique au sommet duquel on peut reconnaître des épanchements interlamellaires ou des ulcérations.

Au pourtour de la cornée, il y a un anneau vasculaire rouge brun caractéristique de la chronicité de la maladie. De gros vaisseaux variqueux de couleur rouge violacé foncé, et dont la base est tournée vers le pourtour du globe, rampent sur la *sclérotique* et dans le *tissu cellulaire sous-conjonctival*, et viennent se perdre au milieu de l'injection diffuse dont nous avons parlé pour paraître un peu plus loin dans la cornée.

La *conjonctive* est également parcourue de vaisseaux bruns plus ou moins nombreux.

Souvent la kératite vasculaire profonde accompagne les staphylômes de la sclérotique, consécutifs de l'inflammation chronique de la *choroïde*.

La *chambre antérieure*, lorsqu'on peut encore l'apercevoir, est plus grande qu'à l'état normal, par suite du ramollissement de la cornée; l'*humour aqueuse* paraît trouble, mais cela peut tenir à la coloration morbide de la cornée. L'*iris*, probablement pour la même cause, paraît aussi décoloré et de couleur verdâtre; la *pupille*, irrégulière, immobile, est ouverte plus largement que de coutume; le *fond de l'œil* paraît trouble comme tout le reste.

SYMPTÔMES PHYSIOLOGIQUES. — La kératite profonde étant le résultat d'une sorte de désorganisation de la plupart des membranes de l'œil, doit s'accompagner nécessairement des symptômes physiologiques applicables à la maladie de chacune considérée à l'état chronique. Quelquefois le malade n'accuse qu'une sensation de gêne, de plénitude dans les mouvements du globe; d'autres fois il est tourmenté de névralgies intermittentes comme dans la choroïdite. La vision est diminuée ou abolie comme dans l'amaurose commençante ou incomplète.

MARCHE. — DURÉE. — Cette maladie ne se montrant qu'à la suite d'affections graves de quelques-unes des membranes du globe et ne débutant que très rarement par la cornée elle-même, marche avec une excessive lenteur.

PRONOSTIC. — Il est très grave; la cécité, complète dans un temps plus ou moins éloigné, est toujours la suite de la kératite vasculaire profonde.

CAUSES. — Toutes celles de la choréïdite. Les ophthalmies répétées, les fréquentes congestions cérébro-oculaires, etc., etc., précèdent ordinairement la kératite vasculaire profonde.

TERMINAISONS. — Ulcération de la cornée, perforation; staphylôme d'abord sans adhérence avec l'iris, puis avec synéchie antérieure; amaurose, dégénérescence du globe, atrophie.

TRAITEMENT. — Il ne peut être que général; les collyres sont absolument contre-indiqués. Le crayon de nitrate d'argent devra surtout être éloigné par ce double motif, qu'il n'atteindrait point les vaisseaux à travers les tissus interposés, et que la réaction qu'il produirait pourrait être très fâcheuse en réveillant l'inflammation des autres membranes de l'œil. L'excision plus ou moins étendue de la muqueuse ne réussira pas mieux, parce que les vaisseaux principaux sont situés plus loin que le tissu cellulaire sous-conjonctival. C'est à une médication antiphlogistique sage, appropriée à la constitution du sujet, aux applications de sangsues, aux purgatifs et plus tard aux révulsifs cutanés plus ou moins énergiques (vésicatoires, sétons, moxas), qu'on devra avoir recours.

C. — Kératite suppurative (1), ou abcès de la cornée (2).

Les abcès de la cornée sont un des résultats les plus fréquents de la kératite; ils constituent seuls très souvent le symptôme prin-

(1) La dénomination de *kératite suppurative* donnant une idée exacte de ce que nous avons voulu décrire, nous conserverons ce mot, faute d'une meilleure expression.

(2) M. Broca (*Mémoire sur les affections désignées sous les noms vicieux de capsulite et de kératite*, dans *Archives d'ophtalmologie*, t. II, p. 237), ayant paru nier la présence du pus dans les abcès de la cornée, j'ai dû rechercher la vérité. La note suivante éclaircit suffisamment cette question :

*Note sur la présence des globules de pus dans les abcès de la cornée,
par MM. Desmarres et Ch. Robin.*

L'absence de vaisseaux dans la cornée a fait mettre en doute la production de pus dans son épaisseur. La couleur blanchâtre du liquide pourrait, en effet, être due simplement à des granulations de nature azotée, ou à des granulations

de cette maladie. Ils varient de siège, non-seulement quant au point qu'ils occupent dans la surface de la membrane, mais encore quant à la profondeur à laquelle ils parviennent vers la chambre antérieure.

De là, les épanchements ou abcès *superficiels*, *moyens* ou *profonds*; trois divisions principales qui correspondent parfaitement aux kératites superficielles, interstitielles ou profondes que nous avons conservées.

Les abcès ont encore été divisés en *primitifs* et en *secondaires*, selon qu'ils se sont montrés dans la cornée à la suite d'une inflammation propre de cette membrane, ou, au contraire, après une ophthalmie qui aurait débuté par la conjonctive ou par toute autre partie de l'œil. On reconnaît aussi des abcès *aigus* ou *chroniques*, *chauds* ou *froids*.

Les abcès de la cornée ont une couleur et des formes toutes particulières; vers leur circonférence, ils sont en général d'un blanc tirant légèrement sur le bleu, et deviennent d'autant plus opaques qu'on se rapproche davantage de leur centre. Leur pourtour est nuageux et se fond en quelque sorte d'une manière insensible avec

graisseuses en suspension dans un liquide quelconque; on rencontre quelquefois dans des kystes, au centre de caillots fibrineux anciens, etc., des liquides puriformes, qui doivent leur couleur à des particules en suspension autres que les globules de pus.

Voici ce que l'observation apprend en ce qui touche les abcès de la cornée :

Première observation, n° 8935. — Madame Rosemaki, soixante-deux ans, cuisinière, rue de Fleurus, 23, est atteinte depuis bien des années d'une tumeur lacrymale double.

7 septembre 1854. — Il y a trois semaines, elle ressent des douleurs péri-orbitaires très vives, et bientôt une violente kératite se déclare dans son œil droit. Pendant deux semaines le mal augmente, mais depuis huit jours il devient moins vif.

La cornée présente à sa partie inférieure externe un large abcès dont le centre, perforé depuis hier, laisse voir une petite hernie de l'iris. Les lames kératiques sont infiltrées au loin d'une matière jaunâtre.

Le même jour, M. Desmarres ouvrit quelques-unes de ces lames, et en retira, à l'aide d'une petite aiguille à cataracte, deux petites gouttes. Le liquide est visqueux, plutôt de consistance muqueuse et tenace que diffusible comme le pus phlegmoneux. L'une des portions est examinée sans addition d'eau, l'autre après addition d'eau. L'une et l'autre présentent de nombreux globules sphériques, finement granuleux, un peu plus transparents et un peu plus réguliers dans la préparation faite avec addition d'eau que dans l'autre. Ces globules ont un diamètre qui varie de 11 à 13 millièmes de millimètre. Quelques-uns d'entre eux