

aussitôt que la phlegmasie s'est dissipée, tout rentre dans l'ordre et il n'en reste pas le plus léger vestige dans la membrane.

Tout me prouve que la sclérotite est une maladie imaginaire, et que l'on doit la rejeter du cadre ophthalmologique jusqu'à ce que des observations plus concluantes en aient mieux démontré la réalité.

#### § IV. KÉRATITES.

Nous allons nous occuper maintenant d'une maladie de l'œil qui est bien commune, de la kératite ou inflammation de la cornée transparente. Cette affection à elle seule est presque aussi fréquente que toutes les autres inflammations réunies de l'œil. Aucune partie de cet organe n'est sujette en effet à autant d'altérations. Il vous suffirait pour vous en convaincre de parcourir les différents relevés statistiques qui ont été publiés sur les maladies des yeux. C'est ainsi que *Saunders* a compté 659 affections de la cornée sur 1942 cas de maux d'yeux. J'ai observé moi-même dans le cours de deux années seulement à l'hôpital de la Pitié, 125 affections de la cornée sur 250 cas de maux d'yeux. Confondant toutes les inflammations de l'œil et de ses annexes sous le nom général d'ophtalmie, il n'est pas étonnant que les anciens chirurgiens n'aient pas séparé la kératite des inflammations des autres membranes de cet organe. Mais les travaux des anatomistes modernes, et principalement de *Bichat*, et ceux de *Pinel* prouvèrent que dans l'organe de la vision, comme partout ailleurs, l'inflammation de chaque tissu doit être étudiée isolément. Aussi, dès le commencement de ce siècle voit-on l'inflammation de la cornée être décrite à part. *Maitre Jean*, *Boerhaave*, *Deshayes*, *Gendron*, *Janin*, etc. etc. ont bien entrevu cette maladie, mais ils ne l'ont pas décrite

d'une manière spéciale (1) et il faut arriver jusque à *Vetch* en 1807 pour en voir la description. Mais elle est loin d'être complète. *M. Wardropp* dans divers mémoires en 1808, 1819 et 1834, en a donné une infiniment supérieure et qui peut même servir encore actuellement de modèle. Depuis lui, cette maladie a fait le sujet de travaux nombreux et importants parmi lesquels on remarque principalement ceux de *Saunders*, *Travers*, *Hauffbauer* et de *M. Mirault d'Angers*.

Cette maladie fort commune a reçu divers noms, celui de *cornéite*, *kératite*, *ophtalmie cornéenne*, etc..., etc... Celui de *kératite* est généralement adopté de nos jours. Elle est aiguë ou chronique, diffuse ou circonscrite, partielle ou générale, superficielle, profonde, moyenne ou interstitielle. On l'observe à tout âge, chez les deux sexes et dans toutes les conditions de la vie. Toutefois les enfants y sont plus disposés, ainsi que les individus astreints à un mauvais régime, d'une constitution détériorée, ceux qui sont exposés aux intempéries de l'air, et principalement de l'air froid et humide. Toutes les causes traumatiques possibles, telles que les coups, les plaies, les brûlures, les corps étrangers, peuvent amener la kératite. Mais nous ne devons pas parler ici de l'inflammation de la cornée produite par ces causes là; nous mentionnerons particulièrement, comme la déterminant souvent l'humidité, le froid sur le crâne et sur la face, l'insolation ou l'action de toute autre lumière vive et brillante, le contact du pus ou des matières virulentes, et des liquides âcres ou malpropres.

Avant de passer à la description de chaque nuance de la kératite, je vais vous parler de cette maladie considérée

(1) *Julien Bose* est un des premiers qui aient traité de l'inflammation de la cornée dans une thèse soutenue à Leipsick en 1767. *Morgagni* a aussi rapporté des exemples de kératite.

d'une manière générale, et de quelques uns de ses phénomènes principaux.

*Kératite considérée en général.*

Dans la kératite, il y a des phénomènes qui siègent dans la sclérotique et d'autres dans la cornée. Examinons-les séparément.

Les phénomènes qui se rapportent à la sclérotique consistent dans cette vascularisation dont je vous ai déjà entretenue à l'occasion de la prétendue sclérotite, et que vous pouvez examiner sur plusieurs malades dans nos salles en ce moment. Vous savez que dans la conjonctivite, les vaisseaux forment un réseau mobile, et s'entrecroisent en tous les sens; dans l'injection de la sclérotique, au contraire, ils sont placés parallèlement à côté les uns des autres, et constituent autour de la cornée un véritable anneau ou un demi-cercle, ou un quart de cercle, suivant l'étendue de l'inflammation de cette membrane. Cet anneau, complet ou incomplet, fixe et qu'on ne peut déplacer, nommé *sclérotidien, péricornéal, arthritique, etc.*, etc., présente des variétés de couleur; il est tantôt d'un rouge écarlate qui diminue à mesure qu'on s'éloigne de la cornée; tantôt il est d'un rouge carmin, tantôt d'un rouge plus pâle encore, rose, grisâtre ou même bleuâtre. Il ne faut pas que vous le confondiez avec le cercle ou anneau sénile dont nous parlerons bientôt. L'anneau sclérotidien, signe de l'inflammation de la cornée transparente, touche tantôt la cornée, d'autres fois il en est à quelque distance, un quart de ligne, une demi ligne; dans quelques cas, il forme un petit relief d'un rouge grisâtre, qui s'avance un peu sur elle. En examinant de près ce repli, on s'aperçoit qu'il contient un nombre infini de petits vaisseaux. Ce repli ne doit pas être confondu avec le

chémosis, lequel n'appartient qu'à l'inflammation de la conjonctive. Enfin très communément, et cela se remarque surtout dans le cas d'ulcère de la cornée, les vaisseaux se prolongent de la manière la plus évidente de la sclérotique jusqu'au centre, dans toutes les directions et dans toute l'épaisseur de la cornée. La largeur de l'anneau sclérotidien varie de deux à trois lignes et même trois lignes et demie. Il est quelquefois beaucoup plus étroit et peut même n'avoir qu'une ligne de largeur. Ainsi vous voyez qu'il y a trois sortes de vascularisation dans la kératite, 1° des vaisseaux qui, de la sclérotique, se rendent visiblement à la cornée, et se continuent de l'une à l'autre membrane; 2° une espèce de repli formant relief et empiétant quelquefois un peu sur la cornée; 3° l'anneau sclérotidien ou arthritique de beaucoup d'auteurs modernes.

Je vous ai dit de ne pas confondre cet anneau sclérotidien avec l'anneau dit *senile* ou *cercle sénile*, ou *gérontoxon*. Celui-ci est une tache grisâtre et naturelle de la cornée qui se trouve chez les vieillards, à l'union de la cornée et de la sclérotique. Ce n'est point une maladie de la cornée, car son tissu n'est ni altéré, ni épaissi. Cette disposition ne s'observe pas seulement chez les vieillards: on en rencontre à tous les âges de la vie, elle commence presque toujours par la partie supérieure de la cornée, ou elle forme un arc de cercle, elle se déclare ensuite à sa partie inférieure, en s'étendant graduellement. Ces deux arcs finissent quelquefois par se joindre et encadrer complètement la cornée. Chez les vieillards, cet anneau est toujours séparé de la sclérotique par un petit intervalle, ce qui n'a pas lieu aux autres époques de la vie. *Wardrop* a vu l'arc sénile héréditaire dans les quatre branches d'une même famille, il était congénital; d'autres auteurs l'ont vu aussi congénital.

L'anneau sclérotidien est pour certains auteurs moder-

nes, l'indice d'une ophthalmie spécifique, le signe de l'ophthalmie rhumastismale, ou rhumatismo-catarrhale, de l'ophthalmie arthritique, ou bien d'un sclérotite. Pour moi, Messieurs, vous le savez, il n'existe pas de sclérotite. Je regarde l'anneau sclérotidien comme le signe caractéristique d'une kératite ou d'une iritis, dernière phlegmasie dont nous aurons plus tard à nous occuper.

Passons maintenant à quelques autres phénomènes qui ont lieu dans la cornée quand cette membrane est enflammée. Ces phénomènes sont nombreux; on peut les rapporter aux changements qui se font dans la couleur de la cornée, aux suffusions, aux ulcérations, aux dépôts, aux suppurations, aux taches, etc.

*Couleurs. Première nuance.* La cornée prend une teinte verdâtre. Il faut quelquefois beaucoup d'attention pour reconnaître ce changement dans la couleur de la cornée. Pour la trouver il faut observer le malade à l'ombre et si la maladie n'existe que sur un œil, comparer celui-ci à l'œil sain : cette couleur est *vert de mer*. La cornée semble aussi un peu plus humide; je ne suis pas sûr que cette nuance tienne à une altération survenue dans le tissu propre de la cornée. Je suis tenté de croire qu'elle est due à un changement qui s'est fait dans l'humeur aqueuse contenue dans la chambre antérieure. Je ne fais du reste que hasarder cette opinion; il faudrait d'autres observations pour affirmer la chose. Quoi qu'il en soit, cette teinte de la cornée se remarque généralement dans les premiers temps d'une kératite diffuse et à l'état aigu.

*Deuxième nuance.* Si l'inflammation persiste, on voit la teinte *vert de mer*, faire place à une coloration *brune*. Cette nuance s'accompagne très souvent de l'existence à la surface libre de la cornée de granulations très fines, répandues çà et là d'une manière irrégulière, et quelquefois

agglomérées sur un seul point. Il s'est fait une altération particulière dans l'organisation de la lame externe de la cornée. C'est probablement la kératite à coloration brune que M. Lepelletier du Mans a décrite sous le nom d'*ophthalmie granuleuse*. En définitive, cette nuance brune de la cornée est le symptôme d'une kératite superficielle.

*Troisième nuance.* Dans cette troisième nuance la cornée revêt une teinte jaune qui commence à la circonférence et qui forme tantôt un cercle complet, tantôt un arc ou un demi-arc plus ou moins grand. Ordinairement c'est à la partie inférieure que cette teinte commence. Si la kératite n'est point arrêtée dans ses progrès, la couleur jaune s'avance progressivement vers le centre de la cornée et envahit toute la membrane. Cette coloration jaune est le signe d'une lésion fort grave et profonde de la cornée. Quand elle a couvert toute la membrane, la vision est très compromise.

*Quatrième nuance.* Cette quatrième coloration de la cornée est rousseâtre. M. Wardrop la désigne sous le nom de *teinte de pierre à fusil*. Cette teinte débute par le centre de la cornée ordinairement, et s'étend graduellement sur toute la membrane. Cette teinte indique aussi une lésion très profonde.

*Suffusions.* La cornée présente encore d'autres nuances, d'autres colorations quand elle est enflammée. Aussi une teinte fort commune au début de la kératite aiguë, c'est une espèce de nuage, de suffusion, que l'on peut comparer à l'effet que l'on produit en soufflant sur une glace bien sèche et bien propre. Cette suffusion s'étend ordinairement sans affecter aucune espèce de forme. Quelquefois cependant elle en présente une analogue à celle de la cataracte à trois branches. La vision est troublée, les malades disent qu'ils ont un brouillard ou un nuage devant les yeux qui les empêche de distinguer nettement les objets. Cette suf-

fusion est due à un léger épanchement de matière plastique qui s'est fait entre les lames de la cornée. Cette opacité nébuleuse, cette espèce de fumée qui commence tantôt sur le milieu, tantôt à la circonférence de la cornée, est le caractère le plus saillant de la kératite à son début. C'est là le plus léger trouble de la cornée. A un degré un peu plus avancé de la kératite, le nuage devient plus fort, la cornée plus laiteuse.

Avant de parler de la kératite aiguë et chronique et de leurs conséquences, telles que abcès, ulcères, ramollissement, etc., je veux arrêter votre attention sur deux phénomènes essentiels qui appartiennent à cette maladie. *La photophobie et le larmolement.*

La crainte de la lumière ou *photophobie* a été attribuée à plusieurs variétés de l'inflammation de l'œil : ainsi on a dit qu'elle était le signe de la conjonctivite, de la sclérotite, de l'ophtalmie scrofuleuse, d'une rétinite, d'une maladie du cercle ciliaire. Pour moi, je l'attribue soit à une inflammation de l'iris, soit à une inflammation de la cornée; nous parlerons plus tard du larmolement dans l'iritis.

Le *larmolement* n'est pas le même dans toutes les variétés de la kératite. Il est peu marqué dans quelques unes d'entre elles, dans la kératite chronique et dans la kératite diffuse : mais quand il y a des ulcérations et surtout dans certaines variétés d'ulcérations, la *photophobie* est extrême. A ce seul signe même, et sans examiner le globe de l'œil, on peut diagnostiquer une ulcération de la cornée.

Les auteurs anciens et beaucoup de modernes encore, comprenant sous la même dénomination d'ophtalmie les diverses inflammations de l'œil, ont attribué le *larmolement* à la conjonctivite, parcequ'ils n'ont point remarqué que cette maladie se trouvait alors compliquée soit de la kératite, soit de l'iritis, ou d'une rétinite. La conjonctive

n'ayant pas plus de rapport avec la vision que la sclérotique ne peut produire ce phénomène de la photophobie. Si dans quelques variétés de la conjonctivite, certains malades se couvrent avec soin les yeux et prennent beaucoup de précautions pour éviter la lumière, cela vient de ce qu'ils éprouvent une douleur cuisante par suite du contact de l'air et à cause de la sensation de graviers, que cause le moindre mouvement des paupières.

Le *larmolement* est également un signe caractéristique de la kératite. Dans la conjonctivite il n'y a point de larmolement, mais seulement sécrétion plus ou moins abondante de mucus, tandis que dans la kératite, c'est un écoulement plus ou moins fort d'une eau âcre, irritante, qui produit quelquefois sur les joues la sensation de brûlure, et laissent sur elles une rougeur érysipélateuse; ce sont en un mot des larmes qu'il est impossible de confondre avec le mucus.

*Trouble de la vision.* Dans la kératite, un autre symptôme caractéristique et qu'on ne peut encore passer sous silence, c'est le trouble de la vision. Il a toujours lieu, mais à des degrés différents. Quand il n'y a qu'une teinte verdâtre de la conjonctive, la vision est peu troublée, mais quand les autres teintes roussâtre ou brune se prononcent, quand les suffusions et les nuages se manifestent, alors il y a diminution plus ou moins grande de la faculté visuelle, et quelquefois abolition complète de cette faculté. Le trouble de la vision peut tenir aussi à des complications, à l'iritis, à une altération de l'humeur aqueuse, enfin au retentissement de l'inflammation dans l'appareil cristalloïde, etc., etc. Quand il y a suffusion dans la cornée, les malades ne voient qu'à travers un brouillard plus ou moins épais; mais s'il n'existe au contraire des ulcérations ou des dépôts circonscrits de matière plastique que sur un point de la cornée, que ces dépôts ou ulcères ne se trouvent pas vis à vis la pupille, la vue sera bornée sans doute; mais les

malades n'en distingueront pas moins bien les objets.

Après avoir parlé de quelques uns des caractères propres et essentiels de la kératite, nous allons décrire les autres symptômes qu'elle présente dans ses diverses nuances.

### 1<sup>o</sup> Kératite aiguë.

L'inflammation aiguë de la cornée reconnaît des causes externes et des causes internes. Cette distinction est importante; car dans les kératites provenant de causes externes, de coups, blessures, etc., la maladie a une marche particulière. Ainsi quand il y a plaie à la cornée, cette membrane prend très promptement la teinte  *Pierre à fusil*, elle s'épaissit, se ramollit, et la maladie se termine souvent par suppuration; il y a en même temps douleur qui s'étend jusque dans le fond de l'orbite, photophobie et larmoiement. Si au contraire la cause est interne, et c'est ici le cas de dire que la nature de cette cause nous échappe souvent, la kératite s'annonce par une teinte opaline, plus ou moins étendue et plus ou moins foncée; la cornée perd sa transparence et se ternit à la manière d'une glace sur laquelle on vient de souffler: les douleurs sont modérées et superficielles.

La kératite aiguë est superficielle, moyenne et profonde. Cette division, que quelques personnes regardent comme trop minutieuse, est cependant fort importante, comme vous le verrez; les symptômes, le pronostic et le traitement sont modifiés d'une manière notable par la différence de siège de la maladie.

*Kératite superficielle.* Celle-ci attaque les lames superficielles de la cornée, et coïncide souvent avec la conjonctivite. Quand elle débute vivement, et qu'elle procède de la circonférence de la cornée vers son centre, cette membrane prend fort promptement la teinte *vert d'eau*. Si on l'examine à la

loupe et même à l'œil nu, on observe un aspect légèrement granuleux de sa surface; celle-ci paraît comme dépolie. Cet aspect se remarque soit vers la circonférence seulement, soit par plaques sur le reste de son étendue. De quelle nature sont ces granulations, et dans quelle partie de la membrane siègent-elles? C'est ce qu'il est difficile de dire. Je crois cependant qu'elles peuvent être formées par l'hypertrophie des petits follicules contenues dans la muqueuse cornéale; ils sont du reste tout à fait analogues, sauf le volume, à ceux que l'on remarque dans la conjonctivite granuleuse. Souvent on voit la conjonctive scléroticale former un cercle d'un rouge très foncé et saillant autour de la cornée et empiéter même sur elle l'espace d'un quart de ligne ou d'une demi-ligne. Il ne faut pas confondre ce relief avec celui qui est formé par le chémosis. Les vaisseaux qui sont dans l'épaisseur de ce petit anneau se continuent souvent sur la cornée par des filets très déliés; ils forment à sa circonférence une plaque semi-lunaire ou triangulaire, dont la base, comme dans le ptérygion, demeure sur la sclérotique, et dont le sommet se termine par une petite plaque blanche, une petite pustule ou un simple dépôt de matière plastique. Si l'inflammation est très violente, il n'est pas rare de voir le feuillet muqueux de la cornée se soulever, des phlyctènes se manifester; de la lymphe plastique ou du pus même s'épancher entre ce feuillet et le tissu propre de la cornée. De là des abcès qui s'ouvrent au dehors et qui, dans d'autres cas, gagnent en profondeur et donnent naissance à des kératites moyennes ou interstitielles. Dans certains cas, la membrane externe de la cornée s'altère plus promptement encore; elle se fend absolument comme si on l'avait coupée avec un instrument tranchant ou avec l'ongle. D'autres fois on aperçoit une ou plusieurs dépressions à fond transparent, ressemblant à des facettes de cristaux. Ces espèces de coupure occupent tantôt un point très circonscrit, tantôt, au contraire, une

grande partie de la circonférence de la cornée, et de manière à l'isoler en quelque sorte de la sclérotique. Les dépressions peuvent être en si grand nombre, et disposées de telle sorte qu'elles donnent à la cornée l'aspect d'un diamant ou d'un cristal taillé d'une manière irrégulière. A cet état de choses succèdent souvent des ulcérations dont nous nous entretiendrons plus tard.

L'anneau vasculaire qui existe à la circonférence de la cornée est formée de deux plans parfaitement distincts, le premier appartient à la conjonctive : il est d'une teinte violacée, purpurine ou de minium, et très facile à déplacer : les vaisseaux en sont tortueux, anastomosés et sous forme de réseau. Le second, placé au dessous du premier, de couleur carmin pâle, siège dans la sclérotique ; il est situé sur les confins de la cornée, et est composé de vaisseaux fins parallèles, qui convergent vers elle et l'entourent à la manière d'un anneau radié. C'est ce cercle *sclérotical* ou *péri-cornéal* dont nous avons déjà parlé, il est fixe et ne peut être déplacé comme le précédent. On le distingue à toutes les époques et à tous les degrés de la kératite. Il ne varie guère que pour la largeur et l'intensité de sa teinte, il se dissémine et se perd bientôt en arrière dans la sclérotique, mais il n'en est pas de même de son disque antérieur dont les rayons, en général très rapprochés, s'élargissent par l'afflux du sang et persistent encore un certain temps après la terminaison de l'inflammation.

La photophobie et le larmolement sont peu marqués dans la kératite superficielle, lorsqu'il n'y a pas d'ulcérations ; mais quand il en existe ces phénomènes sont portés à un haut degré. Les malades voient en outre les objets comme à travers un brouillard.

*Kératite interstitielle.* La maladie attaque ici le tissu propre de la cornée. Ce sont les lames moyennes qui sont le siège du mal. La kératite moyenne ou interstitielle s'annonce d'abord par un trouble profond de la vision ; les ma-

lades se plaignent de ne voir qu'à travers un brouillard très épais, et souvent ne peuvent distinguer autre chose que le jour d'avec la nuit. Il y a douleur sourde et profonde dans l'œil. L'anneau sclérotidien est très rouge dès le principe ; ses radiures antérieures sont moins manifestes. La tinte opaline que prend le contour de la cornée empêche de les reconnaître aussi facilement que dans le cas de kératite superficielle. Une zone terne, ou lactée, ou jaunâtre, et quelquefois purulente, les sépare de la portion transparente de l'œil, et paraît être due à l'infiltration d'une certaine quantité de matière plastique entre les lames de la cornée. Cette zone plus large, près du point vivement enflammé, plus étroite vis à vis des autres, forme tantôt un cercle complet, tantôt un ou deux segmens en demi-lune plus ou moins étendus. Elle semble tenir lieu ici de l'ulcération ou de la rainure ulcérée dont je vous ai parlé à l'occasion de la kératite superficielle. Cette zone n'existe quelquefois pas. L'humeur aqueuse paraît quelquefois légèrement rosée, quoique aucune vascularisation ne s'aperçoive dans sa membrane. Ce signe coïncide quelquefois avec la teinte verdâtre dont il a été question à l'occasion des changements de couleur de la cornée. Au bout de quelques jours de durée, des plaques demi-opaques, plus ou moins épaisses, plus ou moins larges, et en général fort irrégulières, se voient bientôt jusque vis à vis de la pupille dans l'épaisseur de la cornée, sans qu'aucune phlyctène, excoriation ou ulcère, en soient nécessairement la suite. Si la maladie dure pendant assez longtemps, l'anneau sclérotidien, de rouge qu'il était, revêt une couleur grise. C'est cette couleur qui lui a valu dans ce cas le nom de *cercle arthritique*.

La photophobie est très marquée ainsi que le larmolement quand il existe des ulcérations ; autrement ces deux phénomènes sont peu intenses.

La kératite interstitielle est tenace, opiniâtre, dange-

reuse par ses conséquences, car elle amène des taches, des abcès, des ulcérations, etc., etc., accidents dont nous aurons occasion de vous entretenir plus loin.

*Kératite profonde.* L'inflammation siège ici dans la membrane de l'humeur aqueuse. Cette kératite profonde a été fort peu étudiée jusqu'ici. La plupart des symptômes qui ont été décrits comme lui appartenant, par *Schindler*, *Wardropp*, *Juncken*, etc., etc., ne sont pas tous d'une grande exactitude; plusieurs de ces symptômes appartiennent à l'iritis. C'est ainsi que M. *Schindler* admet deux variétés l'une pour la face postérieure de la cornée, l'autre pour la face antérieure de l'iris. M. *Wardropp* regarde un épanchement de lymphé dans la chambre antérieure comme son signe pathognomonique. *Juncken* dit qu'elle est caractérisée par le développement de plaques opaques, et de vaisseaux qui semblent ramper ou reposer sur la face antérieure de la membrane de l'humeur aqueuse. Ce signe ne me semble pas avoir été bien constaté. Au surplus cette maladie me semble suffisamment caractérisée par l'état sain de la partie antérieure de la cornée, par des nébulosités profondes entre cette membrane et l'iris, par le trouble de l'humeur aqueuse, des dépôts de matières blanchâtres ou jaunâtres, enfin par les signes de l'onix ou de l'hypopion. *Weller* avait bien remarqué que cette maladie était beaucoup plus commune qu'on ne pense. Mes propres observations sont tout à fait en rapport avec les siennes. Du reste, cette maladie doit encore être un sujet d'étude pour les chirurgiens, car elle est mal connue.

Ne pensez pas, Messieurs, que les trois espèces de kératite que je viens de vous décrire isolément soient toujours aussi distinctes. Elles se confondent et se combinent très souvent entre elles. Il est même rare que cette combinaison n'ait pas lieu au bout de quelques jours de durée de l'une d'entre elles. En outre la maladie ne marche pas toujours avec la régularité que

je vous ai indiquée, et ses phases ne sont pas toujours aussi bien déterminées. Souvent la kératite les parcourt très rapidement et arrive de suite à son plus haut degré de développement. La cornée est alors en peu de temps infiltrée de matière plastique ou purulente de manière à simuler une plaque de lard. Cela se remarque très souvent dans les diverses espèces d'ophtalmie dite purulente, soit égyptienne, soit blennorrhagique. Dans d'autres circonstances, la cornée se vascularise avec une extrême promptitude. Elle devient rouge, fongueuse, et se convertit en une espèce de mamelon rougeâtre comme une cerise, mollasse et imbibé de pus. Cet état de la cornée est partiel ou général. Quand il est partiel, on voit souvent une pustule ou une phlyctène, un grumeau de matière plastique ou purulente, un ou plusieurs ulcères sur le point malade. La cornée est ainsi envahie, tantôt dans un quart de son étendue, tantôt dans sa moitié interne, externe, inférieure ou supérieure. Le reste demeure plus ou moins transparent; dans d'autres cas elle est prise dans sa totalité. Au reste c'est plutôt dans la kératite chronique que cet envahissement partiel de la cornée se rencontre. Nous aurons donc bientôt à nous en occuper.

La kératite aiguë a plusieurs modes de terminaisons: tels sont la résolution, l'ulcération, le ramollissement, la suppuration, la gangrène, etc. etc. Nous nous occuperons à part de ces terminaisons. Je ne vous parlerai maintenant que de la résolution.

La résolution est la terminaison la plus heureuse, surtout si elle a lieu de bonne heure, et qu'il ne se soit fait encore aucun dépôt de matière plastique dans l'épaisseur de la cornée. Dans ce cas, la vision se rétablit parfaitement bien; et la maladie ne laisse pas de trace. Quand il y a eu un léger ramollissement des dépressions, des inégalités, la vision est plus ou moins troublée, quoique la cornée soit demeurée transparente. La vision reste

d'autant plus troublée qu'il y a des dépôts de lymphes ou de matière plastique, car il en résulte alors des taches, des albugos, des nuages, etc., dont il sera question plus loin comme conséquences de la kératite soit aiguë soit chronique. On peut espérer la résolution quand la teinte de la cornée ne va pas au delà d'une teinte opaline diffuse.

### 2° Kératite chronique.

La kératite chronique est une maladie très commune : elle était cependant peu connue, et mal décrite avant les travaux intéressants de M. *Mirault d'Angers* sur ce sujet. Elle est souvent la terminaison de la kératite aiguë. Mais elle peut être aussi primitive. Cela même est beaucoup plus fréquent qu'on ne l'a dit.

Tantôt elle commence par le plein de la cornée, tantôt par sa circonférence. Elle est diffuse, générale, ou partielle.

Quand elle débute par le plein de la cornée, voici quels sont ses caractères. La cornée change de couleur, elle s'obscurcit, elle semble couverte d'un brouillard léger, d'une espèce de fumée. Si on l'examine avec une loupe, on s'aperçoit qu'elle a perdu son poli, et qu'elle présente des inégalités et des petites plaques à demi opaques. On n'y observe aucun vaisseau. Ces symptômes viennent tantôt rapidement, tantôt, et cela est plus ordinaire, avec une certaine lenteur. Il n'y a point de larmoiement, et peu ou point de douleur. La vision se trouble d'avantage, à mesure que le brouillard s'épaissit, et que le mal fait des progrès. La cornée semble imbibée d'un liquide semblable à de l'eau de savon. On voit dans son épaisseur des flocons plus ou moins larges de matière lymphatique ou plastique ; ils sont disposés sans ordre et sans régularité. Tantôt

c'est le centre de la cornée qui est plus ou moins brouillée, tantôt c'est sur un autre point, en haut, en bas, à droite, ou à gauche, que ce phénomène s'observe. Il y a bientôt de la photophobie, du larmoiement, et de la douleur quand le globe oculaire frotte sur la paupière. A ce moment paraissent des stries rouges, de véritables vaisseaux qui commencent près de la sclérotique. Il y a vascularisation de la cornée, et il n'est plus possible de distinguer cette variété de la kératite chronique de la suivante.

Ici la maladie qui est d'ailleurs plus fréquente que la variété précédente, commence par la circonférence de la cornée, et non pas par son plein. Il y a vascularisation dès le début. On observe l'anneau sclérotidien comme dans la kératite aiguë. Mais il est d'un rouge moins foncé et moins régulier. De son bord antérieur partent des filets qui s'avancent vers la cornée : les uns viennent de la conjonctive, et se distribuent dans les lames superficielles de la cornée, les autres profonds, à peu près parallèles entre eux, viennent des branches ciliaires, se distribuent à ses autres couches, et s'anastomosent avec les précédents, soit sur la sclérotique, soit dans l'épaisseur de la cornée elle-même. Au commencement de cette vascularisation, la transparence de la cornée existe encore, les vaisseaux sont clairement dessinés, et sans aucune suffusion autour d'eux, mais ils sont promptement cotoyés par des stries opalines qui se confondent entre elles, et finissent par brouiller et obscurcir la cornée ; en même temps une teinte lactescente, uniforme ou maculée, se manifeste et couvre bientôt la cornée partiellement ou en totalité.

La vascularisation de la cornée présente un grand nombre de nuances. Ainsi, tantôt elle n'est qu'un point, qu'une demi-lune dans la membrane, et en général on voit alors la partie malade correspondre aux angles oculaires, au point où se terminent les artères ciliaires longues, ou bien aux extrémités du diamètre vertical de la cornée