

Rarement on observe une seule vésicule; d'ordinaire il y en a un groupe, siégeant quelquefois au centre, plus souvent à la périphérie de la cornée. Dans les cas les plus heureux, le liquide se résorbe, la vésicule se flétrit, et disparaît sans laisser de perte de substance. Mais habituellement elle se rompt, il en résulte une nébulosité légère de la cornée, et un ulcère superficiel qui met parfois un temps fort long à se cicatriser.

Parfois enfin la maladie procède par poussées successives, et sa durée est alors d'une longueur désespérante.

Les symptômes qui accompagnent la kératite vésiculeuse sont assez caractéristiques; ce sont d'abord des douleurs névralgiques excessivement violentes qui se montrent en même temps que la lésion, et qui persistent souvent longtemps après la cicatrisation. C'est encore l'insensibilité de la cornée, contrastant singulièrement avec les douleurs de névralgie ciliaire que nous venons de signaler; enfin, Horner a noté une diminution considérable de la tension oculaire, *hypotonie*.

La kératite vésiculeuse ou herpès de la cornée a essentiellement une origine nerveuse, et par là elle se rapproche de l'herpès des autres régions. Les causes qui lui donnent naissance peuvent être rangées en trois groupes: tantôt en effet elle n'est que l'expression d'un trouble de nutrition ou trouble trophique de la cornée survenant dans le cours d'une maladie générale du globe oculaire; c'est ce qui arrive dans le glaucome, dans l'irido-choroïdite; tantôt, elle constitue simplement une localisation particulière d'un herpès occupant toute la branche ophthalmique de Willis, et que l'on étudie sous le nom de zona ophthalmique. L'herpès de la cornée peut aussi se rattacher à une fièvre herpétique qui se traduit en même temps par la formation de vésicules sur le nez et les lèvres. Nagel l'a même vu dans un cas de fièvre paludéenne. Enfin dans un troisième groupe de faits, l'origine de la maladie est un traumatisme très léger de la cornée, comme il arrive quelquefois aux mères ou aux nourrices qui sont griffées par leur nourrisson, ou quand une branche d'arbre vient frapper légèrement la face antérieure de la cornée; Nagel, et Arlt après lui, ont cité des exemples de ces faits. Le mécanisme en est facile à comprendre quand on se rappelle la terminaison des nerfs dans les lames épithéliales les plus superficielles de la cornée. Le traumatisme léger, en provoquant la chute de l'épithélium,

met à nu les extrémités nerveuses dont l'irritation amène l'apparition de la vésicule, et les atroces névralgies ciliaires qui l'accompagnent.

Le traitement consiste essentiellement dans l'occlusion de l'œil et les instillations fréquentes d'atropine. En même temps on calmera les douleurs par les injections de morphine à la tempe, le bromure de potassium, le sulfate de quinine. Nagel et Brière ont aussi employé avec succès contre les douleurs ciliaires les courants continus descendants.

c. **Kératite vasculaire** (pannus de la cornée). — Ainsi que l'établit très bien Gayet dans le *Dictionnaire encyclopédique*, la kératite vasculaire ou panneuse constitue une forme parfaitement définie d'inflammation cornéenne, encore bien que les causes qui peuvent lui donner naissance soient très variées. Elle a en effet pour caractère constant le développement de vaisseaux dans la couche superficielle de la cornée.

On s'habitue trop peut-être à la considérer comme étant seulement l'aboutissant de la conjonctivite granuleuse; sans doute l'existence des granulations conjonctivales est la circonstance qui lui donne le plus fréquemment naissance; mais elle est loin d'être la seule. D'une manière générale, on peut dire que toutes les causes d'irritation prolongée de la cornée sont aptes à provoquer son développement. De ce nombre sont les kératites phlycténulaires à répétition, ou caractérisées par une éruption abondante de phlyctènes, l'ectropion qui laisse sans cesse la cornée exposée au contact de l'air, l'entropion et le trichiasis qui irritent sa surface par le frottement permanent des cils.

La preuve du rôle mécanique que jouent sur la cornée les granulations, c'est la limitation exacte, au début du moins, de la maladie aux points qui sont en contact continu avec la face postérieure de la paupière supérieure. Plus tard, la vascularisation s'étend à toute la surface de la cornée; les vaisseaux s'avancent de la périphérie au centre; lorsqu'ils sont peu nombreux et constituent pour ainsi dire une mince toile tendue au-devant de la cornée, l'affection porte le nom de *pannus tenuis*. Mais, plus tard, les vaisseaux deviennent quelquefois si abondants, ils sont si serrés les uns contre les autres, que la cornée semble le siège d'une infiltration sanguine diffuse. En même temps il y a un épaissement, un véritable bourgeonnement

de cette membrane, qui fait donner au pannus le nom de *crassus*, ou sarcomateux.

La kératite vasculaire s'accompagne quelquefois de douleurs, de photophobie et de larmoiement; mais ces symptômes sont toujours beaucoup moins marqués dans cette variété d'inflammation cornéenne que dans la kératite phlycténulaire. D'autres fois la marche de l'affection est tout à fait chronique, et ne s'accompagne d'aucune réaction.

La guérison est possible dans les cas où la vascularisation et l'épaississement de la cornée ne sont pas trop prononcés; elle se fait alors par résorption des exsudats et atrophie des vaisseaux; la cornée peut dans ces cas reprendre complètement sa transparence. Mais bien souvent il reste une opacité de cette membrane. Une autre conséquence de l'affection, c'est l'altération de courbure, la conicité de la cornée qui apporte un trouble considérable à la vision. Notons enfin que de graves complications peuvent se montrer dans le cours de la kératite vasculaire, savoir, des abcès, des perforations de la cornée, de l'iritis, du glaucome.

C'est encore à Ivanoff que nous sommes redevables de notions précises sur l'anatomie pathologique de cette affection. Ici, comme dans la kératite phlycténulaire, des amas de cellules rondes formées en avant de la membrane de Bowmann soulèvent l'épithélium cornéen. Plus tard, dans l'épaisseur de ces exsudats se voient des extravasations de globules rouges qui s'entourent d'une paroi propre et deviennent le point de départ de vaisseaux de nouvelle formation. Enfin, dans la dernière période, il y a hypertrophie de la lame épithéliale antérieure de la cornée et transformation en tissu conjonctif des éléments cellulaires infiltrés. Dans le pannus sarcomateux invétéré, la membrane de Bowmann elle-même est détruite; le tissu propre de la cornée est altéré à son tour; de là, les cicatrices profondes et les opacités indélébiles que laisse à sa suite l'affection arrivée à cette période ultime de son développement.

Le traitement doit consister tout d'abord à écarter toutes les causes d'irritation de la cornée; dans ce but, on emploiera les différentes opérations propres à guérir l'entropion, l'ectropion, le trichiasis. On traitera les granulations; si les paupières viennent frotter trop durement sur la face antérieure de la cornée, on pratiquera le débridement de la commissure palpébrale externe ou canthoplastie.

On a proposé d'amener l'atrophie de l'exsudat vasculaire à l'aide de collyres astringents. Le sulfate de cuivre, le tannin ont été employés dans ce but; Follin dit s'être bien trouvé de cautérisations de la conjonctive avec le perchlorure de fer à 50°. Mais il faut avoir soin d'éviter les collyres à base de plomb ou d'argent, qui, amenant des dépôts chimiques dans l'épaisseur de la cornée, détermineraient des opacités persistantes.

Un excellent traitement consiste dans l'incision, au pourtour de la cornée, de la conjonctive et des vaisseaux qui pénètrent dans l'épaisseur de l'épithélium cornéen. Cette opération, connue sous le nom de péritomie, détermine l'atrophie des vaisseaux de nouvelle formation et la résorption des infiltrations cellulaires. Enfin, si tous les moyens précédents ont échoué, il reste au chirurgien un traitement énergique, trop vanté et trop décrié tour à tour, l'inoculation blennorrhagique. En parlant de l'ophthalmie purulente des granuleux, nous avons noté que souvent elle avait pour effet d'amener l'atrophie des granulations. C'est en se fondant sur cette donnée qu'on a conseillé l'inoculation blennorrhagique dans le pannus vasculaire. On se propose ainsi d'activer la résorption des exsudats cornéens. Mais précisément parce que l'inoculation blennorrhagique est un moyen d'une grande puissance, son emploi est subordonné à certaines règles dont on ne doit pas se départir. Il faut d'abord que les deux yeux soient atteints, car on ne peut se flatter d'éviter d'une manière absolue l'inoculation accidentelle de l'œil sain. Le pannus doit être épais, sarcomateux; il doit être étendu à la totalité de la cornée. C'est seulement en se conformant à ces recommandations qu'on évitera les graves dangers inhérents à l'ophthalmie blennorrhagique, tels que la perforation de la cornée, la fonte purulente du globe oculaire. L'inoculation pourra être faite, soit avec le pus blennorrhagique lui-même, soit avec le pus d'une ophthalmie purulente. On laissera la maladie évoluer complètement, c'est-à-dire la purulence s'établir. C'est seulement alors qu'on interviendra pour la modérer par les cautérisations au nitrate d'argent que nous avons précédemment indiquées.

B. KÉRATITES PROFONDES.

a. Kératite interstitielle ou parenchymateuse. — A la différence des kératites superficielles, qui occupaient la couche anté-

rieure de la cornée (épithélium et membrane de Bowmann), la kératite interstitielle siège dans la couche moyenne ou tissu propre de cet organe.

Elle a reçu bien des noms différents : kératite interstitielle, interstitielle diffuse, kératite disséminée, parenchymateuse ; kératite hérédo-syphilitique (Hutchinson).

Symptômes. — Le début de la maladie est insidieux ; elle se traduit par une légère opacité, qui est le plus souvent limitée à une partie de la cornée. M. Panas note sa fréquence à la partie inférieure et interne de la pupille, et pense que cette localisation est probablement la conséquence de la déclivité. Si l'on examine soigneusement, surtout à l'aide de la loupe ou de l'éclairage oblique, cette opacité cornéenne, on voit qu'elle n'est pas uniforme ; elle présente au contraire un très grand nombre de petits points grisâtres plus foncés ; d'où l'aspect granité noté par le professeur Panas ; c'est encore cette lésion qui a fait comparer la cornée à une lamelle infiltrée d'un semis de grains de verre pilé. D'où le nom de période du verre pilé donné à ce début de l'affection. Au fur et à mesure que le mal progresse, la tache augmente d'étendue de la périphérie au centre de la cornée ; elle voile par son épaisseur l'iris, la pupille et la chambre antérieure. On a comparé l'aspect que présente alors la cornée à celui d'un verre dépoli. Tantôt l'épithélium de la face antérieure reste intact, tantôt il est le siège d'une exfoliation qu'on reconnaît par l'examen à l'éclairage oblique ; l'image cornéenne est alors terne comme la surface d'un verre dépoli à l'émeri.

Une nouvelle période est caractérisée par la vascularisation de la cornée. Jusque-là, en effet, il y avait seulement une injection péri-kératique composée de vaisseaux fins et radiés aboutissant au limbe scléro-cornéal. Les vaisseaux, à un moment donné, pénètrent jusque dans l'épaisseur même du tissu de la cornée sous la forme d'une arborisation très fine. Suivant la richesse de ce réseau vasculaire et l'aspect qui en résulte, on a comparé la cornée, soit à la chair de saumon, soit au rouge cerise. Enfin la confluence des vaisseaux est parfois telle que la cornée semble recouverte par une tache hémorrhagique uniforme. Il faut l'intervention de la loupe de Brucke pour décomposer cette tache rouge en un lacis vasculaire extrêmement ténu qui marche de la périphérie au centre de la cornée.

Les troubles fonctionnels sont tels qu'on peut les attendre d'une pareille opacité : La vision, considérablement entravée au début par le brouillard existant au devant de la rétine, finit même par être complètement abolie dans la période d'état de l'affection. La photophobie, le blépharospasme et les douleurs ciliaires sont souvent très marqués, mais jamais ces symptômes n'atteignent le degré intense qui caractérise la kératite phlycténulaire.

Anatomie pathologique. — Elle a été faite successivement par Virchow et par Sœmisch. Sur une coupe médiane pratiquée sur une cornée infiltrée, Virchow a reconnu que l'opacité était composée de cellules gonflées et à contenu granuleux, la substance fondamentale demeurant absolument intacte. Pour Sœmisch, l'altération propre à la kératite interstitielle est une accumulation de corpuscules lymphoïdes dans l'épaisseur du parenchyme cornéen. Nous retrouvons donc ici les deux théories de l'inflammation mises en avant pour expliquer le processus anatomo-pathologique de la kératite, sans qu'il soit possible d'en adopter une à l'exclusion de l'autre. Ce qu'il faut retenir toutefois de ces recherches, c'est l'infiltration cellulaire de la cornée, sans lésion profonde de sa substance propre ; cela nous permet de comprendre comment, une fois l'exsudat pathologique résorbé, la cornée peut reprendre sa configuration normale et sa transparence ; ce qui est un des traits les plus caractéristiques de l'affection.

Étiologie. — Sans être absolument rare, la kératite interstitielle est loin d'être une affection fréquente. Sur 5069 malades venus à la consultation ophthalmologique du bureau central, M. Panas n'a trouvé que 40 cas de kératite interstitielle, ce qui donne une proportion d'un cas sur cent vingt-sept.

C'est une maladie de la puberté et de l'adolescence ; on ne l'a point observée après vingt-six ans ; elle est rare dans la première enfance. On cite cependant des cas de kératite interstitielle développée pendant la vie intra-utérine. Elle offre une prédilection marquée pour le sexe féminin. Mais le point sans contredit le plus intéressant de son étude, c'est la détermination de la cause qui lui donne naissance.

Après avoir été longtemps confondue avec diverses formes de kératite sous le nom banal d'ophtalmie scrofuleuse, la kératite interstitielle en fut distraite en 1858 par Hutchinson, qui la rattacha

à une cause spécifique toujours la même, la syphilis héréditaire, et lui donna le nom de kératite hérédo-syphilitique. Les motifs sur lesquels se basait Hutchinson pour affirmer son opinion sont les suivants : d'après lui, on rencontre toujours, chez les malades atteints de kératite interstitielle, de la surdité et un arrêt de développement de la face, caractérisé surtout par un nez court et aplati, une voûte palatine profondément excavée (*v shaped maxilla*) et des altérations des dents, surtout marquées sur les incisives, qui sont échancrées en forme de *v* renversé. Kératite interstitielle, surdité, altérations particulières du système dentaire, tel est, pour ainsi dire, le trépied symptomatique sur lequel il a établi l'étiologie de l'affection. On a invoqué aussi comme preuve la polymortalité des jeunes enfants dans les familles où se trouvent des personnes atteintes de kératite interstitielle, et dernièrement encore M. Parinaud a apporté dans les *Archives de médecine* des preuves à l'appui de cette opinion. Mais il s'en faut de beaucoup qu'on retrouve dans tous les cas l'édifice symptomatique complet fondé par Hutchinson. Nombre de fois les altérations dentaires ont fait défaut, et d'ailleurs il n'est pas prouvé que ces altérations soient toujours caractéristiques de la syphilis. De là de nombreuses divergences d'opinion. Dans une discussion sur ce sujet qui a eu lieu en 1871 à la Société de Chirurgie, la plupart des orateurs, et M. Panas en particulier, ne se sont pas montrés favorables à l'origine syphilitique de l'affection. M. Fournier, au contraire, voit dans la syphilis héréditaire une cause réelle de la kératite interstitielle. Il n'est d'ailleurs pas absolu; il admet que d'autres influences peuvent lui donner naissance; beaucoup d'ophtalmologistes, M. Gayet entre autres, reconnaissent aujourd'hui l'origine syphilitique de la kératite interstitielle. Ce dernier auteur ne repousse pas d'ailleurs d'autres causes, il cite même un fait où il a rattaché exclusivement la maladie à la diathèse rhumatismale. Il semble, en résumé, qu'au fur et à mesure que la syphilis héréditaire sera mieux connue, l'opinion qui rattache à cette diathèse la kératite interstitielle gagnera du terrain.

Marche. Pronostic et traitement. — Chaque jour de nouveaux modes de traitement sont préconisés contre la kératite interstitielle. Pour en apprécier la valeur, il importe tout d'abord de bien connaître la marche naturelle de l'affection. Rien ne frappe plus que de voir ces malades qui, pendant de longs mois, devaient être con-

duits par la main comme des aveugles, recouvrer complètement la vision au point de pouvoir se guider seuls, lire et écrire, et se livrer aux travaux les plus délicats. Telle est en effet la marche de l'affection, essentiellement chronique, se prolongeant pendant des mois, des années même, pour aboutir à la guérison au moment même où l'on commençait à désespérer. On comprend à combien d'illusions thérapeutiques on s'abandonnerait, faute de connaître suffisamment cette évolution.

Ce n'est pas à dire cependant que la kératite interstitielle soit sans gravité, puisqu'elle laisse souvent après elle des opacités qui entraînent considérablement la vision.

Le traitement doit consister surtout dans une bonne hygiène et dans un traitement tonique et antiscrofuleux (huile de foie de morue). L'iodure de potassium à dose modérée est également fort utile pour amener la résorption des exsudats cornéens. Comme traitement local, on emploiera les instillations d'atropine, les douches de vapeur sur les paupières, et les compresses chaudes qui, en activant la vascularisation de la cornée, aident à la résolution. Dans certains cas, au contraire, où la vascularisation était exagérée, on a pu se trouver bien de la péritomie (Panas). Pour activer la résorption des taies de la cornée, on aura recours au massage de l'œil, suivant le procédé de Pagenstecher, combiné avec l'emploi de la pommade au précipité jaune (10 à 20 centigrammes pour 20 grammes de vaseline). Enfin on a proposé dans certains cas des opérations variées, telles que l'iridectomie, la paracentèse de la chambre antérieure, la sclérotomie. Panas a même vu une strabotomie amener une fois l'éclaircissement de la cornée. Ce serait un tort de vouloir présenter chacune de ces opérations comme un traitement spécifique de la kératite interstitielle. Ce sont là seulement des moyens qui peuvent être utiles à un moment donné, et dont il faudra dans chaque cas particulier poser nettement les indications. Dans les cas où il y a des antécédents syphilitiques manifestes, on aura recours au traitement mixte (iodure de potassium et mercure). Abadie paraît s'être bien trouvé des injections sous-cutanées de bichlorure de mercure.

b. Kératite suppurative ou abcès de la cornée. — Comme la précédente, la kératite suppurative est une inflammation interstitielle, siégeant dans le tissu propre de la cornée; mais ce qui la caractérise essentiellement, c'est la production du pus, qui, tantôt

se collecte sous forme d'abcès, tantôt forme une nappe purulente amenant une destruction très étendue de cette membrane.

Étiologie. — On peut dire d'une manière générale que la kératite purulente décèle toujours un mauvais état de l'organisme : La misère physiologique, l'athrepsie chez les nouveau-nés, de mauvaises conditions hygiéniques, la scrofule, l'alcoolisme, telles sont les causes qui peuvent lui donner naissance. Des états diathésiques, comme l'albuminurie, le diabète ; des fièvres graves, comme la fièvre typhoïde, le typhus, la scarlatine, la méningite cérébro-spinale épidémique, s'accompagnent quelquefois de suppuration de la cornée. La variole peut aussi donner naissance à la même complication, mais cela de deux manières différentes, soit en agissant comme maladie générale, prédisposant à la suppuration, soit en amenant la formation de pustules sur la cornée. En effet, à côté des causes générales, il faut aussi faire une part aux causes locales. Déjà, à propos des traumatismes oculaires, nous avons signalé le développement de la suppuration intra-cornéenne. Les contusions de la cornée par des branches d'arbre, des corps étrangers métalliques, des poussières, lui donnent fréquemment naissance. Les piqûres par les épis de graminées en sont si souvent la cause, que cette variété d'inflammation a reçu le nom de kératite des moissonneurs. Mais ces divers traumatismes agiront d'autant plus efficacement que l'état général du malade laissera à désirer.

Une autre circonstance étiologique qu'on rencontre très fréquemment, c'est l'existence antérieure du catarrhe des voies lacrymales et du larmolement. C'est là un fait de la plus haute importance ; il montre avec quel soin nous devons éviter les opérations sur la cornée, en particulier l'extraction de la cataracte, chez les sujets atteints de larmolement, sous peine de voir survenir la suppuration du lambeau.

L'expérimentation nous rend compte de la production de la kératite suppurée ; les lésions qui la caractérisent sont tout à fait analogues à celles qu'on développe chez les animaux par la section de la cinquième paire. Il est dès lors probable que, dans les états généraux graves que nous avons énumérés, l'état particulier du système nerveux n'est pas sans influence sur son développement.

Dans un tout autre ordre d'idées, les expériences de Leber, d'Eberth, de Stromeyer, nous aident à comprendre la pathogénie de la

kératite suppurative. Ces auteurs ont en effet inoculé la cornée avec diverses substances septiques, et ont vu se développer dans son intérieur des suppurations diffuses. Nous comprenons dès lors comment certains corps étrangers, comment la sécrétion muco-purulente du catarrhe lacrymal, produisent des inoculations analogues sur les plaies cornéennes, et réalisent d'autant plus facilement toutes les conditions de la maladie, que le sujet est prédisposé déjà par son état général à la suppuration.

Symptômes. — L'affection débute sous la forme d'une infiltration grisâtre que l'examen à l'aide de l'éclairage oblique permet de rapporter à son véritable siège, c'est-à-dire qu'elle occupe, non la couche superficielle, mais le tissu propre de la cornée. Cette tache augmente d'étendue, en même temps que son centre prend une teinte de plus en plus blanchâtre, puis jaunâtre, indice de la suppuration. Le pus s'infiltre dans les lames les plus inférieures de la cornée, et y prend souvent une forme spéciale. Il donne en effet naissance à des abcès semi-lunaires dont la convexité est dirigée en bas, dits abcès en coups d'angle, d'où les noms d'*unguis* ou d'*onyx* qui leur sont donnés. D'autres fois, la suppuration est beaucoup plus diffuse et étendue à une grande partie de la cornée. Il arrive même, comme le note M. Panas, que l'infiltration purulente prenne la forme circulaire ; elle laisse alors à son centre une partie de cornée qui garde sa transparence ; mais celle-ci, privée de ses éléments de nutrition, ne tarde pas à se sphacéler.

Tantôt il n'y a qu'un seul foyer de suppuration, tantôt il y en a plusieurs. Mais, dans tous les cas, l'abcès est entouré d'une zone d'infiltration grisâtre d'autant plus mince qu'on s'éloigne de son centre.

La kératite suppurative s'accompagne d'une injection périkeratique plus ou moins marquée ; la photophobie et les douleurs ciliaires varient également beaucoup suivant les cas. D'après l'intensité de ces symptômes, on a distingué deux formes de l'affection ; l'une aiguë ou sthénique, dans laquelle l'appareil inflammatoire est très développé ; l'autre torpide ou asthénique, dans laquelle la réaction est presque nulle : c'est la kératite suppurative des cachectiques et des états généraux graves. Elle s'accompagne quelquefois d'une insensibilité complète de la cornée ; d'où la comparaison qu'on en a faite avec les lésions survenant à la suite de la section de la cinquième

paire, d'où encore le nom de kératite neuro-paralytique qu'on lui a donné. Cette dernière forme a un pronostic particulièrement grave.

Quoi qu'il en soit, la marche et la terminaison de la maladie peuvent être très différentes. Dans les cas les plus heureux, le pus peut se résorber en laissant à sa place une légère opacité. Mais le plus souvent il tend à se faire jour au dehors, en donnant naissance à une vaste ulcération qui ne se réparera qu'au prix d'une cicatrice opaque et indélébile. D'autres fois même il y a perforation de la cornée, hernie de l'iris et formation d'un staphylôme.

Le pus peut aussi, quoique plus rarement, s'ouvrir un chemin dans la chambre antérieure, en suivant un trajet oblique à travers les lames postérieures de la cornée et en donnant naissance à un hypopyon, ou collection purulente de la chambre antérieure. L'hypopyon et l'iritis sont d'ailleurs des complications fréquentes de la kératite suppurée. C'est à cause de cette fréquence que Roser a donné à la maladie le nom de kératite à hypopyon, *hypopyon keratitis*. Sous le nom d'ulcère serpigneux de la cornée, *ulcus corneæ serpens*, Sœmisch a décrit une affection caractérisée par une ulcération centrale que précède toujours une infiltration purulente de la cornée. Elle s'accompagne souvent d'iritis et d'hypopyon, et peut donner naissance à des perforations, à des staphylômes. Ses causes principales sont le traumatisme et la blennorrhée du sac lacrymal. On reconnaît là les principaux caractères que nous avons assignés à l'abcès de la cornée. Aussi pensons-nous, avec Arlt et le professeur Panas, que les abcès de la cornée, la kératite à hypopyon de Roser, l'ulcère serpigneux de la cornée de Sœmisch, ne sont pas des entités pathologiques distinctes, mais seulement des manières d'être différentes d'une même maladie.

Anatomie pathologique. — D'où viennent les globules de pus qui infiltrent le tissu propre de la cornée? Pour Virchow, ce sont les produits de la prolifération des éléments cellulaires de cette membrane; pour Cohnheim, ce sont des leucocytes arrivés là par migration à travers la paroi des vaisseaux. Stromeyer croit même que ces leucocytes viennent de la conjonctive et pénètrent dans la cornée à la faveur d'une solution de continuité. Cette origine expliquerait ce fait indiqué par Panas et que nous avons pu vérifier plusieurs fois, savoir : qu'à la suite de l'extraction de la cataracte, la suppuration débute par la conjonctive pour s'infiltrer de là dans la cornée. D'où

le précepte d'éviter les blessures de la conjonctive dans cette opération.

On a beaucoup discuté également sur l'origine de l'hypopyon qui vient fréquemment compliquer la suppuration de la cornée. Certains auteurs, Weber entre autres, y voient la conséquence de la rupture de l'abcès de la cornée dans la chambre antérieure. Nous avons déjà noté la possibilité de cette terminaison, mais elle est exceptionnelle. Pour Arlt, la véritable source de l'hypopyon, c'est l'iritis concomitante; pour Stromeyer, enfin, les leucocytes arriveraient dans la chambre antérieure par migration à travers le canal de Schlemm, ou les vaisseaux de l'iris.

Diagnostic. — La teinte jaune de l'abcès, sa forme caractéristique en coup d'ongle, permettent facilement le diagnostic. Il est plus difficile de se rendre compte du degré de fluidité du pus épanché. La possibilité de déprimer avec une curette les lames antérieures de la cornée, la flaccidité de ces lames, leur enfoncement apparent, sont d'après Arlt le signe pathognomonique de la fluidité de leur contenu. Quant à l'hypopyon, l'examen à l'éclairage oblique; sa forme, la possibilité de son déplacement dans les mouvements de la tête, permettront de reconnaître son existence et de le différencier de l'abcès de la cornée.

Pronostic. — Il n'est pas besoin d'insister sur la gravité d'une affection qui ne se termine que très exceptionnellement par résolution; qui, dans les cas les plus heureux, laisse des difformités ineffaçables, telles que des leucomes, des hernies de l'iris, des staphylômes; qui peut même amener la perte totale de l'œil par phthisie du globe oculaire ou par panophtalmie.

Traitement. — Prenant en considération l'étiologie de l'affection, on laissera presque complètement de côté les antiphlogistiques pour recourir surtout à un traitement général reconstituant.

Cependant, dans la variété aiguë ou *sthénique*, on pourra employer quelques applications de sangsues ou de ventouses à la tempe, en même temps qu'on fera des onctions d'onguent mercuriel belladonné, et qu'on donnera le calomel à l'intérieur.

Dans la variété *asthénique*, au contraire, on laissera complètement de côté le traitement antiphlogistique pour recourir aux compresses chaudes qui constituent le traitement par excellence de cette variété de kératite. C'est ici le moment d'indiquer leur mode d'application.

Un linge fin plié en quatre est trempé dans une infusion chaude de camomille ou de sureau et bien exprimé. Par-dessus ce linge on applique un morceau de flanelle recouvert lui-même de taffetas gommé qui dépasse de toutes parts la compresse; de cette façon, celle-ci conserve constamment sa chaleur et son humidité. Le tout est maintenu sur l'œil au moyen d'un bandage convenable, et le pansement est renouvelé dès qu'il commence à se refroidir.

On y joint les instillations répétées d'atropine. Grâce à ce traitement, on arrive quelquefois à déterminer la résorption de l'abcès de la cornée et de l'hypopyon qui l'accompagne, cela surtout chez les enfants. Mais quand la maladie progresse, quand elle prend la forme ulcéreuse et destructive qui caractérise la kératite à hypopyon de Roser ou ulcère serpigineux de Sœmisch, ces moyens ne suffisent plus. Il faut recourir à un traitement chirurgical. On a enseigné autrefois qu'il fallait abandonner à eux-mêmes les abcès de la cornée; nous avons pu voir encore suivre cette pratique, et constater ses résultats déplorables. Ce qui lui avait donné naissance, c'est que le plus souvent il ne sert à rien de faire dans un abcès de la cornée une ponction analogue à celle qu'on pratique dans un abcès ordinaire; le pus est tellement épais qu'il ne sort pas. Sœmisch a fait faire un progrès immense à la thérapeutique de cette redoutable affection, en indiquant qu'il faut, à l'aide d'un couteau de Graefe, traverser toute la cornée, à l'union de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs. On donne ainsi issue au pus, infiltré dans la cornée, à l'humeur aqueuse et à l'hypopyon concomitant. Telle est même, dans la plupart des cas, la viscosité de ce pus qu'il ne fait pas issue spontanément après l'incision. Il faut aller le chercher avec des pincés dans la chambre antérieure, et l'en extraire sous la forme d'un véritable bourbillon. Cette opération, aujourd'hui connue et couramment pratiquée sous le nom d'opération de Sœmisch, donne d'admirables résultats.

La paracentèse de la chambre antérieure trouvera quelquefois son indication pour calmer les douleurs, diminuer la tension intra-oculaire, et prévenir la rupture de la cornée, cela, bien entendu, dans les cas où l'opération de Sœmisch ne sera pas jugée nécessaire.

c. Kératite ponctuée ou desceméite. — La couche postérieure de la cornée ou membrane de Descemet est en connexion si étroite avec la face antérieure de l'iris et la chambre antérieure, que l'on com-

prend que les inflammations doivent se propager aisément à travers ces membranes voisines. C'est ce qui arrive en effet; aussi a-t-on donné quelquefois à la desceméite le nom d'iritis séreuse ou aquo-capsulite. Sa lésion anatomique l'a fait décrire sous le terme de kératite ponctuée. Elle se traduit en effet par une série de petits points excessivement fins affectant la forme d'un triangle dont la base occupe la périphérie de la cornée dans ses parties inférieures, tandis que le sommet se dirige vers le centre de cette membrane. Ce pointillé est tellement fin qu'il semble constituer parfois une nébulosité uniforme; l'emploi de la loupe est nécessaire pour distinguer les petites taches qui le composent. Aux symptômes du côté de la cornée se joignent bientôt des signes d'iritis; déformation de la pupille, augmentation de profondeur de la chambre antérieure. Quelquefois celle-ci est le siège d'un épanchement fibrineux, trouble, qui occupe ses parties déclives. Il en résulte une augmentation notable de la tension intra-oculaire et de violentes douleurs ciliaires. Il y a toujours en même temps une injection périkeratique marquée, de la photophobie et du larmolement.

Étiologie. — Les deux grandes causes de la kératite ponctuée sont la blennorrhagie et le rhumatisme; ces deux causes se trouvent souvent réunies chez un même sujet. Elles ont d'autant plus de prise sur lui que son état général laisse plus à désirer. Déjà, à propos de l'ophtalmie purulente blennorrhagique, nous avons fait remarquer que la blennorrhagie pouvait agir sur l'œil de deux manières très différentes: 1° par le contact direct du pus blennorrhagique avec la muqueuse conjonctivale, déterminant l'ophtalmie purulente; 2° par une action générale encore fort mal connue qui prédispose les sujets atteints de blennorrhagie, surtout s'ils sont rhumatisants, à contracter une variété particulière d'ophtalmie, qui n'est autre que la desceméite ou aquo-capsulite que nous étudions actuellement. Aussi M. Panas a-t-il pu proposer de lui donner le nom d'irido-kératite rhumatismale blennorrhagique. Elle se rencontre souvent en même temps que les manifestations articulaires du rhumatisme blennorrhagique. Mais le rhumatisme seul suffit à lui donner naissance, en dehors de tout écoulement urétral.

Diagnostic. — Il est facile d'une manière générale. Toutefois l'examen à l'éclairage oblique est nécessaire pour démontrer l'intégrité des images de la face antérieure de la cornée et le siège exact