

connu sous le nom de chémosis, qui présente à étudier la plus haute importance; car, ainsi que nous allons le dire dans un instant, le chémosis a une part considérable dans le développement des lésions de la cornée.

Ajoutons à tous ces symptômes la présence du ganglion préauriculaire, qui peut se retrouver dans toutes les variétés d'ophtalmie purulente.

La troisième période est caractérisée par les altérations de la cornée. Celles-ci surviennent de deux manières différentes: elles sont quelquefois la conséquence de la compression mécanique exercée à la périphérie de cette membrane par le chémosis; aussi voit-on habituellement les lésions cornéennes présenter leur maximum d'intensité dans les points où le chémosis est le plus développé. C'est dans ces cas qu'on peut voir la cornée, conservant toute sa transparence, porter une ulcération circulaire qui, se creusant de plus en plus, finit par détacher complètement cette membrane de la sclérotique. Dans d'autres cas, la cornée s'infiltré de pus dans une étendue plus ou moins grande, et ces abcès, venant à se rompre, provoquent du même coup la rupture de la membrane cornéenne. Cette dernière, suivant son étendue, peut avoir des conséquences variables. Si la perforation est assez petite pour que l'iris, se précipitant entre les lèvres de la plaie, vienne l'obturer, le malade guérira avec une cicatrice cornéenne adhérente à l'iris (leucome adhérent). La perforation est-elle plus large, le contenu de l'œil pourra être évacué au dehors; de là l'atrophie complète du globe oculaire. Enfin la perte de la vision pourra encore être la conséquence de la propagation de l'inflammation aux membranes profondes de l'œil (panophtalmie). Ces graves altérations du côté de la cornée ne se produisent pas sans occasionner du côté des nerfs de la cinquième paire des douleurs atroces, qui sont quelquefois brusquement supprimées par la rupture de cette membrane.

Il va sans dire que la division de la maladie en trois périodes, commode pour l'étude, a quelque chose d'artificiel. Souvent, en effet, la marche est tellement rapide que la suppuration survient dès les premières heures. La première et la seconde période sont alors confondues. De même aussi, il n'y a pas de différence tranchée entre la seconde et la troisième période dont les symptômes se surajoutent rapidement les uns aux autres dans ces cas foudroyants pour ainsi

dire, qui entraînent en trente-six ou quarante-huit heures, la perte de la vision. En revanche, cette succession des phénomènes n'a rien de fatal; et l'on peut voir, soit sous l'influence du traitement, soit par suite d'une bénignité particulière du mal, la troisième période, c'est-à-dire les altérations de la cornée, faire complètement défaut. Quand le mal marche vers la guérison, le gonflement diminue en même temps que la suppuration devient moins abondante et fait place à une sécrétion de plus en plus plastique, de plus en plus chargée de fibrine. Parfois l'état chronique succède à l'inflammation aiguë. L'état granuloïde des paupières, les lésions du côté de la cornée, entretiennent dans ces cas la longue durée de la maladie.

**Diagnostic.** — Le diagnostic ne saurait présenter de sérieuses difficultés. Dans la conjonctivite catarrhale simple ou muco-purulente, le gonflement est moindre, le pus n'est jamais sécrété à l'état de pureté ni en aussi grande abondance; on n'observe pas de pareilles lésions du côté de la cornée. On a d'ailleurs pour se guider la notion étiologique. Il faut toutefois remarquer que la blennorrhagie peut donner naissance à une autre variété d'ophtalmie qui, comme l'arthrite blennorrhagique, doit être rapportée au rhumatisme. Mais il est à noter que ses caractères sont plutôt ceux de la simple ophtalmie catarrhale que ceux de la conjonctivite purulente. Elle porte d'ailleurs beaucoup plutôt sur la cornée et l'iris que sur la conjonctive.

**Pronostic.** — Il n'est pas nécessaire d'insister beaucoup sur la gravité d'une affection qui peut entraîner en si peu de temps la perte de la vision. Il est toutefois une différence à cet égard entre l'ophtalmie blennorrhagique et la conjonctivite purulente des nouveau-nés. Cette dernière a une marche beaucoup moins rapide et pour ainsi dire beaucoup moins fatale. Il est plus aisé d'arriver à l'enrayer par un traitement convenable. Et cependant, à l'heure actuelle, toutes les statistiques s'accordent à démontrer que l'ophtalmie purulente des nouveau-nés constitue la cause de beaucoup la plus fréquente de cécité. On comprend donc de quelle importance est le traitement d'une affection qui peut avoir pour conséquence la perte de la vision au début même de l'existence.

**Traitement.** — On doit avant tout se préoccuper d'empêcher le développement de la maladie. Pour cela, on préviendra les malades atteints de blennorrhagie du danger qui les menace et des précau-

tions qu'ils doivent prendre pour l'éviter. On peut aussi, au moment de l'accouchement, se proposer de combattre par des injections antiseptiques l'inoculation aux yeux du nouveau-né de l'écoulement purulent de la mère. Plus tard, il faut éviter soigneusement les inoculations possibles par les linges, les éponges, les mains. Dans ces dernières années, Credé (de Leipzig) a conseillé une nouvelle méthode prophylactique. Elle consiste à instiller dans les yeux du nouveau-né, immédiatement après la naissance, quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 2 p. 100. Plus récemment, on a proposé dans le même but l'emploi du sublimé.

Une fois l'ophtalmie purulente développée, il faut, d'une part, s'efforcer de modérer l'inflammation, et d'autre part la modifier par les cautérisations et l'usage des antiseptiques. On commencera par débarrasser soigneusement la conjonctive de tout le pus qui la recouvre par un lavage prolongé. Lorsque la muqueuse sera bien mise à nu, ce qui ne peut se faire qu'en retournant sur elle-même la paupière supérieure, on pratiquera une cautérisation avec la solution de nitrate d'argent dont le titre sera proportionné au degré de purulence de l'affection. On emploiera, suivant les cas, des solutions de nitrate d'argent à 1/30, à 1/15, à 1/10. On pourra également se servir du crayon mitigé de nitrate d'argent à 1/3. Dans tous les cas, on aura soin de neutraliser l'excès de sel d'argent avec la solution saturée de sel marin pour éviter les altérations de la cornée. Les cautérisations seront pratiquées une ou deux fois dans les vingt-quatre heures, suivant l'intensité de la sécrétion purulente. Au fur et à mesure que le gonflement et la quantité de pus sécrétée diminueront, on espacera davantage les cautérisations, en même temps qu'on en affaiblira l'énergie.

Un des moyens les plus puissants à opposer à l'ophtalmie purulente, c'est la douche oculaire, dont l'action a été parfaitement étudiée par Chassaignac. Il faut éviter de la projeter avec force à l'aide d'une seringue, car des gouttelettes de liquide pourraient, après avoir frappé la conjonctive, être renvoyées vers les yeux de l'opérateur et lui inoculer l'affection. On se servira plutôt d'un linge ou d'une éponge imbibée d'une solution antiseptique (acide phénique, alcool, acide borique, acide salicylique) dont on exprimera doucement le contenu à la surface de la conjonctive. On voit pour ainsi dire, sous l'influence de la douche, se modifier sous les yeux de

l'opérateur, la sécrétion conjonctivale; les globules de pus sont entraînés au dehors, tandis qu'une mince trame fibreuse se forme à la surface de la conjonctive, où elle dessine un réticulum délicat. La sécrétion devient donc de moins en moins purulente, en même temps qu'elle augmente de plasticité. Les douches oculaires seront très fréquemment répétées, toutes les deux heures, par exemple. Dans l'intervalle, les paupières seront recouvertes de compresses imbibées des mêmes solutions antiseptiques, par-dessus lesquelles on déposera un petit sachet de glace. Le froid produit par le liquide glacé diminuera l'intensité de l'inflammation, tandis que les cautérisations et les liquides antiseptiques en modifieront la purulence. Grâce à ce traitement bien fait et institué à temps, on arrive à sauver une proportion d'yeux considérable; aussi ne saurait-on lui attacher trop d'importance. Si le chémosis est très prononcé, on pratiquera à sa surface de larges scarifications. Quant aux lésions consécutives de la cornée, leur traitement exigera des moyens différents suivant les cas. Nous les indiquerons, quand nous traiterons des inflammations de cette membrane.

Disons, en terminant, que lorsqu'un seul œil est atteint, on doit s'efforcer de protéger le second œil par un pansement occlusif bien fait.

#### e. CONJONCTIVITE DIPHTHÉRITIQUE.

Sous le nom de conjonctivite diphthéritique on décrit deux choses très différentes; 1° le dépôt à la surface de la conjonctive de fausses membranes semblables à celles qui, dans le larynx, caractérisent le croup, dans le pharynx, l'angine diphthéritique; 2° une infiltration fibreuse de la conjonctive qui, pénétrant dans toute l'épaisseur de cette membrane, et même dans le tissu sous-muqueux, ne peut pas en être détachée. La première variété, le dépôt à la surface de la conjonctive des fausses membranes du croup, s'observe assez souvent. Elle n'est qu'un épisode dans l'infection générale diphthérique du sujet et coïncide fréquemment avec des fausses membranes de même nature existant, non seulement dans le larynx et sur le voile du palais, mais sur des points de la peau dénudés par des vésicatoires, au pourtour des lèvres, du nez, dans la profondeur des fosses nasales. A la conjonctive comme partout ailleurs, la fausse membrane croupale se laisse détacher facilement. On constate

qu'au-dessous d'elles la muqueuse n'est pas ulcérée ; elle laisse seulement suinter un peu de sang, parce qu'elle est dépouillée de son épithélium. C'est cette variété que M. Gosselin désigne sous le nom de conjonctivite diphthéritique proprement dite ; M. Terrier la nomme conjonctivite pseudo-membraneuse, pour bien la différencier de l'affection à laquelle les auteurs allemands, et Albert de Graefe le premier, ont donné le nom impropre de conjonctivite diphthéritique.

Tout autre, en effet, est la conjonctivite diphthéritique des auteurs allemands, puisqu'elle consiste en une infiltration fibrineuse profonde, occupant toute l'épaisseur de la muqueuse. Ce n'est là du reste qu'un cas particulier d'une discussion de pathologie générale, qui sépare profondément les auteurs allemands et français. En France, en effet, nous donnons le nom d'exsudats croupaux ou diphthéritiques aux produits fibrineux qui se déposent à la surface des membranes muqueuses ; tandis qu'en Allemagne, les mêmes dénominations sont employées pour désigner l'infiltration fibrineuse profonde de ces mêmes membranes. Et la preuve qu'il ne s'agit pas là d'une seule et même affection, c'est que, tandis qu'en France, et à Paris en particulier, la diphthérie est extrêmement fréquente et se localise parfois à la conjonctive, nous n'observons pour ainsi dire jamais l'infiltration fibrineuse profonde de cette membrane, à laquelle de Graefe et les auteurs allemands donnent le nom de conjonctivite diphthéritique. Warlomont note également qu'en Belgique elle est extrêmement rare. En Allemagne, au contraire, et surtout à Berlin, elle serait très fréquente ; elle y sévit, soit à l'état épidémique, soit sous forme de cas isolés.

Comme celle de l'ophtalmie purulente, la marche de la conjonctivite diphthéritique des auteurs allemands peut être divisée en trois périodes. La première période est caractérisée par l'épaississement et l'infiltration de la conjonctive, qui se présente sous la forme d'une membrane lisse, d'un gris jaunâtre, ne possédant que de rares vaisseaux. Ça et là, on peut voir à sa surface des taches ecchymotiques. Le liquide qui s'écoule de l'œil à ce moment est ténu, séreux, grisâtre ; il renferme quelquefois des flocons de mucus. La rigidité des paupières infiltrées est telle qu'on éprouve beaucoup de peine à retourner la paupière supérieure. Le malade accuse des douleurs atroces et une cuisson extrêmement pénible.

La seconde période est caractérisée par l'élimination des produits fibrineux infiltrés dans l'épaisseur de la conjonctive. Cette élimination se fait grâce à la vascularisation de la muqueuse, qui se présente sous la forme d'une surface rouge, bourgeonnante, et saignant facilement ; en même temps, une sécrétion purulente s'établit. Aussi a-t-on également appelé cette période : période purulente.

La troisième phase de l'affection est dite de cicatrisation ; elle laisse à sa suite une rétraction considérable du tissu conjonctival. Ce qui donne à la conjonctivite diphthéritique des Allemands, aussi bien qu'à l'ophtalmie purulente, son cachet de gravité spéciale, c'est la possibilité des altérations du côté de la cornée. La perforation de cette membrane peut survenir dès le début même de la maladie.

**Diagnostic.** — Ce que nous avons dit des caractères de la conjonctivite pseudo-membraneuse telle que nous la comprenons en France, et de l'ophtalmie diphthéritique des auteurs allemands, suffit à différencier l'une de l'autre les deux affections.

Quant au diagnostic entre l'ophtalmie purulente et la conjonctivite diphthéritique des Allemands, il se base sur la sécheresse et la coloration jaunâtre de la conjonctive, sur la rigidité particulière des paupières, et l'écoulement d'un liquide séreux, grisâtre, dans cette dernière ; tandis que, dans l'ophtalmie purulente, la conjonctive est dès le début le siège d'un écoulement purulent abondant ; elle est molle, tomenteuse et vascularisée.

**Traitement.** — Ce dernier diagnostic présente de l'importance, car le traitement qui convient aux deux affections est très différent. Tandis que les cautérisations énergiques font merveille dans l'ophtalmie purulente, dans la conjonctivite diphthéritique elles ne conviendraient pas, du moins au début. Les moyens à employer sont les applications de sangsues répétées à la tempe, le calomel à l'intérieur, et les fomentations glacées qui soulagent des douleurs violentes et la sensation de brûlure dont se plaignent les malades à cette période. Ce n'est que plus tard, quand la sécrétion purulente s'établit, que les cautérisations peuvent être utiles ; encore doivent-elles être employées avec réserve et n'être pas trop énergiques. Il est bien entendu qu'ici, comme dans l'ophtalmie purulente, on s'appliquera à protéger par un pansement oclusif l'œil resté sain.

2<sup>o</sup> TROUBLES DE NUTRITION DE LA CONJONCTIVE.

Sous ce titre, nous dirons quelques mots des affections suivantes :  
*a.* la xérophthalmie ; — *b.* le ptérygion ; — *c.* le pinguécula.

*a.* XÉROPTHALMIE OU XÉROSIS.

Le mot de xérosis ou xérophthalmie, indiquant la sécheresse de la conjonctive (ξηρός, sec), s'applique à deux états différents. Dans l'un, il y a seulement suppression de la sécrétion lacrymale qui, à l'état normal, lubrifie la surface de la conjonctive ; dans l'autre, c'est non seulement la sécrétion lacrymale qui est supprimée, mais bien celle des glandes propres de la conjonctive. De là la division en xérosis lacrymal et xérosis conjonctival. Dans ce dernier état, il n'y a pas seulement sécheresse de la conjonctive, mais il existe des modifications profondes de cette membrane, dont les glandes, les papilles, les vaisseaux même sont atrophiés, et qui est réduite à une couche de tissu fibreux. La rétraction de ce tissu cicatriciel fait disparaître les culs-de-sac conjonctivaux, produit des plis à la surface de la muqueuse, soude les paupières au globe de l'œil et s'oppose aux mouvements de clignement. La cornée, constamment exposée au contact de l'air, s'altère elle-même ; elle se couvre d'écailles, de croûtes sèches, se transforme en tissu de cicatrice ; et, à la longue, la vision finit par être complètement abolie.

En général ce processus destructeur s'accomplit lentement, sans causer aux malades de vives douleurs.

Les causes de cet état sont toutes les inflammations chroniques de la conjonctive, et en particulier l'ophtalmie granuleuse et la conjonctivite diphthéritique dont la période de réparation ne se fait pas sans amener la production de tissu cicatriciel. On lui a également assigné comme causes diverses affections éruptives, telles que le psoriasis et le pemphigus de la conjonctive.

Tandis que le xérosis lacrymal disparaît, lorsque la sécrétion lacrymale, momentanément suspendue, vient à se rétablir, le xérosis conjonctival, au contraire, lié à des modifications profondes de la conjonctive, résiste à tous les traitements.

On atténuera la gêne considérable de la vision par des lotions

très faiblement alcalines, ou encore par l'application de corps gras (vaseline, glycérine) à la surface de la conjonctive.

Au début, la suture des paupières, préconisée par Ollier, en soustrayant l'œil au contact de l'air, réussirait peut-être à enrayer la marche de l'affection.

*b.* PTÉRYGION.

On donne le nom de ptérygion (πτερόγιον, aile) à une production membraneuse de nouvelle formation qui se développe à la surface de la conjonctive et affecte la forme d'un triangle dont la base est dirigée vers la périphérie, dont le sommet est tourné vers la cornée et empiète quelquefois sur cette membrane.

C'est le plus souvent au côté interne de l'œil que se développe le ptérygion, beaucoup plus rarement au côté externe, mais toujours suivant le grand diamètre transversal du globe oculaire, c'est-à-dire dans la partie de la conjonctive qui est sans cesse exposée au contact de l'air. Beaucoup plus rarement le ptérygion siège en haut ou en bas ; habituellement unique, il peut être multiple. On a vu jusqu'à cinq ptérygions sur un même œil.

Le tissu du ptérygion présente des aspects variables suivant les cas. Tantôt en effet il est mince et transparent, très peu riche en vaisseaux ; tantôt au contraire il est charnu, épais, très vasculaire. Dans le premier cas, on l'appelle ptérygion celluleux ou *tenue*, dans le second, ptérygion charnu ou *crassum*. Cette division a de l'importance ; c'est en effet le ptérygion charnu et vasculaire qui a surtout tendance à s'étendre et à gagner la cornée.

Tant que l'affection est limitée à la conjonctive, elle ne cause que peu de gêne ; dès qu'elle empiète sur la cornée, et surtout si elle recouvre une grande étendue de cette membrane, elle peut apporter une gêne considérable à la vision.

On ignore encore quelle est la véritable cause de l'hypertrophie conjonctivale qui donne naissance au ptérygion. Quelques auteurs ont pensé que c'était à la faveur d'une ulcération de la périphérie de la cornée que la conjonctive venait pour ainsi dire se greffer sur la membrane cornéenne ; mais, outre que l'observation directe a démontré la continuation de l'épithélium cornéen sans interruption sur la tête du ptérygion, on peut objecter que le ptérygion est une maladie rare,

comparé au nombre énorme des ulcérations de la cornée; enfin les ulcères de cette membrane sont très fréquents chez les enfants, tandis que le ptérygion est rare à cette période de la vie.

En revanche, tous les auteurs s'accordent à noter la fréquence du ptérygion dans les climats chauds, et chez les personnes que leur profession expose au contact continu des poussières (maçons, menuisiers, etc.). Il semble donc que la véritable cause de son développement soit l'irritation lente et prolongée de la conjonctive, soit sous l'influence d'un soleil ardent, soit par les poussières et les corps étrangers. Nous ferons du reste remarquer que le siège habituel du ptérygion sur une partie de la conjonctive constamment exposée au contact de l'air, et dans le grand angle de l'œil, qui, chez beaucoup de personnes, est le siège d'une vascularisation anormale ou de la petite tumeur graisseuse dite pinguécula, sont des circonstances qui plaident encore en faveur de cette opinion. Poncet (de Cluny) ayant trouvé dans le cul-de-sac interposé entre la cornée et le ptérygion un amas de vibrions, a voulu leur faire jouer le rôle principal dans le développement de l'affection, mais il est probable que ce n'est qu'un épiphénomène, les vibrions se déposant en ce point, grâce à la disposition anatomique particulière créée par le ptérygion.

Le traitement doit être exclusivement chirurgical. Les applications irritantes et caustiques seraient plutôt propres à favoriser le développement de la maladie. La méthode la plus simple, c'est l'excision du ptérygion; malheureusement elle est fréquemment suivie de récurrence. De là divers procédés qui ont pour but d'empêcher la reproduction de l'affection. Desmarres père a imaginé la méthode de déviation ou de déplacement. Elle consiste à disséquer le ptérygion, qu'on laisse adhérent par sa base, et qu'on fixe dans une petite boutonnière faite à la conjonctive. On peut aussi avoir recours à l'autoplastie, c'est-à-dire qu'après avoir excisé ou seulement disséqué le ptérygion, on réunit par quelques points de suture la conjonctive au-devant de la place laissée libre par la dissection du produit morbide.

#### C. PINGUÉCULA.

On donne le nom de pinguécula à une petite saillie jaunâtre qui se développe assez fréquemment sous la conjonctive, dans le grand angle de l'œil, à quelque distance de la périphérie de la cornée. Plus

rarement, elle siège au côté externe. Mais, comme le ptérygion, elle se développe toujours dans le grand axe de la fente palpébrale, c'est-à-dire sur les points de la conjonctive qui sont constamment exposés au contact de l'air.

D'après les recherches de Robin, cette petite tumeur, malgré son aspect jaunâtre, ne renfermerait pas de graisse; elle résulterait seulement de la condensation du tissu sous-conjonctival avec épaissement de la couche épithéliale.

Dans l'immense majorité des cas, le pinguécula ne cause point de gêne et n'appelle aucun traitement. C'est seulement s'il venait à s'hypertrophier, qu'on serait autorisé à en pratiquer l'excision.

## II

### MALADIES INFLAMMATOIRES ET TROUBLES DE NUTRITION DE LA CORNÉE.

#### 1° KÉRATITES.

On donne le nom de kératite à l'inflammation de la cornée.

Bien qu'elles eussent été observées de tout temps, les kératites étaient englobées avec les autres affections inflammatoires de l'œil sous le nom général d'ophtalmies, lorsqu'elles furent en 1823, de la part de Mirault (d'Angers) l'objet d'un travail sérieux. Toutefois la notion de l'inflammation primitive de la cornée ne fut pas admise sans peine; et, se fondant sur la pathogénie vasculaire de l'inflammation, on pouvait encore, en 1858, avec Broca, refuser à la cornée la possibilité de s'enflammer primitivement, sous le prétexte que la cornée, comme les cartilages, ne possède pas de vaisseaux propres. Plus tard, au contraire, on ne se borna pas à admettre la kératite; mais, vu sa transparence et son siège superficiel permettant d'y suivre facilement l'évolution des phénomènes, la cornée devint le terrain sur lequel se mesurèrent toutes les théories de l'inflammation; théorie du blastème, avec Robin, théorie cellulaire avec Küss et Virchow, diapédèse des globules blancs de Cohnheim. La question n'est point encore définitivement tranchée.

La cornée possède, on le sait, trois couches qui, toutes trois, peuvent être le siège des phénomènes inflammatoires: *a.* couche super-

ficielle formée par un épithélium stratifié supporté par la lame élastique antérieure dite de Bowmann; *b*, couche moyenne formée par le tissu propre de la cornée (fibres conjonctives et cellulés); *c*, couche profonde composée d'une couche unique de cellules épithéliales que supporte la membrane de Descemet.

D'après le siège qu'occupe primitivement l'inflammation, les kératites peuvent être divisées en superficielles occupant la couche antérieure de la cornée, et profondes siégeant dans les deux couches postérieures.

Chacun de ces deux groupes renferme plusieurs variétés :

A. Les kératites superficielles comprennent :

*a*. La kératite phlycténulaire; *b*, la kératite vésiculeuse; *c*, la kératite vasculaire ou panniforme.

B. Aux kératites profondes se rattachent :

*a*. La kératite interstitielle; *b*, la kératite suppurative ou abcès de la cornée; *c*, la kératite ponctuée, encore désignée sous les noms d'aquo-capsulite ou de desceméite.

#### A. KÉRATITES SUPERFICIELLES.

*a*. **Kératite phlycténulaire.** — Comme la conjonctivite du même nom, la kératite pustuleuse ou phlycténulaire s'observe le plus souvent chez les enfants, et surtout chez les enfants lymphatiques. Plus rarement elle se montre chez les adultes.

La grande cause qui lui donne naissance, c'est donc l'existence du tempérament lymphatique ou strumeux. Puis, à côté de la cause générale, il faut faire une place aux causes occasionnelles ou locales, telles que les traumatismes, les corps étrangers, l'existence des granulations conjonctivales, etc.

Tantôt la maladie débute d'emblée dans la cornée; tantôt elle fait suite à une affection conjonctivale de même nature; il arrive même souvent que les phlycténules empiètent à la fois sur la conjonctive et sur la cornée. Elle se montre d'abord sous la forme d'un petit point grisâtre, qui augmente de plus en plus, s'entoure d'une aréole nébuleuse, et finit par prendre l'aspect d'une petite vésicule. Les vaisseaux conjonctivaux voisins sont engorgés et forment, lorsque la lésion siège près du limbe scléro-cornéen, un pinceau triangulaire

dont la base est tournée vers la périphérie, tandis que son sommet aboutit à la vésicule même.

La structure de la phlycténule a été pour la première fois bien étudiée par Ivanoff. Elle est constituée par l'accumulation de cellules rondes immédiatement au-dessous de l'épithélium antérieur de la cornée. Ces cellules se prolongent le long des extrémités terminales des nerfs qui, comme on le sait, s'avancent jusque dans la couche épithéliale la plus superficielle. Si l'on admet avec Leber que ces extrémités nerveuses terminales sont environnées d'une gaine lymphatique, on sera conduit à penser que les éléments cellulaires ont cheminé dans cette gaine, et l'on comprendra le nom de kératite lymphatique que le professeur Panas a donné à cette affection, nom qui s'applique à la fois à la constitution des malades qui en sont porteurs, et au mécanisme d'invasion de la cornée par les gaines lymphatiques.

Outre l'injection conjonctivale et le larmolement, la kératite phlycténulaire détermine une photophobie intense. C'est même, de toutes les inflammations de la cornée, celle où l'impression lumineuse est le plus difficilement supportée. On le comprend aisément si l'on réfléchit aux recherches de Cohnheim, qui nous ont appris que les terminaisons des nerfs se perdent dans la couche épithéliale la plus superficielle de la cornée. C'est donc dans les inflammations superficielles, comme la kératite phlycténulaire, que ces terminaisons nerveuses sont le plus douloureusement irritées. De là, un blépharospasme ou contraction des paupières intense qui ne permet que très difficilement d'entr'ouvrir la fente palpébrale. Au moment où l'on écarte l'une de l'autre les paupières, un flot de larmes âcres et brûlantes s'écoule au dehors; quelquefois même, il est violemment projeté, comme le fut dans l'ophtalmie purulente. Ces larmes irritantes, s'écoulant incessamment sur les joues, ne tardent pas à y provoquer des éruptions prurigineuses et impétigineuses, qui se généralisent parfois à toute la face, et cela d'autant plus aisément que les sujets atteints sont des scrofuleux. De là encore, la production, au niveau de l'angle externe des paupières, de fissures qui ont pu être très justement comparées aux fissures à l'anus. Produites par le blépharospasme, elles tendent, par un véritable cercle vicieux, à perpétuer ce symptôme, vu les douleurs dont elles sont le point de départ. Elles donnent parfois lieu à un suintement sanguin, dans les

tentatives que l'on fait pour écarter les paupières. Un autre phénomène, qui s'observe assez souvent au même moment, c'est un éternuement violent; c'est là un acte réflexe sur la muqueuse pituitaire dont le point de départ est l'irritation produite sur la cornée par l'impression de la lumière.

L'horreur du jour est telle qu'elle fait prendre aux petits malades des positions caractéristiques, toujours les mêmes, qui permettent à un observateur exercé de reconnaître au premier coup d'œil les enfants atteints de kératite phlycténulaire. Étant au lit, ils tiennent la face constamment plongée dans leur oreiller; ils l'appuient sans relâche sur le sein de leur mère, quand ils sont portés sur les bras.

Cette photophobie intense rend très difficile, quelquefois même tout à fait impossible, l'examen de la cornée. Il ne faut pas faire effort pour lutter contre la contraction énergique de l'orbiculaire des paupières; car, ainsi que nous le dirons dans un instant, on s'exposerait à provoquer la rupture de la cornée. Mieux vaut avoir recours à l'anesthésie par le chloroforme, si l'on croit qu'il y ait intérêt à examiner directement l'état de la lésion. Pour éviter les inconvénients de l'anesthésie, on pourrait recourir au procédé indiqué par Sæmisch, qui consiste à maintenir plongée dans l'eau froide la face de l'enfant jusqu'à déterminer une légère suffocation; on ferait ainsi cesser le spasme des paupières.

La marche de l'affection est très variable. Dans les cas les plus heureux, la phlyctène s'affaisse sans laisser de traces; le plus souvent, au contraire, elle se rompt en donnant naissance à un petit ulcère à facette, qui met plus ou moins longtemps à se guérir. Parfois enfin la suppuration survient; l'ulcère gagne alors en profondeur, et il ne peut se réparer sans donner naissance à une opacité plus ou moins marquée de la cornée. La perte de substance peut même aller jusqu'à la membrane de Descemet, qui fait hernie à travers l'ulcération, et peut se rompre spontanément ou dans un effort, quelquefois, comme nous l'avons déjà dit, au moment où l'on cherche à entr'ouvrir les paupières. Les conséquences de cette rupture sont parfois la perte totale de l'œil; dans les cas les plus heureux, c'est la hernie de l'iris, qui restera adhérent à la cicatrice, en constituant ce qu'on nomme une *synéchie antérieure*.

Parfois plusieurs pustules se développent successivement l'une au-devant de l'autre, constituant ce que Bérard a nommé kératite en

fusée, ou bien deux phlyctènes développées aux extrémités terminales d'un même diamètre arrivent à se rejoindre, et donnent naissance à une opacité transversale qu'on nomme kératite en bandelettes.

Ce que nous avons dit des différents modes de terminaison fait assez pressentir la gravité de l'affection. Un de ses caractères les plus fâcheux, c'est qu'elle récidive avec une déplorable ténacité.

Le traitement doit consister dans les applications de compresses chaudes, et l'instillation d'atropine. On peut aussi retirer de bons effets de la pommade à l'oxyde jaune de mercure.

Si le blépharospasme est trop intense, on peut, s'inspirant du traitement de la fissure à l'anus, pratiquer la dilatation forcée des paupières, et même la section de la commissure externe des paupières avec suture de la conjonctive, dite canthoplastie.

Dans le cas où la suppuration de la phlycténule tend à faire des progrès, on peut arrêter sa marche envahissante par une cautérisation très légère avec le fer rouge ou la pointe du petit thermocautère construit à cet effet par Paquelin.

Il est bien entendu qu'on ne perdra pas de vue l'état général, auquel s'adressera un traitement antisérofuleux approprié.

**b. Kératite vésiculeuse.** — Malgré la ressemblance entre les formes anatomiques appelées phlycténule et vésicule, il ne faut pas confondre la kératite phlycténulaire avec la kératite vésiculeuse, qu'on ferait mieux de désigner sous le nom d'herpès de la cornée. Ce sont en effet deux maladies essentiellement distinctes. Tout d'abord, une grande différence les sépare: tandis, en effet, que la kératite phlycténulaire est une maladie banale qu'on rencontre à chaque instant, la kératite vésiculeuse, au contraire, est excessivement rare. L'affection phlycténulaire occupe habituellement les deux yeux, tandis que la vésicule ou herpès de la cornée est toujours monoculaire. Les différences anatomiques entre les deux maladies ne sont pas moins tranchées. Nous avons dit, en effet, d'après Ivanoff, que la lésion anatomique de la kératite phlycténulaire consistait en un amas de cellules embryonnaires immédiatement au-dessous de la couche épithéliale antérieure de la cornée. Dans la kératite vésiculeuse, le siège de l'affection est plus profond; la vésicule occupe l'épaisseur même du tissu propre de la cornée. Elle se distingue, par son contenu liquide et transparent, de l'exsudat blanchâtre et parfois même purulent de la kératite phlycténulaire.