

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'amointrissent, 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.

Cependant, si l'on étudie avec soin les formes, la marche, les terminaisons de ces lésions, on reconnaîtra sans peine qu'elles affectent, en général, une même classe d'individus. Les limites de cet ouvrage ne nous permettant pas malheureusement d'aller au fond de cette question tant débattue, nous nous bornerons à mettre en relief les principales différences de la forme de la kératite, dans chacune des variétés de cette inflammation que nous avons étudiées. Nous profiterons de cette circonstance pour signaler quelques erreurs dans lesquelles sont tombés plusieurs auteurs, dont les idées nous paraissent peut-être un peu trop exclusives.

Kératite dans l'inflammation granuleuse. — Quoique nous ne considérons pas cette ophthalmie comme l'expression d'une maladie générale, mais bien comme une affection purement locale, nous devons nous en occuper ici.

Nous n'ignorons pas que quelquefois l'inflammation granuleuse ou catarrhale de l'œil s'accompagne d'une inflammation de même nature des autres muqueuses, mais cela est exceptionnel.

Quoi qu'il en soit, la cornée offre dans cette maladie de l'œil des caractères particuliers.

Lorsque l'inflammation de la conjonctive est portée à un haut degré, la cornée ne tarde pas à s'enflammer vers son pourtour; des vaisseaux très courts l'enveloppent comme un anneau, sans s'étendre au delà de 1 à 2 millimètres au plus. En même temps il y a un commencement de chémosis séreux, et même de chémosis phlegmoneux. Aussitôt un épanchement interlamellaire, semi-circulaire, se montre sur le pourtour de la membrane, et forme une tache élevée toujours très large, d'un blanc jaunâtre, et dont la marche est en rapport avec l'intensité du mal; le reste de la cornée demeure transparent.

Cet abcès se distingue de celui qu'on retrouve chez les sujets scrofuleux, par sa forme très large et par ses terminaisons. Il se montre le plus souvent dès que la conjonctivite granuleuse devient aiguë.

A cet abcès succèdent des ulcères ordinairement très larges et peu actifs, qui s'accompagnent de peu de photophobie.

Si la cornée est perforée, la procidence de l'iris est large, mais occupe la circonférence de la membrane.

Telle est la maladie à l'état aigu.

Lorsqu'elle est devenue chronique, la moitié supérieure de la cornée se vascularise, et il se forme là un véritable *pannus*, par suite du frottement des *granulations* qui existent sur la paupière.

Kératite dans l'inflammation pustuleuse (ophthalmie scrofuleuse des auteurs). — Il est impossible de nier que chez des sujets jeunes et lymphatiques, l'inflammation de la cornée ne se montre sous une forme particulière, bien que très souvent ces individus puissent être atteints d'autres inflammations des yeux, sans présenter pendant longtemps aucun des caractères de l'affection qui nous occupe.

La forme la plus ordinaire de l'inflammation de la cornée chez ces individus est la *kératite vasculaire partielle* que nous avons décrite. Les vaisseaux sont réunis en un pinceau triangulaire, s'avancant presque au centre de la cornée, et se terminant là par une ou plusieurs petites pustules, qui ne tardent pas à être remplacées par autant de petits épanchements circulaires, lesquels se résorbent ou s'ulcèrent. L'excavation ulcéreuse, très petite quant au diamètre, et isolée au milieu de parties saines, marche d'avant en arrière, en s'accompagnant d'une excessive photophobie, et elle se transforme assez souvent en un kératocèle ou en une perforation étroite. D'autres petites ulcérations se montrent quelquefois à sa suite et sont toujours rapprochées de la première. Si la perforation survient, la procidence de l'iris est petite et très souvent centrale; que ces accidents arrivent ou non, la maladie récidive un grand nombre de fois, et finit par passer à l'état chronique. Alors la cornée se vascularise d'une manière générale: les vaisseaux sont distants les uns des autres et laissent voir facilement l'iris; ils n'existent pas en plus grand nombre dans la partie supérieure de la cornée qu'ailleurs. (Voy. *Pannus* et *Kératite chronique*.)

Une autre forme de *kératite*, que nous avons décrite sous le nom de *primitive*, a été donnée comme le type de l'ophthalmie scrofuleuse par plusieurs auteurs, et entre autres par M. Mackenzie.

On en rencontre, en effet, des exemples assez nombreux chez les individus scrofuleux; d'après notre expérience, cependant, on la voit plus souvent chez des sujets non scrofuleux, mais dont la santé est délabrée et la constitution mauvaise. Nous avons dit, à propos de cette affection, qu'elle est assez rare, surtout si on la compare à la forme vasculaire dont nous venons de nous occuper.

Dans la kératite primitive, la cornée devient malade dans son ensemble; elle prend une couleur verdâtre, et est parsemée à son centre de petits points, de plaques opaques, qui s'étendent de là à sa circonférence et se réunissent pour former ensemble des opacités très limitées. On n'aperçoit de vaisseaux sur la membrane que lorsque la maladie est arrivée à la chronicité; les ulcérations sont excessivement rares; les épanchements de sang entre les lamelles se remarquent quelquefois. La marche de la maladie est très lente. Des opacités, des taches créacées dans la cornée, des dépôts fibro-albumineux dans la pupille et une conicité plus ou moins grande en sont presque toujours le résultat.

Kératite dans l'ophtalmie franche. — La cornée, surtout lorsque l'inflammation est intense, est bientôt entourée par la conjonctive enflammée (*chémosis phlegmoneux*); des épanchements nombreux et très larges se forment dans son tissu; quelquefois elle est étranglée par la compression et tombe mortifiée; des douleurs excessives, limitées d'abord à l'œil, puis s'étendant bientôt à la tête, tourmentent incessamment le malade et s'accompagnent de réaction générale. La résolution ne peut être espérée que lorsque la maladie demeure dans des limites restreintes; mais il n'en est point ainsi lorsque surviennent les accidents dont nous venons de parler, et la suppuration partielle ou totale du globe est alors la conséquence de cette inflammation phlegmoneuse, qui a débuté par la destruction de la cornée.

Kératite dans l'ophtalmie purulente. — L'inflammation se comporte ici d'une manière toute particulière. A la partie inférieure de la cornée, on voit d'abord une tache peu étendue, faisant des progrès extrêmement rapides; vingt-quatre heures après qu'elle s'est montrée, il n'est pas rare qu'elle ait envahi toute la cornée, qui devient bientôt un peu saillante, particulièrement à son centre, et dont toute la surface est opaque, d'un blanc jaunâtre. Bientôt la lamelle externe se ramollit, s'ulcère et donne issue à une partie du pus contenu entre les lames; l'excavation, toujours très large, demeure quelquefois superficielle, mais d'ordinaire s'étend en profondeur.

Assez souvent, ainsi que nous l'avons vu en parlant des ulcères par abrasion, les lames de la cornée sont détruites couche par couche, au point que la plus profonde fait seule équilibre, pendant quelque temps, à l'action musculaire. La cornée s'allonge

alors sous la forme d'une tumeur blanchâtre, quelque peu rosée, et elle finit par se perforer. On remarque aisément, avant que cet accident arrive, que la membrane a perdu en étendue dans tous ses diamètres.

D'autres fois le ramollissement cornéen est précédé par l'apparition d'un anneau opaque, placé tout près de la circonférence de la membrane. Cet anneau s'ulcère dans une grande étendue, et la cornée mortifiée ne tarde pas à être détruite. D'autres fois la cornée demeure exempte d'inflammation.

Kératite dans l'ophtalmie rhumatismale. — On admettait autrefois assez généralement, en Allemagne, que dans l'ophtalmie rhumatismale (voy. *Sclérotite*), la cornée se recouvre de phlyctènes ou vésicules, et perd alors sa transparence. Ces vésicules font place, selon Weller, à des ulcères ressemblant à de petits lambeaux arrachés de la surface de la cornée, et ne laissant après eux aucune trace, bien qu'ils s'accompagnent d'une grande photophobie et de douleurs qui s'étendent à la tête et à la mâchoire. On retrouve, selon Mauchart, des ulcères semblables à la face interne de la cornée, et alors l'humeur aqueuse paraît trouble. D'autres auteurs, allant encore plus loin, admettent des caractères anatomiques encore plus tranchés, tels que des inégalités ressemblant à des grains de sable, de petits points très fins qui se transforment en exsudations fibro-albumineuses interlamellaires, ayant l'apparence de plaques opaques, blanches ou bleuâtres.

Il n'est pas difficile de démontrer le peu de valeur de toutes ces distinctions. Les phlyctènes s'observent le plus souvent chez des individus jeunes et lymphatiques; on les retrouve exceptionnellement sur des adultes, en apparence de bonne constitution. Ni les uns ni les autres n'ont jamais été atteints de rhumatisme. Weller (1) avait fait la remarque que les jeunes sujets y sont plus exposés, quand il a dit que l'ophtalmie rhumatique est assez souvent compliquée de scrofules. Quant aux petits points, aux petites taches, aux petits épanchements, ce ne sont là que les symptômes d'une variété de *kératite primitive* ou *non vasculaire*.

Au reste, nous verrons que le rhumatisme ne se dessine dans l'œil par aucun caractère anatomique appréciable, et que, s'il joue un rôle, soit dans la production des kératites, soit dans celle d'au-

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 139.

tres affections oculaires, il ne se trahit au dehors par aucun signe objectif. Une ophthalmie, selon nous, peut être produite ou entretenue par le rhumatisme ; mais la marche de la maladie et le com-mémoratif peuvent mettre seuls sur la voie de cette complication.

Kératite dans les ophthalmies abdominales, veineuses, scorbutiques, varioleuses, érysipélateuses, etc. — Toutes ces prétendues ophthalmies spécifiques n'étant plus admises par personne aujourd'hui, nous nous garderons bien de décrire les lésions que la cornée peut offrir dans chacune de ces variétés, qui ne sont en réalité que des maladies de la choroïde, se rattachant le plus souvent à des causes générales, ou des affections externes de l'œil survenues pour la plupart à la suite des maladies de la peau.

Les prétendus caractères distinctifs de ces affections se retrouvant en dehors de toute complication générale et sur des individus de tout âge, cela ne suffit-il pas pour faire comprendre l'inutilité de toutes ces divisions ?

ARTICLE V.

COUPURES DE LA CORNÉE.

De même que les piquûres, les coupures de la cornée ne présentent pas toujours une gravité très grande. Bien des fois, j'ai vu de larges coupures de la cornée se réunir sans accidents. Guérin, Tulpus, F. de Hilden, MM. Mackenzie et Guépin, rapportent des faits semblables. Mais très souvent les accidents les plus sérieux en sont la conséquence. L'évacuation de l'humeur aqueuse et l'aplatissement immédiat de l'œil ne présentent rien de grave par eux-mêmes ; c'est la hernie de l'iris, la division de cette membrane, celle de la capsule, la blessure ou l'expulsion du cristallin, celle du corps vitré, la suppuration de la cornée, qui constituent la gravité du genre de lésions dont nous nous occupons. Les trois faits suivants serviront d'exemple.

Un bombeur de verres reçoit sur l'œil ouvert un fragment de cristal lancé avec force ; la cornée est divisée par son centre à peu près transversalement, et dans l'étendue de la moitié de son diamètre. L'humeur aqueuse s'échappe aussitôt ; mais bientôt les lèvres de la plaie se réunissent, et le repos, l'application sur l'œil de compresses glacées, l'occlusion des paupières au moyen de bandelettes de taffetas d'Angleterre, amènent une guérison complète : la vision n'en est en aucune façon altérée.

Le fils de M. de la H..., âgé d'environ douze ans, que j'ai soigné concurremment avec un habile praticien de Paris, M. le docteur Duchenne, de Boulogne, était au collège d'Amiens, placé derrière une fenêtre donnant sur un escalier, lorsqu'il reçut dans l'œil droit l'éclat d'une vitre contre laquelle il s'était appuyé. Un de ses camarades, dans l'intention de l'effrayer, avait maladroitement frappé la vitre d'un coup de pied. La cornée avait été divisée transversalement dans sa moitié externe ; l'humeur aqueuse s'était échappée, l'iris était venu s'engager dans la plaie, et la pupille avait presque entièrement disparu. Des applications d'eau glacée dans laquelle j'avais fait délayer de l'extrait de belladone, et des instillations dans l'œil avec cette solution mydriatique, réduisirent en très grande partie la hernie, mais elles durent être continuées pendant plusieurs semaines. La saignée générale fut pratiquée plusieurs fois, pour faire tomber l'inflammation qui était assez forte, et la vision demeura intacte, malgré la déformation de la pupille.

Le garçon de laboratoire de M. Cure, pharmacien, en bouchant des bouteilles d'eau de Seltz, reçut dans l'œil gauche un large éclat de verre qui fendit la moitié externe de la cornée et trois à quatre lignes au moins de la sclérotique. Le cristallin et une assez grande partie du corps vitré s'étaient échappés, et le malade les avait reçus dans sa main. L'œil conserva son volume normal, mais la procidence de l'iris fut si grande, que la pupille demeura obli-térée. Les lèvres de la plaie de la cornée se ramollirent dans une grande étendue, après avoir présenté un épaississement considérable. La membrane devint opaque ; elle finit par recouvrir peu à peu sa transparence dans toute sa moitié interne, mais l'externe demeura recouverte d'une large tache leucomateuse. Le traitement énergique que j'employai, les instillations de belladone qui furent faites, ne purent empêcher ce triste résultat ; j'ai même craint un instant que cette suppuration de la plaie n'amenât la fonte purulente de l'œil.

TRAITEMENT. — Le traitement des coupures de la cornée varie selon l'étendue de la plaie et les complications qu'elle présente. Lorsque la coupure est simple, de quelque étendue qu'elle soit d'ailleurs, on doit d'abord faire coucher le malade sur le dos, la tête basse, comme après l'opération de la cataracte par extraction. Après s'être assuré que la réunion de la plaie est bien faite, on