

d'un clou assez gros, qu'il enfonçait dans le mur à grands coups de marteau. On comprend aisément que la blessure de la cornée n'est point l'affection principale, et que la rétine surtout présente de graves désordres, consécutifs à sa commotion.

Le plus fréquemment les contusions de la cornée ont lieu à la suite de coups de poing portés directement sur les yeux; souvent alors la cornée se rompt, et c'est à une plaie contuse qu'on a affaire. Guérin rapporte un cas de ce genre; j'en ai traité plusieurs, et j'ai été moins heureux que lui; car chez un malade l'amaurose est devenue complète, et une tache leucomateuse a presque détruit la vision chez un autre. Un troisième avait reçu une fusée enflammée sur l'œil, et la vue s'était complètement perdue.

Quelquefois la contusion de la cornée produit un *mydriasis*. Un jeune homme, que j'ai soigné en 1845, s'est trouvé dans ces conditions; il avait reçu un marron sur l'œil, en jouant avec des camarades.

J'ai vu bien souvent la contusion de la cornée, et plus souvent encore la perforation de cette membrane, à la suite d'explosions de capsules dans ces mauvais petits fusils qu'on donne aux enfants; souvent dans ce cas les débris de la capsule, après avoir pénétré dans la chambre postérieure, déterminaient par leur présence une violente ophthalmie, et bientôt la fonte purulente du globe. Cette dernière observation s'applique plus exactement aux blessures de la cornée qu'aux contusions de cette membrane.

Après la contusion de la cornée, l'œil rougit immédiatement, la conjonctive et la sclérotique s'injectent, la pupille se contracte, la photophobie survient, et si l'on ne fait promptement tomber ces symptômes, la vision peut être gravement compromise.

TRAITEMENT. — La saignée générale est le moyen par excellence à employer d'abord si le malade est pléthorique; les sangsues dans le voisinage de l'orbite seront appliquées ensuite, autant de fois et en aussi grande quantité que la réaction le nécessitera. Une potion fortement laudanisée, qu'on administrera au moment le plus rapproché de l'accident, agira d'une manière puissante en modérant la circulation. Les granules de digitaline m'ont été particulièrement utiles dans le même but. En même temps, des compresses d'eau glacée seront appliquées sur l'œil, et assez fréquemment renouvelées pour maintenir l'organe sous l'influence d'une température égale et très basse. Des purgatifs concourront à éloi-

gner l'inflammation. On veillera avec soin à extraire le corps étranger qui aura produit la contusion, s'il est engagé dans la cornée ou sous les paupières. Si la chambre antérieure est ouverte, on réunira la plaie, et l'on se comportera pour le reste comme dans les blessures de la cornée.

ARTICLE IX.

BRULURES DE LA CORNÉE.

Les corps incandescents ou en ignition, comme la poudre à canon, des parcelles de métal, diverses substances chimiques, l'eau bouillante, etc., peuvent désorganiser à divers degrés la cornée; mais ces accidents sont assez rares, à cause de la protection exercée par les paupières.

J'en ai cependant observé plusieurs cas.

Un homme occupé à préparer de la poudre pour faire sauter une mine l'enflamme maladroitement. Des grains de poudre, lancés entre les paupières, s'attachent à la cornée, qui en est toute parsemée, et une eschare assez large est immédiatement produite dans la partie inférieure de cette membrane; heureusement la brûlure était superficielle, et la tache qui en fut la suite n'apporta aucun obstacle à la vision.

Une jeune fille nerveuse tombe en syncope; sa femme de chambre lui jette au visage une grande quantité de vinaigre, qui pénètre entre les paupières de l'œil gauche; la cornée devient opaque au moment même; une violente ophthalmie se déclare; la tache diminue un peu, mais la vision n'en reste pas moins très confuse. La jeune fille est sujette depuis cette époque à de fréquentes rechutes d'ophtalmies.

Deux hommes reçoivent, dans un feu d'artifice, une fusée en ignition; la cornée et la sclérotique sont ouvertes et brûlées: chez l'un, le cristallin est déchatonné; chez l'autre, il y a seulement des traces de contusion aux paupières et de brûlure sur la cornée; chez tous les deux la vue est perdue.

Je ne parle point ici des étincelles, des petites parcelles métalliques en ignition qui pénètrent entre les paupières, et qui, à part une brûlure de la cornée toujours légère, se comportent comme des corps étrangers.

Quoique la brûlure soit rare, les auteurs en citent d'assez nombreux exemples. Mackenzie en a observé plusieurs; Guthrie a vu la cornée transformée en eschare par de l'essence de térébenthine enflammée; M. Carron du Villards cite le cas d'une femme dont la cornée fut détruite par l'application inattentive de beurre d'antimoine sur la paupière. J'ai vu la même chose (août 1846) sur un malade qui m'a été présenté par M. le docteur Ferrand, de la Villette, près de Paris: la cornée avait été complètement détruite par une goutte de fonte en fusion, et la paupière supérieure était sérieusement atteinte.

J'ai vu plusieurs cas de brûlure de la cornée par l'acide sulfurique, et là, comme dans les brûlures par la chaux vive ou éteinte déjà depuis longtemps, j'ai reconnu qu'il était très prudent de réserver le pronostic, les désordres les plus graves survenant dans l'œil blessé à des distances vraiment très éloignées de l'accident.

Le fait suivant en est une preuve.

Une belle jeune femme habitant Poitiers avait dû se séparer de son mari et se réfugier à Paris. Un jour qu'elle passait avec sa mère et sa tante sur le pont Royal, son mari, qui s'était déguisé, s'approcha d'elle et lui lança au visage un vase rempli d'acide sulfurique auquel, dans son ignorante méchanceté, il avait mêlé du noir de fumée, s'imaginant obtenir ainsi une sorte de tatouage indélébile. Les brûlures furent terribles: les deux yeux, la face, le cou, la poitrine, furent atteints.

Appelé auprès de la malade par M. le docteur Coqueret une heure après l'accident, je trouvai les cornées presque claires, la gauche présentant en bas seulement une légère teinte grisâtre qui n'empêchait pas la malade de voir. La conjonctive bulbaire paraissait profondément atteinte dans sa moitié inférieure, ainsi que la sclérotique.

En face d'un accident pareil nous dûmes réserver notre pronostic et prescrire un traitement énergique.

Pendant douze jours, les choses parurent offrir les mêmes conditions ou à peu près. La malade voyait de ses deux yeux; mais, à partir de ce moment, le nuage que nous avions constaté sur la cornée s'étendit, un abcès se forma, et la sclérotique, en même temps que la cornée, présenta bientôt une perte de substance qui laissa s'échapper le cristallin et une partie des humeurs de l'œil.

Ces tissus avaient été transformés en une eschare profonde qui maintenant se détachait par suppuration.

Après quelque temps la conjonctive, transformée en tissu cicatriciel, disparut entièrement, et les bords ciliaires, rapprochés l'un de l'autre, finirent par s'unir et produire un ankyloblépharon complet. Je fis en vain des efforts pour séparer les paupières dans le but de cacher la difformité par l'œil artificiel.

L'œil droit, menacé aussi, fut heureusement sauvé, un ulcère placé en bas et en dedans s'étant cicatrisé. La malade est seulement un peu gênée de larmolement par suite du dérangement des paupières occasionné par la brûlure du grand angle; mais sa vue est bonne, elle peint une grande partie du jour sans fatigue et oublie ainsi la perte de sa beauté. Son mari est mort en prison.

Voici maintenant un fait de brûlure par la chaux éteinte:

Observation. — Un maçon, monté sur les premières marches d'une échelle, perd l'équilibre et tombe la tête la première dans un bassin de chaux éteinte déjà depuis plusieurs jours. Il se relève aveuglé par la douleur et se fait conduire à ma clinique. Je trouve les deux cornées nuageuses, la droite plus que la gauche, et les conjonctives bulbaires très profondément brûlées.

Je fais tout de suite un pronostic grave pour l'œil droit, parce que les lésions y paraissent beaucoup plus sérieuses, et bien que le malade puisse voir tous les objets qu'on lui présente.

Vingt jours se passent et rien n'est encore décidé pour l'œil droit; mais, à partir de ce moment, la conjonctive bulbaire disparaît, la cornée se détruit sans s'ouvrir; elle se résorbe, s'atrophie et se recouvre d'une végétation sarcomateuse très vivace que je suis obligé d'exciser et de cautériser à diverses reprises. Il y a un symblépharon considérable.

L'œil gauche éprouve aussi de graves accidents; heureusement la cornée, tachée dans sa moitié interne, ne s'ouvre pas, et le pauvre malade finit par voir assez pour se conduire, mais non pas assez pour son travail.

N'est-il pas remarquable de voir de pareils accidents survenir à une aussi grande distance de la brûlure?

Les brûlures de la cornée se présentent sous la forme de taches blanchâtres de teintes plus ou moins mates; une vive réaction les accompagne. Le malade éprouve dans l'œil une sensation de cuisson insupportable, qui l'oblige à tenir les paupières fermées. L'aversion pour la lumière est très prononcée, des larmes ruissellent sur la joue lorsqu'on veut examiner le mal; mais après

quelques jours tout se calme, et cependant, ainsi qu'on vient de le voir par les deux observations qui précèdent, les accidents les plus graves peuvent encore survenir, surtout si la conjonctive et la sclérotique sont atteintes profondément.

TRAITEMENT. — C'est le même que celui des brûlures en général; la saignée, si la réaction est très forte, fera tomber les symptômes inflammatoires; l'opium uni au calomel, à petites doses répétées de deux en deux heures, diminuera la sensibilité de l'organe lésé.

En même temps, et après s'être assuré qu'aucun corps étranger n'est demeuré ni dans l'épaisseur de la cornée ni entre les paupières, on recommande au malade d'appliquer sur l'œil des linges glacés jusqu'à disparition complète de la douleur.

Au bout de quelque temps l'eschare se détache, la cornée suppure plus ou moins, et la tache disparaît lorsque la brûlure est superficielle et ne s'étend qu'à une très petite partie de la membrane. On se comporte alors comme si l'on avait affaire à une ulcération de la cornée (voy. *Ulcères*, p. 282); mais si la brûlure est très large et très profonde, quoi qu'on fasse, la hernie complète de l'iris suit de près le plus souvent la fonte purulente de la membrane, et l'œil est perdu.

La cornée peut disparaître aussi par résorption sans s'ouvrir, en même temps qu'il y a un ankyloblépharon ou un symblépharon incurable. Dans les moins graves, il y a une tache sur la cornée.

ARTICLE X.

FISTULES DE LA CORNÉE.

A la suite d'ulcérations de la cornée ou de plaies obliques faites à cette membrane avec des instruments piquants, elle présente quelquefois une perforation très petite, qui tarde longtemps à se cicatrifier. L'humeur aqueuse traverse cette ouverture en quantité excessivement faible, au fur et à mesure de sa production. L'œil est mou dans son ensemble; il n'y a pas de chambre antérieure; les quatre muscles droits forment de légers sillons sur la sclérotique; la cornée est plissée, comme chagrinée, et l'iris exactement appliqué contre sa face postérieure. De temps en temps, et sur-

tout lorsqu'une pression a vidé la chambre antérieure, il arrive que les bords de l'ulcération se trouvent en contact et adhèrent momentanément ensemble. Alors la chambre antérieure reparait en partie, et la cornée présente une convexité presque normale. Mais si la cicatrice n'est point assez résistante, ce qui arrive très souvent, la fistule se reproduit et laisse de nouveau échapper l'humeur aqueuse.

Je soupçonne fortement que le malade de M. Mirault et ceux de M. Rosas (Stœber, p. 267), chez lesquels l'œil était si mou que la forme en était à chaque instant changée par les contractions musculaires, n'étaient atteints d'autre chose que d'une fistule de la cornée méconnue. Cette supposition présente d'autant plus de probabilités que cette membrane était plus ou moins conique, en grande partie opaque et transparente au centre; que les malades avaient été primitivement atteints d'ophthalmie purulente, qu'ils avaient fait abus de cataplasmes sur les yeux, et enfin que la maladie s'était présentée après des efforts musculaires violents.

La fistule peut durer plusieurs jours, plusieurs mois et même davantage. L'observation suivante en est une preuve.

Observation. — Le jeune X..., âgé de onze ans et demi, se blesse l'œil droit d'un coup de canif et m'est amené quelques semaines après l'accident. L'œil est partout dans l'état normal, la vision est aussi bonne que de l'autre côté; il n'y a nulle part de rougeur morbide. A la partie inférieure et un peu externe, je reconnais une petite ouverture, placée au centre d'une plaie mal réunie, de 4 millimètres d'étendue, qui repose par moitié sur la sclérotique et sur la cornée. Une petite partie de l'iris s'est engagée dans l'extrémité scléroticale de la plaie et y a contracté des adhérences qu'on n'aperçoit qu'en recommandant au jeune malade de diriger l'œil en bas et en dehors. La chambre antérieure existe; mais elle est moins grande que de l'autre côté. Si l'on tient l'œil quelque temps en observation, il s'injecte, et l'on voit alors manifestement suinter de l'ouverture capillaire un liquide incolore qui vient se joindre aux larmes, et n'est autre chose que l'humeur aqueuse. Au même moment, la chambre antérieure diminue progressivement; l'iris se rapproche de la cornée; l'œil alors devient mou, et la cornée se plisse bientôt dans tous les sens, sous la seule influence de la contraction d'un des muscles droits. Si l'on fait coucher le petit malade pendant un quart d'heure environ, la

chambre antérieure se rétablit, et la vision reprend la netteté qu'elle avait perdue après la sortie de ce liquide.

L'examen de la plaie fait reconnaître un phénomène assez singulier, que j'ai eu l'occasion de constater quelquefois dans des cas analogues. Autour des bords de la solution de continuité, mais seulement dans sa portion scléroticale, on voit sous la muqueuse bulbaire une exsudation fibro-albumineuse d'une forme aplatie, dont l'étendue dans tous les sens peut être évaluée à 4 millimètres, et l'épaisseur à 2. Très évidemment ce dépôt, sécrété par les lèvres de la plaie pour leur réunion, a été entraîné en bas par l'humeur aqueuse sortant incessamment de l'ouverture cornéenne, et s'est ainsi organisé sous la conjonctive, où il forme la tumeur dont je viens de parler. J'ai excisé plusieurs fois cette tumeur au moyen d'une pince et d'un couteau à cataracte, mais elle s'est toujours reproduite, du moins tant que la fistule est demeurée ouverte. Pour m'assurer qu'elle n'était constituée que par de l'albumine, je l'ai remise, en juin 1845, à M. le docteur Pappenheim, qui a bien voulu l'examiner sous le microscope et n'y a trouvé aucun autre caractère particulier.

Dès que je vis le jeune X..., et que j'eus reconnu la fistule de la cornée, je songeai à le débarrasser de cette maladie en cautérisant la petite ouverture avec le nitrate d'argent; mais, ainsi que je l'avais prévu, j'éprouvai la plus grande difficulté à obtenir la réunion. Je ne m'occupai point alors de la collection fibro-albumineuse qui existait déjà, bien que le malade n'eût suivi aucun traitement. La cautérisation fut répétée de temps en temps; les lèvres de la plaie semblaient quelquefois réunies; pourtant il n'en était rien, car l'enfant venait après quelques jours me dire de lui-même que *son œil s'était encore crevé*, et l'examen me faisait reconnaître en effet que la fistule s'était rétablie. Il y avait ici quelque chose de comparable à ce qu'on observe dans les kératocèles, affection dans laquelle la partie amincie de la cornée s'ouvre, donne issue à l'humeur aqueuse et se transforme quelquefois en fistule cornéenne. Après avoir répété sans résultat les cautérisations pendant un temps fort long, j'enlevai le dépôt fibro-albumineux, placé loin de la plaie sous la conjonctive bulbaire, en recommençant l'excision chaque fois qu'il se reproduisait, et cela sans jamais pouvoir obtenir qu'il s'organisât dans la fistule. Depuis longtemps je songeais à agrandir l'ouverture, lorsque le petit malade cessa de venir à ma clinique, et d'ailleurs j'avais à craindre

non-seulement que cette opération ne fût inutile, mais encore qu'elle ne fût nuisible, en ce sens qu'il y avait grand danger de léser la capsule du cristallin et la lentille même. J'avais perdu de vue cet enfant depuis trois mois environ, époque à laquelle j'avais pratiqué une dernière excision du tissu fibro-albumineux et quelques scarifications dans le voisinage de la plaie fistuleuse, lorsqu'il y a quelques jours il est revenu me voir, guéri en apparence. La plaie semble cicatrisée, et la collection albumineuse n'est pas plus élevée qu'au moment où je l'ai enlevée pour la dernière fois. Cette guérison est-elle définitive? C'est ce que le temps seul pourra nous dire. Il paraîtrait, au reste, si l'on peut en croire le petit malade, qui est fort intelligent, que, depuis ces trois derniers mois, l'œil ne s'est plus ouvert.

Le traitement de la fistule de la cornée n'est pas toujours facile, ainsi que le prouve l'observation qui précède; en général, il est le même que celui du kératocèle produit par la procidence de la membrane de l'humeur aqueuse. Le repos dans la position horizontale, les collyres astringents, l'occlusion des paupières par des bandelettes de taffetas d'Angleterre pendant plusieurs jours et plusieurs nuits, lorsque les premiers moyens échouent, suffisent d'ordinaire pour guérir complètement la maladie; cependant tout cela a été inutile pour le cas dont l'histoire précède, et pour plusieurs autres que j'ai observés depuis. Quand les lèvres de la fistule, ne sécrétant point, n'adhèrent pas bientôt ensemble, la cautérisation superficielle de la perforation au moyen d'un crayon de nitrate d'argent peut être utile, si l'on prend soin de ne pas laisser pénétrer la moindre parcelle de caustique dans la chambre antérieure.

Lorsque la fistule est rapprochée du centre de la cornée, il n'y a aucun danger de léser la capsule et le cristallin; on peut alors transformer le trajet fistuleux en une plaie simple, en l'ouvrant à droite et à gauche au moyen d'un couteau à cataracte ou du couteau lancéolaire de Beer. J'ai guéri de cette manière quelques kératocèles. On fomenté ensuite l'œil blessé avec de l'eau froide, et on le maintient fermé sous des bandelettes de taffetas d'Angleterre pendant tout le temps nécessaire à la réunion.

ARTICLE XI.

RAMOLLISSEMENT DE LA CORNÉE (KÉRATOMALACIE).

Lorsque nous avons observé cette maladie, nous avons toujours remarqué qu'elle frappe des individus dont la constitution est depuis longtemps délabrée. Les sujets que nous en avons vus atteints étaient, ou des scrofuleux, ou des individus soumis depuis longtemps à un traitement mercuriel, pour des infections syphilitiques constitutionnelles.

Le ramollissement peut être partiel ou général; c'est sous cette dernière forme qu'on l'observe le plus souvent. La cornée s'allonge peu à peu, la chambre antérieure s'agrandit, de petites taches troublent la transparence de la membrane, ou bien une sorte de fumée verdâtre se répand à sa surface. J'ai vu quelquefois la cornée diminuer d'étendue dans tous les diamètres, en s'allongeant en avant, et cela sans cause véritablement appréciable, ce qui constitue le cachet particulier de cette maladie. Le ganglion cervical supérieur ou le trijumeau est-il malade? C'est ce que l'on ne peut dire. Quelquefois on observe le ramollissement chez des femmes affaiblies à la suite de leurs couches; M. Velpeau en cite plusieurs exemples.

Il est une espèce de ramollissement de la cornée qui a été signalée par M. Mirault et le professeur Rosas, et à laquelle on a donné le nom de *kératomalacie*, qui appartient à l'affection que nous décrivons. La cornée est saillante, opaque, blanchâtre, et se rompt avec facilité. Dans d'autres cas, l'œil est si mou, que la forme du globe varie sous l'influence des contractions musculaires, qui la changent à chaque instant. Nous avons dit, en parlant des fistules de la cornée, quelle est notre opinion au sujet de ce ramollissement, qui n'est pour nous que la suite de l'évacuation méconnue de l'humeur aqueuse au dehors. (Voy. *Fistules de la cornée*.)

Le traitement du ramollissement de la cornée consiste à employer des moyens généraux toniques et à appliquer la compression avec persévérance (voy. *Compression*, t. II, p. 15) sur la cornée. Il faut ensuite se conduire pour les détails comme il a été recommandé aux articles *Ophthalmies purulentes*, *Kératites primitives*, *Épanchements*, *Brûlures*, *Fistules*, *Abcès de la cornée*, etc.

ARTICLE XII.

GANGRÈNE DE LA CORNÉE.

Cette affection n'est peut-être pas aussi rare qu'on pourrait le croire. Elle semble produite par trois causes essentiellement différentes. Nous les nommerons par ordre de fréquence.

Gangrène par étranglement ou par arrêt de circulation. — A la suite de violentes inflammations de la conjonctive, un chémosis phlegmoneux environne très souvent de toutes parts la cornée, et s'élève sous la forme d'un anneau rouge-brun autour de cette membrane. Bientôt la compression arrête la circulation dans la cornée, un cercle opaque se forme à sa circonférence, et peu après elle est détruite par une sorte de suppuration. Quelquefois, avant que le ramollissement survienne, la membrane, circulairement détachée, tombe d'une pièce entre les paupières; terminaison rare, mais qui depuis longtemps a été signalée. Certains ulcères qu'on voit apparaître pendant quelques ophthalmies purulentes (ulcères annulaires) contournent la circonférence de la cornée, et produisent de la même manière la mortification de cette membrane. J'en ai parlé à l'article *Ulcerations de la cornée*, je ne puis y revenir ici.

Gangrène par dissolution organique. — Après des affections générales très graves, comme le choléra ou la fièvre typhoïde, on a vu la cornée se dessécher, se flétrir, puis tomber entraînée par une suppuration lente, appréciable seulement vers le pourtour de l'eschare. Une vieille femme qui est venue me trouver portait à l'œil gauche une affection de cette espèce, survenue à la suite d'une grave maladie générale dont je n'ai pu apprendre la nature, mais qui n'avait pas duré moins de deux mois. La cornée était gercée et comme chagrinée dans toute sa moitié inférieure; la moitié supérieure était saine et parfaitement transparente. Une ligne de franche démarcation semblait établie transversalement au milieu de l'œil; l'iris était mobile comme à l'état normal; la conjonctive et la sclérotique ne présentaient aucune injection; il n'y avait point de photophobie, et la vision pouvait s'accomplir de bas en haut. Peu à peu la cornée se flétrit davantage, elle devint opaque, toujours dans sa moitié inférieure, qui finit par se détacher et par donner issue à l'iris. La vision fut complètement perdue, mais la moitié supérieure de la cornée resta transparente.

Middlemore a observé des faits semblables chez les vieillards, à la suite d'une légère inflammation. Le même auteur note des gangrènes spontanées de la cornée.

J'ai vu la cornée tomber en gangrène complète, et dans le court espace de douze à quatorze heures, après une opération de cataracte par extraction très heureuse, ou après une blessure qui n'intéressait pas les membranes internes. Dans d'autres cas, même accident m'est arrivé à la suite d'une paracentèse de la cornée sur deux vieillards, et dans une opération de kératonyxie. Chez un opéré par extraction que j'ai vu avec M. le docteur Morel, de Strasbourg, la gangrène de la cornée a été aussitôt accompagnée d'accidents typhoïques, qui ont bientôt après été suivis de la mort du malade. Cependant rien ne pouvait faire prévoir un pareil résultat, car la santé ne laissait rien à désirer avant l'opération. Doit-on ranger ces divers cas parmi ceux de *dissolution organique* ou parmi ceux *par excès d'inflammation*? Le parti est assez difficile à prendre. Quoi qu'il en soit, la cornée, dans ces blessures, est immédiatement réduite à l'état de corps étranger et rapidement éliminée sans qu'un phlegmon s'empare du globe.

Gangrène par excès d'inflammation. — Saunders, Travers, Mirault, M. Velpeau, en citent plusieurs exemples. Sanson rapporte le cas suivant (*Dictionnaire* en 15 volumes, tome X, page 610) : « Dans le cas que j'ai observé, dit ce professeur, onze heures ont suffi pour amener ce résultat chez une vieille femme affectée d'érysipèle à la face, et dont les yeux étaient sains la veille au soir. Le lendemain, à la visite du matin, les paupières étaient rouges, gonflées; la conjonctive formait un chémosis des plus marqués; la cornée des deux yeux était opaque, d'un gris sale, noirâtre, molle et fétide : la malade succomba dans la journée. A l'autopsie, nous la trouvâmes sans consistance et se laissant déchirer avec la plus grande facilité. »

TRAITEMENT. — Il varie nécessairement selon la cause qui a amené la maladie. Dans la variété de gangrène produite par étranglement chémosique, le bourrelet phlegmoneux, aussitôt qu'il commencera à se montrer, sera divisé selon la méthode que nous avons indiquée (voy. *Chémosis*, page 224). On prescrira en même temps le traitement de la conjonctivite aiguë. Dès que l'inflammation de la muqueuse sera tombée, on se hâtera d'appliquer quelques excitants sur la cornée.

Lorsque la gangrène de la cornée sera produite par une sorte de dissolution organique, avant que la suppuration éliminatrice se montre, les toniques seraient employés à l'intérieur et à l'extérieur avec quelque succès, ainsi que Middlemore, Wardrop et Travers le recommandent, si la maladie marchait avec moins de rapidité.

S'il arrivait que l'eschare ne fût que superficielle, et qu'il fût reconnu avantageux d'en retarder la chute, on la toucherait avec de l'eau chlorurée, selon le conseil qu'en a donné Dupuytren; elle deviendrait plus dure, et une cicatrisation des lamelles profondes, s'organisant en arrière, s'opposerait à la procidence de l'iris. Je n'ai jamais expérimenté ce moyen.

ARTICLE XIII.

TACHES DE LA CORNÉE.

« Il n'existe point de taches de la cornée sans kératite » : telle est l'opinion de M. de Walther; elles sont toujours, en effet, un des résultats des épanchements, des abcès et des ulcères de la membrane qui les porte. Dans l'abcès (*kératite suppurative*), la matière épanchée s'organise quelquefois et prend une densité considérable, par suite de la résorption de ses parties liquides. Dans l'ulcère (*kératite ulcéreuse*), une partie de cette matière même se combine avec une exsudation fibro-albumineuse, qui vient remplir l'excavation. La tache de la cornée, dans les deux cas, intercepte un nombre de rayons lumineux en rapport avec sa surface et avec son épaisseur.

Les taches, de même que les abcès et les ulcères, sont divisées en *superficielles*, en *moyennes* et en *profondes*.

Au point de vue de leur marche, on reconnaît deux variétés principales d'abcès et d'ulcères : ceux qui sont à l'état aigu, et ceux qui sont chroniques. Dans les taches, cette division n'est pas rigoureusement admissible, puisqu'elles sont toujours le résultat d'une inflammation plus ou moins aiguë, et une sorte de cicatrice.

Cependant il est impossible de ne point accepter une classification qui se rapproche jusqu'à un certain point de celle-ci.

Quelques mots pour nous faire comprendre. Toutes les taches sont loin de se ressembler : les unes, anciennes, datant de très