

est accomplie, si l'on voit qu'une portion de plus en plus grande de l'iris s'engage dans l'ulcération et menace la pupille, on doit s'empresse de dilater celle-ci et d'exercer une compression méthodique sur la tumeur. Nous remplissons cette dernière indication en appliquant une assez forte boulette de charpie sur la paupière supérieure fermée, et en plaçant une petite pièce de monnaie sur la portion de charpie qui recouvre la partie la plus saillante de la tumeur. L'appareil est maintenu par un bandage convenable, et on le lève matin et soir, pour faire en quantité suffisante les instillations de belladone nécessaires, instillations dont l'effet est encore aidé par l'application de la même substance, en extrait, sur le bord libre des paupières.

#### ARTICLE IV.

##### KÉRATITES COMBINÉES.

Nous venons d'étudier les diverses formes que présente l'inflammation de la cornée; cependant ce travail demeurerait incomplet si nous n'indiquions pas maintenant au praticien les principales combinaisons ou complications de la kératite. Il ne s'agira plus ici des abcès, des ulcères, des perforations, des fistules, des ramollissements, des staphylômes, etc., maladies propres à la cornée; mais de l'inflammation qui pourra précéder, accompagner ou suivre la cornéite dans une ou plusieurs autres membranes voisines, ou même dans les paupières.

Nous passerons rapidement en revue ces combinaisons dans ce court article, mais nous aurons soin, en décrivant la sclérotite, l'iritis, la choroïdite, d'entrer dans de nouveaux détails, comme nous l'avons fait pour les maladies que nous avons étudiées déjà.

La kératite peut être liée à la blépharite, à la conjonctivite, à la sclérotite, à l'iritis, à la choroïdite. Elle précède ou suit l'apparition de ces diverses maladies et présente, dans chacune de ces combinaisons, une forme toute particulière que nous aurons soin d'indiquer.

Nous nommerons *kérato-blépharite* l'affection qui, débutant par la cornée, aura gagné les paupières, et *blépharo-kératite* l'affection qui, ayant eu son point de départ dans les paupières, aura gagné le miroir de l'œil.

##### A. — Kérato-blépharite et blépharo-kératite.

*Kérato-blépharite.* — Il n'y a pas de kératite un peu aiguë qui n'ait un certain retentissement du côté des paupières. Au contraire, il peut exister une blépharite aiguë sans aucune complication vers la cornée. Cependant une inflammation peut débiter dans les paupières ou s'y propager du voisinage, puis gagner rapidement la conjonctive et envahir la membrane transparente.

Cette marche différente de l'inflammation doit être préalablement connue.

Dans les kératites suppuratives ou ulcéreuses, la conjonctive est injectée, le tissu cellulaire est infiltré plus ou moins, et les paupières, la supérieure surtout, présentent un gonflement notable, accompagné de rougeur assez vive. L'œil s'ouvre mal, ou même ne s'ouvre pas, quel que soit l'effort du malade; les cils sont collés entre eux par des mucosités desséchées. Le toucher de la paupière n'est pas douloureux, le malade n'a de plaintes que pour son œil. Ici le mal a évidemment débuté par la cornée, et ne s'est propagé aux paupières que consécutivement (*kérato-blépharite*).

Dans la plupart des cas de kératites traumatiques, les paupières s'infiltrent et leurs mouvements sont empêchés; mais le gonflement n'est pas toujours en rapport avec la gravité de la blessure. Dans les opérations de cataracte par extraction, l'infiltration et la rougeur des paupières indiquent au praticien le danger qui menace l'œil; quelquefois, dans ces cas, les paupières sont frappées d'érysipèle, en partie dû à leur occlusion par le taffetas d'Angleterre, et le succès de l'opération se trouve compromis. Une vieille dame d'Amiens, que j'avais opérée de cataracte, perdit l'œil de cette manière.

*Blépharo-kératite.* — Dans d'autres cas, c'est par les paupières que le mal se transmet à la cornée. Un follicule enflammé, un orgelet, le phlegmon, l'érysipèle, la pustule maligne, d'autres maladies encore, débutant dans les paupières, la conjonctive rougit rapidement, et l'on voit tout à coup survenir du côté de la cornée un abcès limité ou étendu, le premier toujours vers le centre de la membrane et de forme ronde; le second toujours large, s'appuyant à la circonférence de la cornée et présentant la forme semi-lunaire. Le malade qui, au début du mal, se

plaignait de chaleurs et d'élançements dans les paupières, ne laisse pas un instant douter le praticien sur l'existence d'une complication plus grave; il accuse des douleurs vives dans le globe de l'œil, et des larmes brûlantes s'échappent des paupières, surtout si l'on veut examiner la cornée.

Dans toute kératite, on doit donc s'inquiéter de l'état des paupières, et réciproquement, dans les blépharites, surtout dans les blépharites de quelque gravité, il est indispensable de surveiller attentivement l'état de la cornée. Voici un exemple :

« Un de mes meilleurs amis, médecin des plus instruits et des plus occupés de Paris, avait à donner ses soins à une charmante petite fille de onze ans dont la paupière supérieure avait été frappée d'une inflammation phlegmoneuse. Après avoir eu à combattre la douleur, localisée d'abord dans la paupière, le médecin, inquiet d'entendre l'enfant se plaindre de douleurs vives dans l'œil, et n'osant pas faire d'efforts pour écarter les paupières, me pria de l'examiner. J'ouvris l'œil au moyen d'élevateurs, et nous eûmes le regret de reconnaître que le mal s'était propagé à la cornée. Cette membrane était largement infiltrée, ramollie en grande partie; il n'y avait aucun espoir de la sauver, et, en effet, l'iris fit hernie quelques jours plus tard, et l'œil fut entièrement détruit. »

#### B. — Conjonctivo-kératite.

Il y a des conjonctivites sous l'influence desquelles la cornée devient malade. Cette double affection présente alors des variétés que nous allons brièvement passer en revue.

La moins grave de toutes est celle que nous désignons sous le nom de *kérato-conjonctivité pustuleuse*. On se rappelle que, dans l'ophtalmie qui se rencontre le plus fréquemment chez les enfants et chez des individus scrofuleux, on voit souvent des pustules en plus ou moins grand nombre se développer sur la conjonctive bulbaire. Quelquefois une de ces pustules se trouve par moitié sur l'une et l'autre de ces membranes, empiétant sur la cornée par une portion de sa circonférence, tandis que l'autre a son siège sur la conjonctive.

Dans certains cas, on voit une pustule semblable aux premières s'élever sur un des points de la cornée parfaitement sains auparavant.

Une complication beaucoup plus grave s'observe dans la con-

jonctivite purulente, où la cornée peut être en totalité détruite à la suite de l'inflammation qui a commencé par la muqueuse.

Dans la conjonctivite catarrhale, on voit survenir aussi une série d'accidents qui méritent de fixer d'une manière toute particulière l'attention du praticien. Lorsqu'elle passe au troisième degré, par exemple, nous avons vu qu'il se forme parfois un chémosis séreux et même un chémosis phlegmoneux. Sous l'influence de cette violente inflammation, la cornée peut être sérieusement menacée. Ainsi on voit sur un point de sa surface, mais toujours appuyé à sa circonférence, se manifester un épanchement blanchâtre ou d'un blanc tirant un peu sur le jaune. Dans le premier cas, la teinte blanche indique un épanchement de lymphe; dans le second, c'est à du pus que l'on a plutôt affaire; c'est là ce qui constitue les abcès de la cornée. Une disposition qui mérite d'être signalée est celle-ci, que la tache est toujours semi-lunaire, de telle sorte que si l'on continuait le cercle dont la tache décrit un arc, le centre de la circonférence tomberait toujours sur un point plus ou moins éloigné, mais appartenant à la sclérotique. Dans quelques cas, si l'épanchement est très considérable, presque général, l'achèvement idéal du cercle donnerait une surface circulaire beaucoup plus étendue, toujours dans les mêmes conditions.

Les conjonctivites purulentes et catarrhales chroniques, compliquées de granulations, déterminent l'apparition de vaisseaux sur la cornée, et provoquent ainsi les affections que nous avons décrites sous le nom de kératites panniformes et de pannus. Nous les signalons seulement ici pour mémoire en renvoyant aux articles *Granulations*, *Pannus* et *Kératites vasculaires*.

On voit en général peu de kératites se développer à la suite et pendant la durée de la conjonctivite traumatique; mais on en rencontre assez fréquemment dans les cas de brûlures de la conjonctive par divers acides et par la chaux vive ou éteinte. Les cautérisations profondes de la conjonctive dans le voisinage de la cornée avec le nitrate d'argent provoquent très bien, entre autres conséquences graves, des épanchements ou des abcès de la cornée dont les terminaisons sont souvent très fâcheuses.

#### C. — Scléro-kératite.

L'inflammation de la cornée accompagne souvent cette affection encore peu connue que je décrirai plus loin sous le nom de *sclérotite*.

Autrefois on désignait sous le nom de *sclérotite* une injection périkeratique qui n'était pas l'expression pathologique de l'inflammation de l'enveloppe fibreuse du globe de l'œil ; ce n'est donc pas de cette affection qu'il s'agit ici. Dans la véritable sclérotite, affection décrite par d'Ammon sous le nom d'*ophthalmie sous-conjonctivale*, et par Mackenzie sous celui de *sclérotico-choroïdite*, la sclérotique s'enflamme sur un point donné, très rapproché de la cornée ; à 3, 4 ou 5 millimètres au plus de cette dernière, on voit se former une petite tumeur blanchâtre, unique ou multiple, de la grosseur d'un grain de millet, quelquefois d'un grain de chènevis et placée sous la muqueuse. (M. Robin l'a analysée à ma demande et n'y a rencontré que le produit ordinaire de l'inflammation dans une membrane fibreuse.) La rougeur est partielle, peu étendue ; quelques faisceaux vasculaires s'en échappent et vont se perdre dans le cul-de-sac de la conjonctive oculaire, si bien que l'on pourrait facilement, si l'on n'avait pas une grande habitude du diagnostic des maladies des yeux, commettre une erreur grave et confondre la maladie avec une conjonctivite pustuleuse. Or, le pronostic des deux affections est loin d'être le même, et la méprise ne serait pas sans danger.

La *sclérotite* se complique presque toujours d'un épanchement semi-lunaire dans l'épaisseur de la cornée. Cet épanchement, d'un blanc bleuâtre, peut ou s'organiser, ou, dans quelques cas plus rares, être entièrement résorbé. Lorsqu'il s'organise, il reste sur le bord de la cornée une tache opaline en forme d'arc de cercle. Si la sclérotite s'est développée successivement sur plusieurs points de la circonférence de la cornée, les épanchements se trouvent juxtaposés de telle sorte que la cornée paraît comme dentelée. La forme et l'aspect de ces épanchements sont tellement caractéristiques, que, dans la plupart des cas, il suffit d'en voir un en même temps que la tumeur et la rougeur que nous avons décrites, pour porter immédiatement, d'après cette seule donnée, un diagnostic certain, et prévoir, chose non moins importante, toutes les chances fâcheuses que la maladie peut offrir dans l'avenir.

Dans quelques circonstances exceptionnelles, heureusement fort rares, cette variété de kératite récidive tant de fois, et le nombre des taches augmente dans une si forte proportion, que le centre de la cornée se trouve envahi. J'ai eu plusieurs fois occasion d'être consulté par des malades qui ont offert cette multiplicité d'attaques, et chez lesquels l'accumulation des épanchements a

fini par compromettre temporairement la vue. (Voy. *Sclérotite*.)

Toutes les fois que cette forme aiguë et très grave de la sclérotite existe, il survient des complications, très graves aussi, du côté des membranes internes de l'œil, de la choroïde, comme l'a fait remarquer Mackenzie, de l'iris et de la choroïde, simultanément, ainsi que je l'ai le plus ordinairement observé. Dans ces cas, on ne constate au début qu'une scléro-kératite, à laquelle viennent s'ajouter successivement la choroïdite ou la choroïdo-iritis.

#### D. — Irido-kératite et kérato-iritis.

*Irido-kératite*. — Une iritis existe ; comme conséquence de cette inflammation peuvent survenir d'abord des exsudations, puis une atrésie de la pupille, quelquefois un hypopyon. Assez fréquemment aussi prend naissance une forme toute particulière de kératite que nous avons décrite sous le nom de *kératite ponctuée* (voy. p. 245). Presque toujours, ainsi que nous l'avons dit, cette kératite est primitive. Cependant, dans l'iritis elle se montre quelquefois comme complication et est consécutive, ce qui s'explique par les rapports de la membrane de Descemet avec l'iris et la cornée. Il nous a semblé remarquer que c'est dans l'iritis syphilitique que se montre surtout la kératite ponctuée ; c'est là, dans tous les cas, un phénomène dont il faut tenir compte et qui constitue une complication des plus sérieuses de l'iritis.

Dans l'*irido-kératite*, je n'ai jamais vu d'épanchement très considérable se faire du côté de la cornée. Pour que l'épanchement soit très étendu, il faut qu'il y ait un phlegmon de l'œil tout entier débutant par les membranes internes, et dès lors rien de surprenant à ce que la cornée prenne aussi part à la suppuration.

*Kérato-iritis*. — La kératite aiguë, celle surtout qui se complique d'abcès et d'ulcérations, s'accompagne le plus ordinairement d'une iritis à la suite de laquelle la pupille peut être compromise. Dans les kératites à marche chronique le même résultat est encore à craindre ; aussi le praticien doit-il ne pas perdre de vue la fréquence de ces complications.

#### E. — Choroïdo-kératite.

La dernière des complications de la kératite qui nous reste à examiner est l'inflammation de la choroïde, qui constitue la

*choroïdo-kératite* ou la *kérato-choroïdite*, suivant que la maladie a commencé par l'une ou par l'autre des deux membranes.

*Choroïdo-kératite. — Première variété.* — Une choroïdite à l'état de simple congestion étant donnée, le globe de l'œil devient dur; il perd de sa souplesse ordinaire; si l'on appuie doucement sur lui, on parvient bien à le repousser dans l'orbite, mais il offre, quant à lui, une résistance morbide qui devient de plus en plus considérable à mesure que la phlegmasie fait des progrès; cette dureté augmente encore lorsque la choroïdite, ce qui arrive souvent, passe à plusieurs reprises de l'état chronique à l'état aigu, qu'il y a, en un mot, des exacerbations répétées.

Dans ces circonstances, des phénomènes tout particuliers surviennent du côté de la cornée. Les médecins qui n'ont pas une très grande habitude des maladies des yeux ne s'en aperçoivent que fort tard; mais il n'en est pas de même de ceux qui savent observer le mal. En examinant la cornée de côté, on découvre qu'elle présente à son centre comme de toutes petites facettes, de petites bulles analogues à celles qui se produisent lorsque l'on souffle sur une lame de verre; elle a un aspect comme gaufré, qui plus tard se généralise et s'étend; ces facettes se transforment en petites ulcérations que l'on ne peut distinguer que de très près. Peu à peu la membrane se dépolit davantage; les ulcérations prennent une teinte plus ou moins foncée, quelquefois même restent à peu près transparentes; la cornée prend dès lors l'aspect qu'elle offre dans le glaucome confirmé lorsque la choroïdite devient plus aiguë. Arrivée à cet état, la cornée peut s'ulcérer et le globe s'atrophier à la suite d'un phlegmon.

J'ai vu dans un cas, chez la mère d'un de nos confrères, atteinte d'un glaucome et de choroïdite aiguë, la cornée s'ulcérer profondément; l'iris fit hernie et en même temps survint une hémorragie que je n'ai pu faire cesser que par l'excision de la portion de l'iris qui avait passé par l'ouverture cornéenne. L'œil s'atrophia complètement après avoir été frappé de l'inflammation phlegmoneuse la plus violente.

*Deuxième variété.* — J'ai rencontré plusieurs fois dans ma pratique un état particulier de la cornée qui se rattache à l'histoire de la choroïdo-kératite. Voici trois observations :

*Premier fait.* — Le premier est relatif à M. Julien, âgé de

quatre-vingts ans, beau-père d'un de nos confrères les plus distingués de Paris, et qui m'avait été adressé par M. le docteur Duperruis. Je l'avais opéré de la cataracte sur l'œil gauche par abaissement. Deux mois environ après l'opération, il vint me voir et me dit qu'il se passait dans son œil quelque chose de fort singulier. Il lui arrivait souvent dans la journée, me dit-il, de se trouver complètement aveugle pendant quelque temps; avant et après, sa vue redevenait nette et très claire. Je fus d'abord assez embarrassé: était-ce une amaurose intermittente? Enfin, je pus examiner à loisir l'œil pendant que le phénomène se produisait, et voici ce que j'observai: la cornée se troublait complètement, prenait l'aspect d'un verre dépoli; l'œil devenait dur, les vaisseaux du tissu cellulaire sous-conjonctival étaient plus volumineux et plus gonflés qu'ils ne l'étaient un instant auparavant. La chambre antérieure semblait être remplie de fumée; la pupille était mobile.

Pendant deux mois et demi le même état persista, le malade perdant et recouvrant la vue alternativement tous les jours. Je lui fis prendre du sulfate de quinine; je lui fis appliquer des sangsues, des ventouses sèches et scarifiées; chaque émission sanguine paraissait apporter du soulagement. Je pratiquai plusieurs fois la paracentèse; chaque fois la cécité cessait immédiatement, et la cornée reprenait à l'instant même toute sa transparence. L'humeur aqueuse n'était nullement chargée de flocons albumineux; au contraire, elle avait toute sa limpidité normale. Tenant à m'assurer que le trouble de la cornée venait uniquement d'un dérangement moléculaire par simple compression consécutive à une congestion choroïdienne, je divisai plusieurs fois les plus gros vaisseaux rampant dans le tissu cellulaire sous-conjonctival, et, à ma grande satisfaction, je vis la cornée reprendre chaque fois sa transparence pendant que le sang s'écoulait au dehors. J'ai fait, je le répète, plusieurs fois cette expérience, et le résultat immédiat a toujours été le même. Enfin, peu après, ce phénomène curieux disparut complètement, et depuis près de trois ans l'œil est guéri.

La seule explication que j'aie pu donner de ce fait est celle-ci, à savoir que, sous l'influence de causes que l'on ne pouvait apprécier, survenait un gonflement particulier de tous les vaisseaux de l'œil, et que la cornée devenait opaque d'une façon toute mécanique; il s'y produisait un dérangement moléculaire analogue à

celui que l'on détermine sur un œil que l'on tient dans la main et sur lequel on exerce une certaine compression.

*Deuxième fait.* — J'ai opéré cette année de la cataracte une dame qu'a bien voulu m'adresser M. le docteur Burdin, membre de l'Académie de médecine. J'ai dû, chez elle, employer la méthode par abaissement; l'opération réussit parfaitement. Trois mois après l'opération, cette dame a été prise des mêmes phénomènes que ceux que je viens de signaler, et aujourd'hui (28 octobre 1854), bien que les accès aient diminué d'intensité, ils sont encore à peu près aussi fréquents. Dans les commencements, ils se produisaient vers neuf ou dix heures du matin et se prolongeaient jusqu'à une heure après midi, époque à laquelle ils cessaient pour revenir dans la soirée; leur durée est maintenant beaucoup moindre. J'ai vainement employé chez cette dame les moyens les plus variés sans obtenir rien de bien satisfaisant, et, comme chez le vieillard dont l'histoire précède, le mal, je l'espère, disparaîtra de lui-même avec le temps, aidé d'une hygiène convenable. Doit-on rapporter la cause de ces singuliers accidents à quelques débris de cristallin flottant dans la chambre postérieure? Je n'ose le croire, car on voit cela tous les jours, et le phénomène que je décris n'en est pas la conséquence ordinaire. Je constate seulement aujourd'hui que ces débris s'amoindrissent, se résorbent, et en même temps que les désordres diminuent également, ainsi que les troubles de la vision. Ici, comme dans le cas précédent, la congestion vasculaire produit la compression mécanique de la cornée (1).

*Troisième fait.* — Enfin, j'ai constaté le même phénomène chez la fille d'un médecin de Reims, qui a perdu un œil par suite d'une choréïdite. Chez cette jeune personne, il existe une congestion choréïdienne de l'autre œil, à laquelle a succédé une véritable inflammation, aujourd'hui éteinte et suivie de la production de synéchies postérieures. Chez elle, la cécité ne devient jamais complète; la vue s'obscurcit seulement, et à la lumière du jour elle voit du brouillard. Au bout d'une heure, l'accès passe et la malade peut lire aussi bien qu'auparavant.

Dans ces trois cas, je le répète, il n'y a qu'un changement

(1) Cette dame est aujourd'hui complètement guérie (11 décembre 1854). Depuis trois semaines les accidents n'ont plus reparu.

moléculaire de la cornée par compression déterminée sous l'influence d'une congestion passagère, et non pas un état inflammatoire particulier.

*Kérato-choréïdite.* — L'inflammation chronique de la cornée se propage le plus ordinairement à la choréïde en même temps qu'à toutes les autres membranes de l'œil. On en voit un exemple frappant dans les kératites profondes, datant déjà de nombreuses années, et le plus souvent compliquées d'amaurose complète; dans les staphylômes opaques, les hydrophthalmies qui ont débuté par l'ulcère de la cornée, les staphylômes de l'iris, etc., et dans les kératites anciennes chez des individus scrofuleux. On voit aussi la choréïde s'enflammer sous l'influence de la kératite aiguë.

#### **Kératites. — Remarques additionnelles.**

Nous avons vu dans les chapitres précédents que la kératite présente des différences notables dans ses formes, dans sa marche, dans son pronostic et dans son traitement.

Existe-t-il un rapport entre ces différences et certains états pathologiques généraux?

En d'autres termes, la cornée offre-t-elle des lésions qu'on pourra à coup sûr rapporter à une dyscrasie particulière?

Telle est la question que nous croyons devoir poser ici.

Et d'abord, hâtons-nous de le dire, on est allé trop loin d'un côté, en admettant qu'il existe des signes certains, auxquels on peut reconnaître que la maladie oculaire est l'expression d'une cause constitutionnelle; d'une autre part, quelques auteurs voulant réformer cette erreur, sont tombés dans une exagération aussi sérieuse, en rejetant d'une manière absolue ces idées, et en ne voyant dans la cornée qu'une inflammation, qu'un abcès, un ulcère, etc.

Nous n'insisterons pas davantage sur les dangers de ces différentes opinions.

Dans la première, on verrait un scrofuleux, un rhumatisant, par ce seul motif que tels symptômes, sur lesquels nous reviendrons, se seraient montrés dans la cornée pendant la durée d'une ophthalmie; dans la seconde, on ne verra jamais que ces symptômes mêmes, sans tenir compte de la constitution, ou sans admettre qu'ils se lient à une constitution particulière.