

cidents sérieux du côté de l'organe malade. Dans ces cas, il n'est pas rare que le moyen, bon en principe, ne devienne en réalité mauvais par suite de circonstances entièrement individuelles.

Que de fois ne voit-on pas des patients revenir avec une inflammation beaucoup plus forte qu'avant l'instillation du collyre, et se refuser absolument à y recourir de nouveau! Hâtons-nous donc de le redire, l'azotate d'argent n'est point, chez tous les individus indistinctement, un topique applicable au traitement de la même maladie; nous pourrions en citer de très nombreux exemples, et entre autres celui d'une jeune femme chez laquelle, indépendamment d'accidents nerveux assez graves, l'azotate d'argent, au bout de trois instillations, a produit un commencement de chémosis, bien qu'il n'existât d'abord qu'une simple kératite partielle datant de deux à trois jours, avec un petit épanchement large tout au plus de 2 millimètres. Le chémosis aurait cédé sans nul doute à des instillations régulières et longtemps continuées, ce qui ne put avoir lieu à cause de la vive douleur et des accidents nerveux que le médicament occasionnait; ce collyre était au 24°.

Ces deux méthodes, applicables seulement aux épanchements accompagnés d'un état aigu, doivent faire place à une médication révulsive dans le cas d'abcès à l'état chronique. Les saignées locales et générales ne sont plus nécessaires ici, du moins dans beaucoup de cas; les purgatifs, les préparations mercurielles à dose altérante, les vésicatoires volants derrière les oreilles et autour des orbites, forment alors la base du traitement. Quelques collyres ou quelques pommades excitantes peuvent être conseillés aussi.

En pratiquant autour de l'orbite des frictions mercurielles, soit pendant l'état aigu, soit pendant l'état chronique, pourra-t-on diminuer la plasticité du sang et empêcher ainsi l'organisation de la matière épanchée? C'est un point encore fort obscur, du moins à notre avis; il n'est, au reste, pas toujours sans danger d'employer l'onguent napolitain chez certains sujets, et en particulier chez les enfants lymphatiques. Nous en avons vu un assez grand nombre, à la suite d'un traitement long et dans lequel ce moyen figurait en première ligne, pâlir, devenir languissants, tomber dans un état cachectique, et ne se relever souvent qu'après bien du temps sous l'influence d'une médication tonique persévérante et bien dirigée.

Lorsque les épanchements, au lieu de s'arrêter et de disparaître,

acquièrent un volume de plus en plus grand, et proéminent soit dans la chambre antérieure, soit au dehors, convient-il, malgré le traitement employé, de les ouvrir avec la lancette? Pour notre compte, nous n'avons jamais vu ce moyen réussir ni à nos malades, ni à ceux d'autres praticiens. Dans un cas, nous avons ouvert la cornée chez une vieille femme atteinte d'un abcès profond, et le pus ne s'est point écoulé au dehors, parce que la densité de ce liquide était devenue trop grande. L'inflammation n'en a suivi une marche que plus rapide et plus fâcheuse, la plaie est restée béante, et la lamelle profonde a été détruite plus tard par une ulcération.

#### D. — Kératite ulcéreuse, ou ulcères de la cornée.

Les ulcères de la cornée, terminaison la plus ordinaire des abcès ou des phlyctènes de cette membrane, méritent d'être étudiés avec le plus grand soin. De même que les abcès, on les divise en *superficiels*, en *moyens* et en *profonds*; comme ces premiers, selon la cause qui les a produits, ils varient quant à la place qu'ils occupent, quant à leur forme et à leur disposition. Ainsi dans certaines ophthalmies ils sont très superficiels au début, et deviennent lentement de plus en plus profonds; dans d'autres, aussitôt qu'ils se montrent, ils ont presque envahi toutes les lamelles de la cornée; ils sont de forme régulière et d'étendue très bornée; là ils n'ont pas de forme bien arrêtée, et ils sont très grands.

*Ulcères superficiels aigus. — Première espèce.* — Très souvent de la grandeur d'un grain de millet, ils sont circulaires, complètement isolés, et plus larges d'ouverture que de fond. Ces ulcères occupent presque constamment le centre de la cornée; ils sont entourés conséquemment de parties saines en apparence; au fur et à mesure qu'ils marchent d'avant en arrière, ils deviennent infundibuliformes. Au fond de l'ulcération, on voit une lamelle transparente, saine, brillante et sans aucune sorte d'opacité. *Pendant tout le temps que cette lamelle demeure brillante, on remarque que le malade est atteint d'une violente photophobie, et que l'ulcération gagne en profondeur. Au contraire, lorsque le centre de l'ulcération se couvre d'un léger nuage blanchâtre, la difficulté de supporter le jour diminue, et les autres membranes*

tendent à reprendre leur coloration normale. L'ulcération marche alors vers la cicatrisation.

Ces ulcères se montrent presque toujours chez des sujets scrofuleux.

*Seconde espèce.* — Toujours la conséquence de la rupture au dehors d'un abcès superficiel de la cornée, les ulcères de cette seconde classe sont placés sur la circonférence de la cornée, et ils ont la forme d'un quart de cercle ou d'un demi-cercle dont le diamètre varierait de 2 à 8 millimètres. Très superficiels, et aussi larges à leur fond qu'à leur surface externe, ils laissent voir à leur partie la plus profonde des parties irrégulières de lamelles détruites. Ces ulcérations sont ordinairement plus larges que les précédentes; elles sont plus transparentes à leur centre qu'à leur circonférence, et s'accompagnent d'une photophobie en rapport avec cette transparence.

C'est surtout pendant l'ophtalmie granuleuse qu'on observe cette variété.

*Ulcères moyens aigus.* — Ils intéressent, non-seulement les lamelles externes, mais encore les lamelles moyennes de la cornée; le plus ordinairement ils sont la conséquence de la rupture au dehors des abcès moyens, ou la suite d'un ulcère superficiel qui tend à devenir plus profond. Il est assez commun d'observer que l'œil atteint d'un abcès dont la rupture est imminente demeure dans un état de calme plus ou moins grand jusqu'au moment où la matière contenue se fait route au dehors; alors les lamelles placées en arrière de celles qui ont été détruites se trouvant en contact direct avec les larmes et avec l'air atmosphérique, une photophobie, qui n'est que la conséquence de l'irritation causée par cet état de choses, se déclare et persiste jusqu'à ce que la lamelle qui forme le fond de l'ulcère se recouvre d'une exsudation plastique. Malheureusement, l'ulcère moyen de la cornée n'en demeure pas toujours à cette terminaison; il gagne peu à peu la partie profonde qui se ramollit, puis se transforme enfin en ulcération profonde.

*Ulcères profonds aigus.* — Ils sont le résultat le plus ordinaire de la destruction des lamelles superficielles et moyennes à la suite d'un abcès, ou la conséquence d'un ulcère moyen qui aurait gagné en profondeur. Ils varient de largeur de même que les précédents;

les uns n'ont que 3 ou 4 millimètres à leur ouverture externe, tandis que d'autres peuvent comprendre dans leur base une très grande partie de la cornée. Cette base, bien qu'arrivant à une égale profondeur dans les deux cas, présente cependant de notables différences, comme elle offre plus de résistance dans les ulcères étroits que dans les ulcères étendus. Les lamelles profondes se comportent autrement. En effet, s'il est assez rare qu'au fond de l'ulcère étroit on remarque une saillie convexe plus ou moins opaque, il est au contraire très commun d'en constater bientôt l'existence dans les ulcérations fort larges. Cette saillie, convexe en avant, peut être formée par une hernie de la membrane de l'humeur aqueuse, ou par les lamelles profondes de la cornée; elle a reçu le nom de *kératocèle*.

La hernie de la membrane de l'humeur aqueuse se présente sous la forme d'une petite vésicule transparente, au fond de laquelle on reconnaît souvent une fistule de la cornée communiquant avec la chambre antérieure; la hernie des lamelles profondes de la cornée, au contraire, est une tumeur plus large que la précédente, d'un blanc jaunâtre, plus saillante au centre de l'ulcération qu'ailleurs, et présentant un volume en rapport, quant au diamètre, avec le fond de l'ulcération. Cette tumeur, formée, ainsi que nous l'avons dit, aux dépens des lamelles profondes de la cornée et remplie d'humeur aqueuse, demeure quelquefois cachée dans l'ulcération; mais assez fréquemment elle s'élève au delà du niveau normal de la cornée, phénomène qui est le résultat tout à la fois du ramollissement inflammatoire de la membrane, et de l'action simultanée des muscles sur l'ensemble de l'organe. C'est ainsi que se forment si souvent les *kératocèles* après l'abrasion de la cornée, dans les taches opaques de cette membrane.

Nous ne pensons pas, malgré l'opinion contraire de M. Malgaigne, que l'amincissement de la cornée, soit au moyen de l'instrument tranchant, soit à la suite d'une ulcération, ne puisse aucunement prédisposer au *kératocèle*. Comparant cette tumeur à l'anévrysme des artères, il avance qu'en amincissant un de ces vaisseaux par dehors, on ne produira pas d'anévrysme. Rien n'est plus vrai que ce fait, si l'on se rapproche du moment de l'opération; mais il n'en est plus de même lorsqu'on s'en éloigne, parce que le fond de la plaie, formé d'abord par des parties saines, ne tarde point à offrir des conditions toutes différentes, celle-ci étant soumise bientôt, du moins en ce qui touche la cornée, à une

inflammation produite à la fois par les larmes et par l'air atmosphérique.

Quoi qu'il en soit, il est du plus haut intérêt pratique de constater la présence d'un kératocèle au fond d'un ulcère central, parce que, la perforation étant imminente, le praticien doit songer avant tout à protéger l'iris contre une procidence. Il arrive assez souvent que, pendant la durée d'un kératocèle, une abondante exsudation plastique paraît à la surface de la lamelle profonde, et qu'en marchant, la cicatrisation réduit la tumeur. C'est une terminaison qu'on constate assez souvent dans les ulcérations étroites. Hâtons-nous de le dire cependant, la perforation complète est de beaucoup plus fréquente, lorsque le kératocèle s'est une fois montré.

L'ulcération en dedans des lamelles profondes de la cornée provoque rarement une autre variété de kératocèle, signalée par M. Jüngken, qui se forme aux dépens de la lamelle externe de cette membrane (Stœber, page 266). Nous y reviendrons lorsque nous parlerons du kératocèle proprement dit.

*Ulcères par abrasion.* — On les observe le plus souvent dans l'ophtalmie purulente. Ils marchent avec une rapidité telle que souvent, en quelques heures, la cornée est dépouillée de ses lamelles superficielles dans une grande étendue. Bientôt les lamelles médianes sont atteintes par la suppuration et disparaissent immédiatement comme les premières. La cornée, ainsi amincie successivement, demeure claire pendant quelque temps; ce n'est que lorsque la dernière lamelle commence à s'enflammer qu'elle revêt une teinte opale un peu rougeâtre, en prenant la forme conique. Elle diminue alors dans tous ses diamètres, puis se perfore. On conçoit que, si de tels ulcères sont d'abord superficiels, ils deviennent bientôt moyens et profonds. Ware, qui a parfaitement bien décrit cette variété d'ulcération, lui a donné le nom d'*ulcère par abrasion*, que nous lui conservons.

*Ulcères annulaires.* — Ils se présentent sous la forme d'une excavation annulaire, circonscrivant le plus ordinairement toute la cornée. Placés à 2 millimètres au plus de la circonférence de la membrane, ils succèdent toujours à un abcès de même forme. Ils se présentent, de même que l'épanchement qui les précède, à la suite des ophtalmies purulentes ou du chémosis phlegmoneux qui accompagne si souvent les ophtalmies suraiguës. On les voit

aussi survenir tout à coup sans inflammation préalable. Lorsque de superficiels ils deviennent profonds, ils marchent de telle sorte que, ainsi que nous l'avons dit à propos des abcès, la cornée, détachée circulairement par les progrès du mal, peut être largement ouverte ou même lancée à quelque distance, au moment où l'on examine l'œil. Cette membrane est ainsi détruite par une sorte de gangrène par étranglement.

Cette variété d'ulcères s'accompagne d'une très grande photophobie.

Les *ulcères en coup d'ongle* de M. Velpeau ne sont autre chose que l'ulcère annulaire partiel. Rarement ils existent vers le centre de la cornée. Les adultes, surtout les hommes, y sont plus exposés que les enfants. Cet ulcère, taillé à pic aux dépens des lamelles externes, est cinq ou six fois plus long que large; son diamètre, dans ce dernier sens, ne dépasse point 2 millimètres. Une fois développé, c'est d'avant en arrière qu'il avance, dans le sens de sa longueur; il ne varie pas de largeur, et l'on voit se rendre vers ses bords quelques vaisseaux isolés les uns des autres et très déliés. Il marche avec une grande rapidité et laisse à sa suite un large kératocèle, lorsqu'il ne perfore pas tout de suite la cornée. La photophobie et le larmolement sont extrêmes tant que le fond de l'ulcère demeure transparent.

*Ulcères chroniques.* — Tous les ulcères que nous venons de passer en revue, après avoir avancé avec une certaine activité, s'arrêtent quelquefois tout à coup dans leur marche; la photophobie qui les accompagne tombe, l'injection des membranes voisines disparaît; mais, si l'on examine la cornée, on reconnaît que l'ulcération existe toujours et qu'elle se présente sous la forme d'une facette taillée aux dépens de l'épaisseur de la cornée, et par cela même plus ou moins profonde, ou même d'une excavation.

Le calme qui résulte du passage de l'ulcère à l'état chronique dure jusqu'au moment où l'ulcération se réveille et passe de nouveau à l'état aigu, c'est-à-dire pendant un temps toujours indéterminé et qui peut être fort long. Parfois ces ulcérations servent de point de départ à des ophtalmies qui se répètent avec une fréquence désespérante, jusqu'à ce que l'excavation soit remplie d'une matière opaque qui rétablit complètement le niveau de la cornée. Il est assez commun, surtout chez les scrofuleux, de voir sur la même cornée plusieurs facettes ulcéreuses. Ces facettes sont

quelquefois assez difficiles à trouver, surtout si l'on est presbyte. On peut alors promener devant l'œil la flamme d'une bougie, comme le recommande M. Laugier, et l'on reconnaîtra l'ulcère à la déformation de l'image, ou mieux encore se servir d'un ophthalmoscope.

MARCHE DES ULCÈRES EN GÉNÉRAL. — Les ulcères se comportent de différentes manières, selon qu'ils sont à l'état aigu ou chronique, et selon les autres caractères particuliers qui les distinguent. En général, dans le premier cas, la réaction est beaucoup plus vive que dans le second, toutes choses égales d'ailleurs, et elle est caractérisée par la photophobie produite par cette circonstance, qu'en marchant d'avant en arrière l'ulcère met successivement à nu, dans une étendue variable, les lamelles de la cornée : les uns emploient un temps très court à parcourir leurs périodes ; d'autres, au contraire, marchent avec une extrême lenteur.

TERMINAISONS. — Les ulcères se terminent de deux manières : par *cicatrisation* et par *perforation* de la cornée.

La *cicatrisation* doit être considérée sous deux aspects différents, selon qu'elle se forme avec ou sans opacité, ce qui dépend le plus souvent de la profondeur à laquelle l'ulcération est parvenue.

Nous avons dit plus haut que les ulcères de la cornée s'accompagnent d'une photophobie d'autant plus grande qu'ils ont un fond plus transparent ; nous avons ajouté que cette photophobie tombe au fur et à mesure de la formation d'une tache dans leur partie profonde. Cette observation mérite d'être notée, parce qu'elle est utile au point de vue du traitement.

Il n'est pas sans intérêt, en effet, de reconnaître par les signes objectifs si l'ulcération tend ou non à faire des progrès. Aussitôt qu'un ulcère est près de s'arrêter dans sa marche, on voit sur la lamelle profonde et sur les bords déchirés des lamelles antérieures les phénomènes suivants : de petits points opaques presque microscopiques et d'abord très écartés les uns des autres, entre lesquels se présente un léger nuage uniforme d'un blanc bleuâtre, parsèment le fond de la cavité. Ces petits points augmentent progressivement en volume et en nombre, l'opacité intermédiaire devient plus apparente et d'une teinte blanchâtre plus prononcée.

Les bords de l'ulcération, ou, ce qui est plus exact, les bords des lamelles détruites sécrètent une matière un peu jaunâtre qui couvre le fond de l'ulcère, comme la suppuration masque dans les plaies cutanées le travail d'organisation des cicatrices. Peu à peu, les petits points coniques se multiplient encore et finissent bientôt par se toucher à leur base, de même que les bourgeons charnus qu'on observe ailleurs ; l'opacité augmente par le fait même de cette multiplication, et le fond de la plaie s'élève graduellement jusqu'au niveau de la circonférence de la cornée, et même plus loin dans quelques cas, lorsque les matériaux de cicatrisation trop abondants s'organisent à la surface de la plaie, et que le médecin peu attentif ne sait point les éloigner à temps, ce dont on vient pourtant assurément à bout en suivant le conseil du professeur Récamier, qui consiste à diriger sur la cicatrisation récente un jet d'eau tiède.

En même temps que les ulcères de la cornée se cicatrisent, que le fond s'en élève, que la cavité disparaît, un autre phénomène mérite d'être remarqué : c'est la diminution de leur surface dans tous les sens. Cette dernière partie du travail de cicatrisation est ordinairement très lente et exige le plus souvent des mois entiers. On concevra sans peine, d'après ce fait, comment il se peut que des taches de la cornée disparaissent sous l'influence de quelques médicaments ou, ce qui est plus vrai peut-être, sous l'influence du temps et de la résorption, tandis que d'autres taches, plus anciennes sans doute, résistent à toute sorte de moyens.

Notons enfin que la cornée a une singulière puissance de reproduction de son tissu propre, et que très souvent une tache, très large d'abord, fait place, avec le temps, à une surface entièrement transparente : ainsi on voit les pertes de substance superficielles de la cornée se réparer presque toujours sans opacité consécutive ; dans la kératoplastie, on voit la cornée se reproduire de la circonférence au centre, à mesure que la cornée greffée se contracte et se transforme en tissu inodulaire, etc.

La *perforation* est la terminaison la plus funeste. Elle est assez fréquente et voit sa gravité s'accroître quand l'ulcère qui l'amène à sa suite est très large, et qu'il est placé dans le centre de la cornée. Les accidents consécutifs de la perforation seraient au contraire fort simples dans beaucoup de cas, si l'ulcération était petite et placée vers la circonférence.

Cette distinction est très importante au point de vue thérapeutique.

En effet, la pupille tout entière peut traverser une perforation centrale, circonstance qui amène une cécité immédiate; tandis que la perforation vers la circonférence n'a entraîné qu'une hernie partielle du corps de l'iris, avec une déformation variable de la pupille. Toute adhérence entre l'iris et la cornée gênera d'autant plus la vision, que la synéchie aura lieu dans un point plus rapproché du bord inférieur de la pupille. (Voy. *Perforation de la cornée*, pag. 286 et suiv.)

TRAITEMENT. — *Ulcères aigus*. — Le traitement est presque toujours le même que celui de la kératite aiguë; cependant il y a quelques distinctions à établir. La médication antiphlogistique est très fréquemment insuffisante pour arrêter dans sa marche une ulcération active, et des moyens locaux deviennent presque toujours indispensables.

Parmi ces moyens, les scarifications doivent assurément prendre le premier rang. On applique les scarifications aussi bien dans la kératite vasculaire ulcéreuse que dans les ulcères ou les abcès aigus sans vaisseaux. On se borne, dans cette petite opération, à diviser les vaisseaux sur plusieurs points de leur parcours, tout près de la cornée ou même sur cette membrane, ou simplement la conjonctive quand l'abcès ou l'ulcère se sont montrés d'emblée. (Voy. *Scarification et saignée de l'œil*, p. 18.)

L'ulcération superficielle d'un petit diamètre se guérira au moyen d'un traitement antiphlogistique, de saignées au voisinage de l'orbite, de purgatifs, de bains de pieds, de frictions belladonnées répétées sept ou huit fois par jour sur le front et sur les tempes, et surtout par l'occlusion de l'œil avec compression modérée, etc.; et, quand la période suraiguë sera tombée, quelques collyres légèrement asfringents, tels que ceux de ratanhia, de tannin, de sulfate d'alumine, etc., pourront être prescrits avec grand avantage.

On évitera avec soin les préparations de plomb et l'addition du laudanum à différents collyres qui produisent quelquefois des opacités blanches, nacrées, d'un mat tout particulier et indélébiles. Le collyre d'azotate d'argent, s'il est prescrit à temps, rend dans beaucoup de cas de très bons services. Souvent il suffira de toucher l'ulcère avec un crayon de sulfate de cuivre pour faire dis-

paraître tous les accidents: c'est un moyen que je ne saurais trop recommander, surtout si l'on pratique l'occlusion immédiate de l'œil après que l'on aura fait tomber la douleur au moyen de quelques lotions d'eau fraîche.

Les *ulcères moyens* étroits seront traités de la même manière que les précédents.

Il arrivera dans quelques cas que, malgré le traitement employé, l'ulcère gagnera en largeur et en profondeur; alors il faudra se hâter de modifier l'inflammation par les moyens suivants: Si la sensibilité de l'œil le permet, et que le malade ait suffisamment de volonté, on essaiera de toucher le pourtour de l'ulcère avec un crayon de nitrate d'argent convenablement taillé; mais on se gardera bien de toucher trop fortement le fond de l'excavation, lequel, dans beaucoup de cas, commence à être plus ou moins ramolli. Si, au contraire, la sensibilité de l'œil est telle qu'il se cache avec rapidité sous la paupière supérieure au moment où l'on veut l'examiner, et qu'au même instant s'échappe une grande quantité de larmes, on ne devra plus songer au crayon. Il vaut mieux alors revenir aux antiphlogistiques, à l'eau froide, à la compression légère, etc.; puis, quand l'irritabilité diminue, toucher la surface ulcérée au moyen d'un pinceau chargé d'une solution à poids égal d'azotate d'argent cristallisé et d'eau distillée, après avoir préalablement placé le patient dans un lieu un peu obscur. La douleur, très vive d'ordinaire, qu'occasionne cette application, s'exaspère souvent pendant une heure, puis tombe peu à peu pour faire place à un état de calme assez satisfaisant.

Hâtons-nous de le dire cependant, chez certains sujets nerveux ce moyen même peut provoquer des accidents qu'il faut combattre par quelques antiphlogistiques. Il n'est pas rare que, le lendemain de la cautérisation par le pinceau, la photophobie reparaisse, et que l'ulcération reprenne une nouvelle activité. On devra alors, sans plus tarder, avec le crayon de sulfate de cuivre, ou avec le pinceau chargé d'une solution concentrée de ce sel, pratiquer une seconde cautérisation qui ne tardera pas à amener des modifications convenables dans la vitalité de l'ulcère. Très souvent, ainsi que je l'ai déjà dit, le crayon de sulfate de cuivre seul, appliqué sur les ulcérations de la cornée, m'a réussi à obtenir une très prompte cicatrisation sans qu'il ait été nécessaire de recourir à aucun autre moyen.

J'ajouterai cependant que j'ai pris pour règle de conduite à

l'égard des ulcères de la cornée, de ne les toucher avec le crayon de nitrate d'argent ou avec la solution de ce sel, que le plus rarement possible, et cela pour les raisons exposées plus haut (voy. p. 12). Rien n'est moins sûr, en définitive, que l'emploi de ce moyen : si l'on réussit quelquefois à modifier l'inflammation, on la précipite aussi et bien plus souvent vers un résultat des plus fâcheux, la perforation de la cornée.

Dans les *ulcères profonds* étroits, on peut se borner encore à toucher le pourtour de l'excavation avec un pinceau chargé de nitrate d'argent. Il faudra bien éviter de former une eschare à leur fond, dans la crainte de hâter l'apparition du kératocèle. Si cette tumeur existe, ou qu'il y ait lieu d'ailleurs de craindre une perforation, on devra aussitôt s'assurer de l'état des parties malades, car la pupille pourrait disparaître en traversant la perforation, si l'on ne dilatait immédiatement cette ouverture au moyen d'instillations d'atropine aidées de fomentations de belladone. L'iris sera ainsi maintenu retiré vers le corps ciliaire, jusqu'au moment où une cicatrisation solidement organisée le préservera d'une proci-dence. On devrait, au contraire, le laisser faire hernie, si l'ulcération était placée vers la circonférence de la cornée : la cicatrisation marcherait beaucoup plus vite, et il n'en résulterait en définitive qu'une déformation de la pupille, gênante autant seulement qu'elle serait placée en bas et en dedans ou se trouverait être très considérable.

Les *ulcères par abrasion* résistent presque toujours aux moyens les plus énergiques ; il faut avoir vu un grand nombre de malades atteints de cette affection, les avoir traités par tous les moyens recommandés et en avoir reconnu l'insuffisance, pour bien comprendre toute la ténacité et tous les dangers de cette variété de la maladie qui nous occupe. Lorsque l'ulcère est superficiel, une faible solution de nitrate d'argent, dont on touchera toute la surface dénudée, pourra, dans quelques cas rares, enrayer le mal.

En même temps, on combattra par des moyens appropriés l'ophtalmie purulente (voy. ce mot), si l'affection de la cornée en est la conséquence. On ne négligera point non plus d'employer un traitement antiphlogistique énergique et proportionné à la constitution du malade. Toutes choses égales d'ailleurs, la cautérisation superficielle de l'ulcère par abrasion sera suivie de meilleurs résultats si la maladie n'est pas la suite de l'ophtalmie purulente.

Les *ulcères annulaires* aigus, comme ceux de l'ophtalmie purulente, doivent être attaqués aussi par un traitement antiphlogistique très énergique. S'ils sont le résultat d'un chémosis, c'est cette affection qui devra être traitée d'abord. On devra surtout avoir confiance dans les scarifications de la conjonctive dans le point le plus rapproché de l'ulcère.

Les *ulcères en coup d'ongle*, selon M. Velpeau, résistent à la cautérisation avec le nitrate d'argent et sont améliorés par les frictions mercurielles autour de l'orbite. Nous ne partageons pas cet avis. La cautérisation n'est pas possible avec le crayon, toujours trop gros pour pénétrer dans une excavation si étroite ; mais elle est très avantageuse lorsqu'on la pratique au moyen du pinceau. Le professeur de la Charité se loue beaucoup de l'application des vésicatoires sur les paupières, pour enrayer la suppuration de la cornée qui survient à la suite de l'ulcère en coup d'ongle. Je n'ai point employé ce moyen dans ce cas. Là encore les scarifications sont très utiles.

Lorsque la *cicatrisation* de l'ulcère de la cornée commence, il est d'un haut intérêt de ne la point troubler dans sa marche par des cautérisations intempestives, ou par d'inutiles applications de topiques ; c'est par l'occlusion de l'œil que l'on en favorisera surtout les progrès.

Nous avons dit plus haut à quels signes on reconnaît le travail d'organisation. Lorsqu'il n'est point assez actif, que les petites plaques opaques ne se multiplient pas avec assez de rapidité, et que le fond de l'ulcération ne s'élève pas vers la surface de la cornée, une cautérisation très légère sera d'un fort grand secours ; mais, nous devons le dire aussi, la répétition trop fréquente de ce moyen pourrait, comme nous l'avons vu plusieurs fois, réveiller l'ulcère et devenir ainsi une cause de perforation (voy. p. 286). On n'oubliera pas que la cautérisation sur le fond de l'ulcération, lorsqu'il est constitué par les lamelles postérieures, est absolument contre-indiquée et qu'elle déterminerait les accidents mêmes qu'on aurait en vue de prévenir.