

de kératite granuleuse sous lequel quelques auteurs désignent la maladie.

Anatomie pathologique. — Les phénomènes anatomiques qui caractérisent la formation de la kératite panneuse ont encore été étudiés par IWANOFF; ils se divisent en trois périodes bien distinctes.

1^{re} Période d'infiltration. — Il se produit une infiltration de cellules dans la couche profonde de l'épiderme cornéen, entre la couche épithéliale et la lame élastique antérieure, dite lame de Bowman; celle-ci cède à la longue, et lorsqu'elle est rompue, l'infiltration envahit les lames superficielles de la cornée.

2^{re} Période de vascularisation. — Dans l'épaisseur de ces cellules infiltrées, à la surface du tissu même de la cornée, on voit au bout de peu de temps circuler des globules rouges. Tout d'abord, il est peu probable que cette circu-

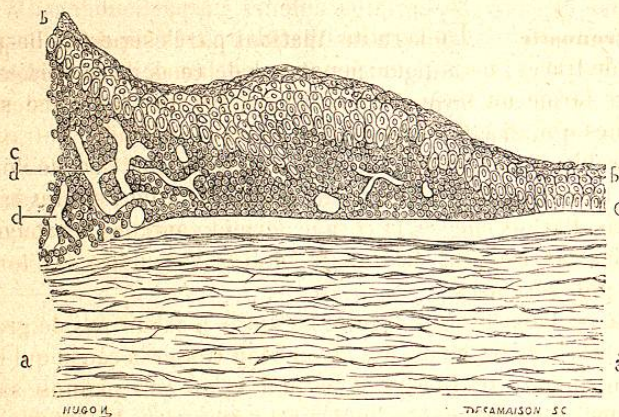


Fig. 59. — Pannus superficiel (d), vaisseaux développés au milieu des cellules infiltrées sous l'épithélium.

lation se fasse dans des conduits à parois propres; le sang paraît couler librement en écartant les cellules; ce n'est qu'ultérieurement que se montrent les vaisseaux (fig. 59).

3^{re} Période d'organisation; formation des cicatrices. — Cette dernière phase est caractérisée par la tendance des cellules à s'organiser. Parmi les cellules infiltrées qui sont d'abord rondes, les unes subissent la métamorphose graisseuse, les autres se transforment en cellules fusiformes, lesquelles bientôt donnent naissance à du tissu connectif, les vaisseaux sont étouffés; dès lors il reste sur la cornée des cicatrices indélébiles.

Symptômes. — Les symptômes de la kératite vasculaire diffèrent considérablement suivant le développement de la maladie. Dans une première forme (*pannus tenuis*), la cornée, trouble, est légèrement opaque dans une étendue variable, c'est à peine si l'on rencontre quelques vaisseaux à la périphérie. Dans d'autres cas au contraire, en particulier dans le pannus trachomateux dont le siège est presque toujours le segment supérieur de la cornée, la surface de la membrane, entièrement opaque, rugueuse, altérée par les frottements incessants des granulations de la paupière supérieure, est parsemée de gros

vaisseaux qui se continuent directement avec ceux de la conjonctive. Il n'est pas rare de rencontrer entre ces vaisseaux de véritables granulations semblables à celles de la conjonctive. L'œil ainsi altéré présente l'aspect d'une mûre : *pannus crassus*.

Les symptômes fonctionnels sont beaucoup moins accusés que l'on pourrait s'y attendre. Dans les cas légers, on constate parfois un peu de photophobie, du larmolement; ces phénomènes, indépendants de l'état de la cornée, se trouvent souvent en rapport avec la cause initiale : trichiasis, ectropion. Dans les cas graves, les douleurs sont presque nulles; le malade accuse une sensation de corps étranger, la muqueuse sécrète un liquide purulent qui s'échappe par l'ouverture palpébrale. Il existe cependant un symptôme constant : la diminution de l'acuité visuelle dès que le champ pupillaire est envahi par l'infiltration.

Marche. Pronostic. — La kératite vasculaire très superficielle peut guérir sans laisser de traces; mais pour peu que les lames de la cornée aient été détruites, il se forme un tissu de cicatrice, et dès lors il persistera indéfiniment des taches qui, si elles sont dans le champ pupillaire, entraîneront une gêne considérable de la vision. Il n'est pas absolument rare de voir survenir des abcès de la cornée qui déterminent une perforation, et plus tard l'enclavement de l'iris. Parfois encore, la cornée devient conique (kératocone); donc, même dans les cas les plus bénins, la kératite vasculaire est toujours une affection des plus sérieuses.

Traitement. — Dans les cas légers, lorsqu'il n'existe pas de granulations, le pannus disparaît de lui-même dès qu'on a fait cesser la cause qui lui a donné naissance (entropion, trichiasis). Lorsqu'il existe un pannus sarcomateux granuleux, une intervention plus active est nécessaire. L'abrasion de la conjonctive tout autour de la cornée (péritomie), proposée par FURNARI dès 1861, a donné de bons résultats. L'afflux sanguin est interrompu dans les vaisseaux du pannus qui s'atrophie à la longue. Si cette opération ne donnait pas de résultats satisfaisants, on a encore comme ressource les badigeonnages avec le jequirity, et surtout l'inoculation de pus blennorrhagique.

4^{re} KÉRATITE INTERSTITIELLE OU PARENCHYMATEUSE

SYNONYMES. — Kératite disséminée, DESMARRES. — K. interlamellaire, A. SICHEL. — K. diffuse, DE WEECKER. — K. Irido-syphilitique, HUTCHINSON. — K. cachectique, Soc. de chir.

Bibliographie. — HUTCHINSON, *Opht. Hosp. Reports*, 1857-59, t. I^{er}, p. 226; t. II, p. 54 et 258, 1859-60; *Clinical Mem. on cert. Dis. of the Eye and Ear. cons. of inheret Syph.*, London, 1853. — MAURICE PERRIN, PANAS, GIRAUD-TEULON, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1871. — JAKOWLEWA PULCHERIA, Thèse de Zurich, 1873. — ABADIE, *Union méd.*, 1880, 3^e série, t. XXIX, p. 1041. — PARINAUD, *Kérat. interst. et syph. hérédit.*, in *Arch. gén. de méd.*, nov. 1883.

Thèses de Paris. — 1875, LE DAUPHIN, DESMAZES. — 1877, BUFFÉ. — 1879, LACOMBE, LAFFITE. — 1880, DABADIE.

Ces divers qualificatifs servent à désigner une variété de kératite, décrite d'abord par DESMARRES et SICHEL. Elle est caractérisée par la formation d'un trouble nuageux à la surface de la cornée; les lésions se limitent tout d'abord à la périphérie en un point circonscrit. L'éclairage oblique, auquel il est toujours nécessaire d'avoir recours, permet de reconnaître à la surface de cette tache une foule de points grisâtres qui lui donnent un aspect granité (PANAS). Peu à peu l'opacité augmente; quelques vaisseaux se forment à la périphérie; l'épithélium s'exfolie en certains points; l'aspect de la membrane devient de plus en plus terne; il est impossible de distinguer l'état des parties profondes.

Les symptômes généraux sont le plus ordinairement d'une grande bénignité: le malade accuse simplement une diminution de la vision. Cette forme de kératite débute toujours par un seul œil; mais il n'est pas rare, au moment où elle arrive à sa période d'état, de voir l'œil resté sain se prendre à son tour (ABADIE). D'après cet auteur, et nous avons eu souvent l'occasion de vérifier la vérité de cette assertion, il existe une autre variété de la même maladie: la *kératite interstitielle vasculaire*. Celle-ci est caractérisée par la formation dans les couches superficielles de l'organe, de fines arborisations vasculaires; les malades se plaignent de douleurs très vives, avec photophobie des plus intenses.

Marche. Pronostic. — En général, la kératite parenchymateuse interstitielle est une affection que l'on considère comme peu grave; elle guérit sans laisser de traces sérieuses, mais il faut bien savoir que l'on est en présence d'une maladie essentiellement tenace qui persiste pendant des mois, souvent même pendant des années; parfois elle laisse après elle un léger albugo. Dans quelques cas (forme grave d'ABADIE) la marche de la maladie est plus rapide, les opacités plus accusées, il persiste du côté de la cornée des lésions incurables.

Étiologie. — La kératite diffuse se rencontre d'ordinaire chez les adolescents de seize à vingt ans. La plupart des auteurs, en France, la considèrent comme une manifestation de la scrofule; et de fait, les malades atteints de cette affection présentent tous des traces du tempérament dit scrofuleux. La maladie est plus fréquente chez les jeunes filles que sur les sujets du sexe masculin. Depuis 1858, HUTCHINSON a attiré l'attention sur la coexistence presque constante de cette maladie et de certaines altérations dentaires. Les dents présentent des crénelures, sont comme usées, et leur couronne prend la forme d'un V renversé. Ces altérations dentaires étant pour cet auteur le caractère de la syphilis héréditaire, il en a conclu que la lésion oculaire était, elle aussi, sous la dépendance de la syphilis; de là le qualificatif spécial sous lequel HUTCHINSON désigne la maladie. Cette opinion, discutée à la Société de chirurgie en 1871, n'a pas rencontré de partisans. Les auteurs français mettent la kératite interstitielle sous la dépendance de la misère organique, quelle qu'en soit du reste la cause; la syphilis interviendrait alors, au même titre que les autres facteurs pour entraîner la déchéance de l'organisme.

Traitement. — Le médecin doit tout d'abord prévenir le patient que la maladie sera de longue durée, et qu'il ne devra pas désespérer de la guérison. Puis il faut dès le principe améliorer l'état général; les toniques de tout genre, huile de foie de morue, préparations martiales, quinquina, seront alternativement employés. On recommandera une hygiène appropriée et autant que

possible le séjour à la campagne. De plus, chaque jour au milieu du principal repas, le malade prendra 0^{gr}, 50 ou 1 gramme d'iodure de potassium. Dans les formes graves, il faut insister sur ce médicament et augmenter rapidement les doses que l'on peut porter à 2, 3, 4 grammes et plus, si cela est nécessaire.

Localement, pommades et collyres irritants doivent être sévèrement proscrits; on prescrira soit des fomentations chaudes, soit des vaporisations avec l'appareil de LOURENÇO. Fomentations ou vaporisations seront répétées trois ou quatre fois par jour, et suivies d'une instillation de quelques gouttes d'un collyre d'atropine à 5 centigrammes pour 20 grammes d'eau. Nous verrons ultérieurement de quelle façon on doit traiter les lésions qui peuvent persister.

5° SUPPURATIONS DE LA CORNÉE

Bibliographie. — TROUSSEAU, *Arch. gén. de méd.*, 5^e série, t. VII, p. 460, 1856. — DE GRÆFE, *Ind. Thérap. d. Chronis. Keratitis*, in *Arch. f. Opht.*, Bd. VI, A. 2, 1859. — WEBER, *Arch. f. Opht.*, Bd. VIII, 1861. — WALTON, *The Lancet*, t. 1^{er}, p. 362, 1867. — ARLT, *Lehere von Hornhaut-Abscesse*, in *Arch. f. Opht.*, Bd. XVI, 1870. — VULPIAN, *Altérat. de la cornée après sect. de la 5^e paire*, in *Gaz. méd.*, 1873. — BERGMEISTER, *Kl. Beobach. u. Stat. d. Hornhaut-Abscesse*, in *kl. Monatsbl. f. Augenheilk.*, 1874. — BUZZI, *La kérat. chez les aliénés*, in *Ann. d'ocul.*, t. LXXIII, p. 31, 1875. — GAYET, *Dict. encycl. des sc. méd.*, t. XX, 1877 (Bibl.); *Abscès superficiels de la cornée*, in *Lyon médic.*, t. XXX, 1879. — RHEIN, *Kérat. névro-paralyt.*, Inaug. dissert., Bonn, 1880. — DANESI, *Kérat. purul.*, *Boll. d'oculist.*, 1883. Thèses de Paris. — 1844, LHOMMEAU. — 1879, VAGNAT. — 1881, BOGUIER.

Étiologie. — Les causes qui peuvent amener la suppuration de la cornée sont multiples: 1° Nous avons déjà signalé la formation fréquente d'abcès dans le cours de certaines maladies inflammatoires de la conjonctive (conj. granul. aiguë, conj. blennorr., etc.), puis leur apparition à la suite de lésions directes de la cornée par des instruments chargés de substances septiques. 2° Un traumatisme simple détermine le même résultat, si le sujet est atteint de lésions chroniques de la conjonctive ou des voies lacrymales. Le malade alors s'inocule lui-même. Le traumatisme agit de la même manière chez les sujets dont l'état général est mauvais (alcooliques, diabétiques, paludiques). 3° Dans le cours de la variole, il se fait fréquemment sur la cornée une éruption pustuleuse qui détruit localement le tissu de l'organe. C'était là, avant la découverte de la vaccine, une des causes de cécité les plus fréquentes. Semblables altérations se voient encore dans le cours des fièvres graves; elles sont alors secondaires, et se montrent au déclin de la maladie. 4° Enfin, sous le nom de kératite neuro-paralytique, on désigne une variété d'inflammation de la cornée qui reconnaît pour cause un trouble de nutrition consécutif à une lésion de la cinquième paire (Expériences de MAGENDIE, CLAUDE BERNARD, SCHIFF, SNELLEN, etc.).

Formes. — La suppuration de la cornée est circonscrite ou diffuse. On désigne la première variété sous le nom de kératite avec abcès ou simplement d'abcès de la cornée, la deuxième forme est la kératite purulente diffuse. Le développement de l'abcès de la cornée s'accompagne d'ordinaire de phéno-

mènes aigus : forme sthénique des auteurs ; l'infiltration diffuse, au contraire, a une marche essentiellement torpide : forme asthénique.

A. — ABCÈS DE LA CORNÉE

Symptômes. — A. — *Objectifs.* — Sur une partie de la cornée l'épithélium s'altère, sa surface devient terne ; bientôt, sur cette partie ainsi modifiée, on aperçoit un ou plusieurs petits points grisâtres ou blanchâtres. Ces taches s'agrandissent, se réunissent, formant une collection qui soulève parfois les lames les plus superficielles de la membrane. Déjà la coloration de cet amas s'est modifiée, la teinte centrale, jaunâtre au début, est devenue jaune clair, enfin jaune paille (ABADIE). Elle tranche nettement sur les parties périphériques d'un ton blanc laiteux. Ces collections sont tantôt arrondies, tantôt en forme de croissant ; la première variété se rencontre au centre, la seconde à la périphérie de la cornée. Les abcès de la cornée sont superficiels ou profonds, ce qu'il est facile de distinguer par l'éclairage oblique ; quelle que soit leur forme, ils s'accompagnent toujours d'une injection périkeratite plus ou moins considérable. Fréquemment l'abcès de la cornée se complique d'iritis ou d'hypopion (épanchement de pus dans la chambre antérieure). La quantité de liquide ainsi épanché est très variable ; tantôt il existe une toute petite quantité de pus qui se dispose en croissant, tantôt une collection assez abondante occupe toute la partie inférieure de la chambre antérieure. Les auteurs sont encore peu d'accord sur l'origine de ces épanchements. Les uns pensent que l'abcès s'est ouvert directement dans la chambre antérieure ; d'autres font sortir le pus des lames de la cornée par diapédèse ; enfin, d'après STROMEYER, les leucocytes proviendraient du plexus vasculaire qui entoure la chambre antérieure, ou des vaisseaux de l'iris enflammé.

B. — *Symptômes subjectifs.* — Le malade se plaint de douleurs ciliaires violentes qui s'irradient le long du trajet des nerfs de la cinquième paire ; il existe en même temps une photophobie intense et du larmoiement. Tels sont les troubles fonctionnels auxquels donne lieu l'abcès de la cornée. Au moment où la collection purulente s'ouvre, il survient immédiatement une rémission considérable des symptômes.

Marche. Terminaison. Pronostic. — Suivant les causes qui leur donnent naissance, la formation de ces collections purulentes est lente ou rapide. Tant que l'abcès n'a pas pris une teinte jaune paille, il est susceptible de se résorber. Une fois ouvert, l'abcès ne se répare qu'en laissant à sa place une cicatrice indélébile ; il peut se transformer en ulcère, et même déterminer la suppuration du globe oculaire. Un abcès de la cornée est donc toujours une lésion sérieuse, et le praticien ne doit pas oublier que le mauvais état général du sujet, ainsi que certaines lésions des annexes de l'œil peuvent avoir sur sa marche une influence capitale.

Traitement. — Les émissions sanguines, beaucoup à la mode jadis, sont généralement abandonnées aujourd'hui, ou réservées à quelques cas spéciaux avec complications inflammatoires du côté de l'iris. Au lieu de débilitier les malades, il faut insister, au contraire, sur les toniques et l'hygiène. Les dou-

leurs seront calmées par des injections de morphine ou l'emploi du chloral.

Localement, quatre ou cinq fois par jour, on instillera deux ou trois gouttes d'un collyre à l'atropine : l'œil sera lavé chaque soir avec une solution d'acide borique, et on appliquera un pansement antiseptique compressif. Dès que le pus est collecté, il faut inciser l'abcès ; s'il se forme un épanchement dans la chambre antérieure, la paracentèse est indiquée ou bien l'abcès sera ouvert par l'incision de SÆMISCH ; nous y reviendrons.

B. — INFILTRATION DIFFUSE

Le pus, au lieu de se collecter, se répand en nappe entre les lamelles de la cornée, fusant dans une étendue plus ou moins considérable ; les lamelles superficielles dissociées ne tardent pas à se nécroser ; ainsi se forme un ulcère d'une étendue variable. Si le processus destructeur continue sa marche, la cornée peut être détruite dans toute son épaisseur et sur une grande surface. Presque toujours alors surviennent des complications graves ; issue du cristallin, suppuration du globe oculaire, etc. Dans les cas les plus heureux, il se forme un leucome partiel, et souvent un staphylome. Chose assez remarquable, la formation de ces diverses lésions est presque indolente. La photophobie est le seul symptôme qui attire l'attention du malade. Cette forme torpide se rencontre surtout dans les fièvres graves, et consécutivement aux traumatismes qui portent sur un organe déjà malade ; elle n'est pas absolument rare après les opérations de cataracte chez les vieillards. La forme même de cette keratite, sa marche, son origine, nous portent à penser qu'il s'agit là d'une affection septique. Les recherches de STROMEYER sur le développement de l'ulcère serpiginieux, recherches que nous exposerons plus loin, confirment entièrement cette manière de voir. Aussi nous croyons nécessaire d'insister ici sur l'emploi des antiseptiques ; plusieurs fois par jour on lavera l'œil avec une solution d'acide borique à 4 p. 100 ; le pansement antiseptique sera appliqué dans toute sa rigueur ; on soumettra en outre le malade aux prescriptions générales et locales que nous avons exposées dans le chapitre précédent.

6° ULCÈRES DE LA CORNÉE

Bibliographie. — SÆMISCH, *Das Ulcus Corneæ serpens und seine Behandlung*, Bonn, 1869, et *Berl. klin. Wochens.*, n° 49., 1869. — PAGENSTECHER, *Thérap. d. Ulc. Corn.*, in *klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, Bd. VIII, 1870. — MARTINACHE, *Ulcere of the Cornea. treat. by the Actual Caustery*, in *Pacific Med. and Surg. Journ.*, 1873 ; et *Ann. d'ocul.*, 1875, t. LXXIV, p. 97. — KOLL, *Ulc. Corn. Serp.*, Inaug. diss., Bonn, 1878. — MARTIN, *Mode d'act. des caut. ignées*, in *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1880. — ARMAIGNAC, *Rev. d'ocul. du S.-O.*, 1882. — CARRÉ, *Trait.*, in *Gaz. d'opht.*, 1882. — ANGE VERDÈSE, *Arch. d'opht.*, 1882, p. 151. Thèses de Paris. — 1857, LELIÈVRE. — 1872, JAPIOT. — 1873, FOSSE. — 1876, TARRIEUX. — 1877, PASSERAT. — 1879, GÉLIS, SIKORA, VALUDE. — 1880, LATOUR DE SAINT-YGEST.

Anatomie pathologique. — Avec SÆMISCH, nous étudierons au point de vue anatomo-pathologique trois périodes bien distinctes dans tout ulcère : 1^o période de développement ; 2^o période d'état ; 3^o période de réparation.

1^o *Période de développement.* — Elle est caractérisée par une destruction du tissu de la cornée, laquelle, selon les circonstances, porte sur la couche épithéliale seulement, ou attaque encore le tissu même de la cornée (substance fibrillaire et cellules). Autour de l'ulcère, le tissu cornéen est infiltré de cellules lymphoïdes, dont le nombre varie suivant que son développement a été plus ou moins rapide. Pendant cette première période, les bords de l'ulcère sont dentelés, crénelés, mal limités ; le fond est opaque, recouvert de détritits formés par les parties détruites.

2^o *Période d'état.* — Par suite de l'élimination des détritits et de la disparition d'un certain nombre de leucocytes infiltrés, le tissu cornéen reprend en partie sa transparence.

3^o *Période de réparation.* — Dès que l'ulcère est détergé, une couche épithéliale de nouvelle formation ne tarde pas à le revêtir dans toute son étendue. A ce moment, les douleurs qui jusqu'alors avaient été considérables, les filets nerveux étant à nu, cessent par suite de la présence de ce nouveau revêtement. Le fond de l'ulcère est poli, brillant ; la cavité qu'il constitue diminue peu à peu en profondeur. Entre l'épithélium de nouvelle formation et le tissu propre de la cornée, se dépose une substance dont la structure est très approximativement la même que celle de la cornée, avec une transparence beaucoup moindre.

Ainsi se passent les phénomènes dans les cas les plus simples. Parfois, au lieu de se déterger, l'ulcère continue à creuser en profondeur ; alors surviennent des perforations de la cornée, qui entraînent comme conséquence la formation de fistules cornéennes, de synéchies, d'enclavement de l'iris, etc.

Différentes variétés d'ulcères. — Au point de vue de la marche et de la gravité, il existe deux formes bien différentes d'ulcères : l'ulcère simple et l'ulcère serpigneux.

A. — ULCÈRES SIMPLES

Symptômes objectifs. — Les ulcères simples sont superficiels ou profonds. Dans le premier cas, il est difficile par l'examen à la lumière directe, de se rendre compte de la forme de l'ulcère ; l'éclairage oblique est plus favorable. La cornée ainsi examinée présente une sorte d'éraillure, comme si elle avait été déchirée par un coup d'ongle. Lorsqu'il est plus étendu, l'ulcère simple affecte la forme d'une perte de substance plus ou moins grande, tantôt circulaire, tantôt taillée en cupule, quelquefois en coup d'ongle. De là autant de qualificatifs différents donnés à la lésion. Les bords taillés à pic sont crénelés, irréguliers ; le fond est couvert de débris épithéliaux, de masses pultacées. L'ulcère occupe soit les parties centrales, soit la périphérie de la cornée ; autour de lui, la conjonctive est d'ordinaire fortement injectée.

Symptômes subjectifs. — Douleurs violentes, photophobie bien accentuée, larmolement ; tels sont les symptômes qui accompagnent les ulcères de la cornée ; nous avons déjà expliqué la cause de ces douleurs, de cette photophobie, par la présence du réseau nerveux sous-épithélial. L'existence de ce

plexus nous permet encore de comprendre pourquoi les ulcères superficiels sont très douloureux, et les ulcères profonds presque indolents. A un moment donné, les douleurs diminuent très rapidement ; cette accalmie dénote le début du travail réparateur, elle est l'indice de la formation de nouvelles couches épithéliales.

Étiologie. — Les causes qui favorisent le développement des ulcères de la cornée sont exactement celles que nous avons invoquées pour expliquer la formation d'abcès : traumatismes et affections vésiculaires de la cornée, maladies de la conjonctive, de l'iris, paralysie du trijumeau, fièvres graves, etc. Fréquemment du reste, nous le savons, l'ulcère de la cornée succède à un abcès ; mais pourquoi, dans telle circonstance, se forme-t-il un abcès, dans telle autre un ulcère ? C'est dans la constitution du sujet, dans son état général, dans son genre de vie qu'il faut chercher la raison de ces différences.

Marche. Pronostic. — Ainsi que nous l'avons exposé, l'ulcère de la cornée peut très bien guérir, laissant simplement comme trace de son existence une tache légèrement blanchâtre qui s'éclaircit peu à peu ; souvent les taches sont plus épaisses (leucome, albugo) et n'ont aucune tendance à s'éclaircir. Enfin nous rappelons qu'il peut survenir une perforation de la membrane avec toutes ses conséquences. Pour tous ces motifs, l'ulcère de la cornée constitue toujours une maladie grave qui nécessite un traitement sérieux.

Traitement. — Tant que l'ulcère est superficiel, accompagné de douleurs violentes, il faut employer les instillations d'atropine. Si au contraire la perte de substance est considérable, s'il existe une menace de perforation, on aura recours aux instillations d'ésérine. Dans ce dernier cas, il est nécessaire d'appliquer le bandeau compressif pour soutenir les points faibles. L'état général du sujet demande à être surveillé avec grande attention. Dès que l'ulcère sera parvenu à sa période d'état, l'usage de la pommade au précipité jaune trouvera son indication ; on en introduira matin et soir gros comme un pois entre les paupières.

B. — ULCÈRE SERPIGINEUX. — ULCÈRE INFECTANT OU RONGEANT

On désigne sous ce nom une variété particulière d'ulcère caractérisée par sa marche essentiellement envahissante, l'existence constante d'un hypopion et une tendance fatale à la perforation de la cornée.

Étiologie. — Les recherches de LEBER, puis celles de STROMEYER ne laissent aucun doute sur la nature de l'ulcère infectant. Ces auteurs, en faisant des inoculations de substances septiques sur la cornée d'un lapin, sont arrivés à produire une variété de kératite absolument semblable à l'ulcère serpigneux ; nous pouvons donc conclure par analogie que l'ulcère infectant est la conséquence de l'introduction dans une plaie ou perte de substance de la cornée, de matières septiques ou virulentes. Cet ulcère, en effet, succède presque toujours à un traumatisme, à une solution de continuité des plus légères, qui servent de porte d'entrée au virus. Ce dernier est introduit dans la plaie par l'instrument lui-même, ou bien, au moment du traumatisme, il existait *in situ*, par