

plus facilement de la maladie. Nous allons maintenant parler des diverses conséquences des kératites et de leur traitement.

*Ramollissement de la cornée.* A la suite de la kératite aiguë ou chronique, la cornée conserve quelquefois une mollesse qui donne naissance à des phénomènes particuliers. C'est ainsi qu'elle est quelquefois assez molle pour céder à la simple pression des paupières, qu'elle s'aplatit de haut en bas comme l'a vu *M. Mirault*, et qu'elle peut d'après *M. Stæber* devenir pendante entre les bords palpébraux. D'autres fois de convexe qu'elle est elle devient plate. Cette maladie, décrite par *M. Stæber* sous le nom de *kérati-malaxie*, se termine souvent par la rupture de la cornée qui devient auparavant blanche, opaque, pâteuse et proéminente. Elle s'allonge en cône sous la forme d'une ou plusieurs bosselures, demi transparentes jaunâtres, et quelquefois noirâtres. *M. Rosas* dit avoir vu la cornée si molle chez quelques malades qu'elle changeait de forme à chaque instant; comme on le peut bien penser la vision est dans ce cas considérablement troublée et souvent entièrement abolie.

La cornée raréfiée se trouve d'autres fois transformée en une espèce de petite pomme noire brune ou roussâtre, soulevant les paupières et proéminent entre elles à la manière d'un staphylôme de l'iris. Cette masse est tremblotante, molle, insensible, striée, semblable à de la mélanose; j'ai observé quelquefois seulement cette dernière altération de la cornée, et les individus qui la présentèrent étaient atteints de syphilis constitutionnelle qui avait profondément dégradé leur constitution.

Dans ces cas, le régime émoullient et dérivatif n'ayant produit aucun effet, j'ai employé les collyres astringents qui ont également échoué: le traitement antisiphilitique améliora l'état des choses et la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent réussit à affaisser et cicatriser la cornée,

mais d'autres fois cette cicatrisation ne s'opère qu'après la perforation complète de la cornée et l'évacuation d'une partie ou de la totalité des humeurs de l'œil. Quand les malades sont guéris, la cornée reste aplatie, d'une couleur roussâtre, et est comme percée d'espace en espace ou même comme criblée de trous, et semble confondue avec l'iris et les autres tissus placés derrière elle. Dans quelques cas heureux, les lames écartées se sont rapprochées au point que d'après quelques observations de *M. Mirault*, le retour de sa transparence dans quelques uns de ses points ne serait pas tout à fait impossible.

Cette maladie a du reste besoin d'être étudiée de nouveau, car elle est incomplètement décrite.

Les collyres astringents constituent en définitive la meilleure médication à employer. Le traitement interne doit être unie à ce traitement local, quand on reconnaît une viciation spécifique qui a déterminé ou compliqué la maladie; enfin la cautérisation avec le nitrate d'argent peut être essayée avec quelques chances de succès.

*Gangrène.* Cette terminaison est très rare dans la kératite. Cependant quelques auteurs en ont cité des observations; tels sont: *Saunders*, *Béclard*, *MM. Lawrence*, *Travers*, *Sanson*, *Mirault*. Mais il est possible qu'on ait pris souvent des fontes puruleuses de la cornée pour des gangrènes. On l'a observée dans une partie seulement ou dans la totalité de la cornée. On peut, du reste, établir aujourd'hui trois variétés de la gangrène de la cornée; 1° celle qui est le résultat de l'excès d'inflammation; 2° celle qui provient de la dissolution organique générale; 3° enfin celle qui est déterminée par l'arrêt de la circulation, comme il arrive dans certaines ulcérations circulaires qui détruisent les vaisseaux qui vont alimenter la cornée. La première espèce peut se borner aux lames superficielles de la cornée, ce qui n'entraîne pas la perforation de l'œil, la guérison se fait alors en laissant pour trace un albugo ou un leucoma. La

seconde espèce annonçant une décomposition générale du corps n'est pas une maladie à proprement parler. C'est un symptôme presque infaillible d'une mort prochaine, telle est celle qui se manifeste quelquefois chez les cholériques. Quant à celle de la troisième espèce, la fonte de l'œil en est le résultat presque inévitable.

Le traitement de la gangrène varie donc suivant l'espèce. Dans la première, c'est la violence de l'inflammation qu'il faut combattre. On s'occupe ensuite à guérir les ulcères qui en résultent. Dans la seconde, c'est au traitement général capable de modifier l'organisation qu'il faut avoir recours. Nous traiterons plus loin de la manière de guérir les ulcérations qui produisent la gangrène de la troisième espèce.

*Perforations.* Je rapprocherai des deux lésions précédentes les perforations de la cornée qui sont la suite d'un état semblable à la gangrène et au ramollissement d'une portion de la cornée. Il s'agit de celles qu'on remarque à la suite de l'ophtalmie des *nouveaux nés*, de l'ophtalmie *blennorrhagique*, de l'ophtalmie *égyptienne*, en un mot des ophtalmies connues sous le nom d'*ophtalmies purulentes*. Dans ces cas la cornée se ramollit ordinairement par son centre, et passe en peu de jours à l'état de fonte purulente. Ce point devient jauné, s'épaissit, proémine et se rompt. L'ouverture qui en résulte est quelquefois assez large pour que le cristallin lui-même s'échappe avec le reste des humeurs de l'œil. Quand l'ouverture est plus petite, les humeurs de l'œil ne sortent qu'incomplètement, et l'organe ne s'affaisse qu'en partie. La vision est perdue.

La détérioration de la constitution, par le défaut de substances alibiles, la prédominance lymphatique, paraissent être les causes qui influent le plus sur cette dangereuse affection. Ces perforations spontanées de la cornée ressemblent à celles qui se remarquent chez les animaux qui meurent d'inanition. *M. Magendie* a noté cette désorganisation sur les chiens qu'il soumettait à une diète ab-

solue, ou à un régime trop peu nutritif, à ceux, par exemple, qui ne mangeaient que du sucre. *M. Ratier*, *M. Brown* et *M. Mackensie*, ont aussi décrit ces perforations par inanition. J'ai constaté les mêmes phénomènes sur des individus qui avaient été soumis à une diète longue et sévère, ou à des saignées abondantes et répétées pour des maladies graves et en particulier des fièvres typhoïdes. Dans ces cas, la cornée rougit à peine, elle se ternit dans un espace peu étendu ordinairement, mais qui gagne petit à petit : la membrane se ramollit, se fond sans suppuration, sans épaississement ni boursoufflement : il en résulte un ulcère ou une fistule. Comme cette lésion ne se fait pas nécessairement vis à vis de la pupille et qu'elle peut se réduire à de faibles dimensions, il y a dans les premiers temps espérance de conserver la vision.

Lorsque ces perforations ou ruptures de la cornée sont opérées, on doit attaquer les causes qui les ont produites. On a recours à une médication spécifique s'il y a lieu, on change le régime, on donne des aliments capables de fournir de bons matériaux de nutrition, etc... Quant à la maladie en elle-même, elle exige le traitement des ulcères et des fistules dont nous allons bientôt parler.

*Abcès de la cornée.* La cornée transparente suppure comme tous les autres tissus, et de même que chaque tissu fournit un pus doué de qualités particulières, de même celui de la cornée présente des différences avec celui des autres parties du corps. Ces différences sont la cause de discussions qui ont eu lieu entre les auteurs. Les uns ont prétendu que la cornée ne suppurait jamais, d'autres ne donnent à la matière épanchée entre les lames de la cornée que le nom de matière plastique, de lymphe concrescible, et lui refusent celui de pus. C'est une véritable dispute de mots. Cette matière épanchée entre les lames de la cornée est un produit demi liquide blanchâtre et presque concret,

présentant quelquefois tous les caractères du pus ordinaire et constituant de véritables abcès. Nous ne traitons pas ici de la fonte purulente de la cornée, ni des épanchements purulents qui se font dans la chambre antérieure et qui portent le nom d'hypopions. Nous parlons seulement ici des dépôts de matière plastique ou purulente qui se font dans l'épaisseur même de la cornée et entre les diverses lames de cette membrane.

Ces dépôts appartiennent presque exclusivement à la kératite interstitielle. On les voit souvent dans la kératite aiguë, et quelquefois dans la kératite chronique. On donne le nom d'*onyx* aux abcès qui se trouvent placés dans la cornée, près de la sclérotique, et qui présentent une espèce de demi-lune semblable à la plaque blanchâtre qui se trouve à la racine de l'ongle. Ce n'est pas seulement à la partie inférieure de la cornée, mais dans tous les autres points de sa circonférence que l'on les observe. Ces abcès se terminent tantôt en gagnant de plus en plus, de manière à couvrir la cornée tout entière et à l'infiltrer complètement; tantôt ils disparaissent par suite d'absorption de la matière épanchée; d'autres fois ils s'ouvrent à l'extérieur, après avoir perforé la cornée et produit un ulcère qui le plus ordinairement a la forme d'un *coup d'ongle*. Dans d'autres circonstances ils perforent la cornée en arrière, et donnent lieu à un *hypopion*, ou accumulation de pus dans la chambre antérieure. Ceux qui ont leur siège dans le plein de la cornée n'ont rien de constant pour la forme, ni pour le siège; néanmoins on peut dire qu'on les observe plus généralement au dessous du diamètre transversal qu'au dessus: ils sont quelquefois extrêmement petits, comme un grain de millet ou une tête d'épingle; d'autres fois ils sont plus volumineux, globuleux ou aplatis; leur couleur est jaunâtre, et ils sont entourés d'une auréole opaline plus ou moins considérable. De même que l'*onyx*, ils se terminent soit par la résolution, soit par leur ouverture au dehors

ou au dedans de la cornée. Dans le premier cas, il en résulte des ulcères: quand ils sont profonds, ils restent quelquefois plusieurs semaines avant de s'ouvrir. Enfin, ces abcès peuvent ne pas s'ouvrir ni en dedans ni en dehors: ils se dessèchent en quelque sorte, leur matière la moins épaisse est résorbée, et ils laissent une tache permanente dans la cornée. (C'est l'*exsiccatus onyx*.)

Le traitement des abcès de la cornée est celui de la kératite. Quelques auteurs ont conseillé d'ouvrir l'*onyx* avec la lancette; mais cette opération retarde en général la guérison plus qu'elle ne l'accélère; elle a été même suivie de staphylôme chez des malades opérés par *M. Mackensie*, tandis que ceux auxquels il n'avait pas touché ont très bien guéri. En effet, dans l'*onyx*, comme dans les autres abcès du plein de la cornée, la matière qui les forme étant très épaisse, concrète, adhérente, le pus ne sort pas, et l'incision est à peu près inutile; elle peut même augmenter souvent les accidents. Il vaut donc mieux les laisser s'ouvrir spontanément. Cependant, d'après mes observations, l'incision serait moins dangereuse qu'on ne l'a dit, et il est même des circonstances dans lesquelles j'y ai recours: c'est quand l'abcès a un volume assez considérable, qu'il a son siège vis-à-vis la pupille, et qu'il tarde trop à s'ouvrir au dehors. Je l'ouvre avec la pointe de la lancette. Une fois ouverts par l'art ou spontanément, les abcès rentrent dans la catégorie des ulcères, et ils ne présentent plus aucune indication comme abcès.

*Végétations.* La kératite est quelquefois suivie de végétations qui se présentent sous des aspects différents. Leur épaisseur varie depuis un quart de ligne jusqu'à une demi-ligne. Elles s'avancent quelquefois à la manière d'un anneau vers le centre de la cornée. Leur couleur est tantôt grise, tantôt rougeâtre; elles sont tantôt plates et tantôt arrondies; elles n'occupent quelquefois que le pourtour de la cornée, en partie ou en totalité; d'autres fois elles sont sur

son plein, isolées ou agglomérées; généralement elles sont indolentes.

Le traitement de ces végétations consiste soit dans leur excision, soit dans leur cautérisation. Si elles sont très saillantes, on les excise avec une lancette, ou la pointe d'une aiguille à cataracte portée en dédolant; on fait suivre cette excision d'une cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent. Si les végétations sont peu saillantes, disséminées sur le plein de la cornée, ou disposées en anneau autour d'elle, la cautérisation seule suffit, et n'a pas besoin d'être précédée de l'excision.

*Papules aphthoïdes.* Les papules aphthoïdes, qui se développent sur la cornée à la suite de la kératite, sont des tumeurs dures, d'un rouge pâle d'abord, adhérentes et qui se montrent à l'union de la cornée à la sclérotique, elles ont la forme d'un bouton de variole. Elles sont formées par la conjonctive et la couche celluleuse sous jacente. Leur siège ordinaire est l'union de la sclérotique avec la cornée, et le plus ordinairement aux extrémités du diamètre transversal de l'œil, mais quelquefois elles sont exclusivement sur la cornée, à une ligne ou deux de sa circonférence. Le sommet de cette tumeur s'aplatit bientôt, se déprime, se creuse; elle prend une teinte grise, jaunâtre, comme couenneuse, ce qui la rendrait difficile à distinguer d'une aphte. Cette forme excavée au sommet la fait prendre pour un ulcère par quelques auteurs. Je regarde ces tumeurs comme des aphthes. Ce sont surtout les individus jeunes et d'une constitution lymphatique qui y sont sujets. On les voit à toutes les époques de l'année. Chez beaucoup de personnes il existe naturellement à l'union de la sclérotique avec la cornée, aux extrémités du diamètre transversal de l'œil, un tubercule très peu saillant et qui semble prédisposer à ces papules dans la kératite. Tantôt il n'y a qu'une seule tumeur, d'autres fois il y en a trois, quatre ou cinq. Les tumeurs aphthoïdes qui

siègent sur la cornée seulement, sont généralement étroites, et forment la pointe d'un triangle ou d'une pyramide vasculaire. Celles qui sont à l'union de la cornée avec la sclérotique sont plus larges, plus excavées, et reposent sur un fond rouge-violet qui se perd promptement dans la conjonctive.

Le pronostic de cette tumeur n'est pas grave. Généralement elle disparaît avec la kératite ou la conjonctivite qui lui a donné naissance. Lorsqu'elle persiste après la disparition de ces inflammations, on a recours aux collyres astringents. Mais le moyen le plus efficace pour la faire disparaître promptement, c'est la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent.

*Excroissances.* La kératite peut être suivie d'excroissances de formes variées à l'infini. C'est ainsi qu'on y voit guérir des tubercules charnus, des tumeurs semblables à des *navi materni*, et sur lesquelles on dit même avoir vu croître des poils, des tumeurs brunes, noirâtres et mollasses, de véritables fongus au centre desquels on trouve des corps durs, de forme, de consistance et de nature cartilagineuse, etc. Toutes ces excroissances ne peuvent guérir que par l'excision suivie de la cautérisation que l'on fait avec soin, afin de détruire les moindres racines du mal et prévenir toute espèce de récidive.

*Plaques cornées et osseuses.* Les kératites chroniques peuvent être suivies de dégénérescences variées. Parmi elles on trouve la production de plaques véritablement cornées ou bien de plaques cutanées, blanches, sèches et dures. On conçoit que cet état de choses est incurable. L'altération de la cornée peut même aller jusqu'à présenter des plaques et des incrustations osseuses. *Walter* en cite une qui était large de deux lignes et longue de trois, et qui pesait deux grains. *M. Wardrop* dit avoir vu de ces plaques à la face interne de la cornée. C'est en effet sur la face externe de la membrane de l'humeur aqueuse qu'on

observe le plus ordinairement ces plaques osseuses. On conçoit qu'il n'y a rien à faire pour les détruire. Quand elles sont mêlées au tissu de la cornée avec des parcelles de pus desséchées et dénaturées après l'affaissement du globe de l'œil, elles contribuent à former ce qu'on a nommé le *phtisis* ou *rhitidosis* de la cornée.

*Ulcères de la cornée.* Les ulcérations de la cornée ont de tout temps beaucoup occupé les chirurgiens, et elles méritent en effet une grande attention dans la pratique. Il y en a un grand nombre de variétés, et toutes sont importantes à connaître pour le traitement.

*Première variété.* Elle se manifeste à la suite des abcès ou des dépôts de matière plastique, commence par une petite pustule ou une légère saillie jaune qui se déchire et fait place bientôt à une petite cupule. Si elle siège à une certaine distance de la pupille, elle correspond presque toujours au sommet d'un paquet vasculaire de forme ordinairement pyramidale et dont la base s'épanouit dans la conjonctive scléroticale. Ce faisceau est tantôt épais, tantôt mince et mobile, d'autres fois il semble confondu avec la cornée. Quelquefois ce n'est qu'une plaque vasculaire très superficielle de la cornée. Dans certains cas, il n'y a pas de plaque ni de faisceau vasculaire sur la cornée. L'ulcère est situé tout simplement à la pointe d'une plaque triangulaire opaline. Le fond de cet ulcère est inégal, grisâtre, il se déterge avec lenteur. Ceci explique comment le larmolement et la photophobie sont peu marqués d'abord et deviennent très intenses ensuite. Tant qu'il y a de la matière purulente ou plastique au fond de l'ulcère, celui-ci est préservé du contact de l'air, mais aussitôt que la chute de cette matière est opérée, l'air frappant le fond de cette ulcération y détermine promptement les phénomènes de douleur et de photophobie. Les taches qui résultent de cette première variété sont généralement larges et très opaques. La variole la détermine fréquemment. Toutes les

constitutions sont exposées à ce genre d'ulcérations, on les remarque chez les adultes comme chez les vieillards, chez les sujets robustes comme chez les sujets lymphatiques. Les individus dits scrofuleux sont cependant ceux qui les présentent le plus souvent.

*Deuxième variété.* Elle a reçu des anciens le nom d'*achlys*, de *Caligo*. Elle commence par une espèce de brouillard, de nuage plus ou moins étendu et à forme irrégulière; au bout d'un certain temps, il se forme sur ce nuage une exulcération qui repose sur un fond blanchâtre. Les femmes, les enfants, les sujets blonds et lymphatiques, sont plus sujets que d'autres à ce genre d'ulcérations. *Galien* avait déjà signalé ce genre d'ulcérations.

*Troisième variété.* Elle est connue sous le nom d'*argemon* de *bothrion* ou d'*encavure*. Elle commence par une phlyctène transparente qui ne se rompt qu'après quelques jours de durée. Elle est remplacée par une ulcération superficielle et arrondie, qui prend alors le nom de *argemon*. Si l'ulcération est profonde, elle prend celui de *bothrion*. Le *bothrion* affecte souvent la forme d'une larme dont la pointe se trouve ordinairement dirigée du côté de la sclérotique. Quand l'ulcère est superficiel dans l'*argemon* en un mot, les vaisseaux qui l'alimentent viennent de la conjonctive; dans le *bothrion*, au contraire, ils viennent du plan profond de la sclérotique, ou s'y rendent. Autour de l'ulcère les vaisseaux sont souvent beaucoup plus gros que sur la conjonctive et sur la sclérotique. Assez ordinairement on remarque même que l'un des vaisseaux de l'ulcération plus volumineux semble former le tronc de tous les autres; il n'est même accompagné que d'une opacité très légère sur tout son trajet. Ces ulcères se comportent de la manière suivante. Après avoir duré un certain temps, l'injection vasculaire diminue peu à peu. Le larmolement et la photophobie diminuent également. Mais le fond de l'ulcère reste

stationnaire ; ses bords sont très longtemps à s'arrondir et à s'affaïsser , et son fond à se combler. Quelquefois même l'ulcère reste sur la cornée sous forme de ciselure indélébile qui devient la cause de récidives fréquentes.

*Quatrième variété.* Elle est le résultat d'abcès profonds. Ces ulcères sont de forme irrégulière et peu transparents ; ils occupent une grande profondeur de la cornée , et la traversent même souvent. C'est alors qu'on voit surgir de leur fond une petite saillie brunâtre , qui dépasse au bout d'un certain temps le niveau de l'ulcération. C'est une hernie de la membrane de l'humeur aqueuse , qu'il ne faut pas confondre avec la hernie de l'iris. L'ulcère de la troisième variété ou *bothrion* traverse aussi quelquefois la cornée de part en part, et donne également lieu à la hernie de la membrane de l'humeur aqueuse.

*Cinquième variété.* Elle porte le nom d'*ulcère brûlant*, d'*épicauma*, d'*abrasion*. Ce n'est souvent, au début de la maladie, qu'une simple excoiation des lames superficielles de la cornée. L'ulcération s'étend promptement de la grande circonférence vers la pupille, sans augmenter de profondeur, et souvent même en diminuant ; elle envahit ainsi le quart, le tiers ou la moitié de la cornée , et même davantage. Elle siège plus souvent à la moitié supérieure qu'à la moitié inférieure de cette membrane. Si cette ulcération dure pendant un certain temps, la cornée s'altère plus profondément, se creuse dans divers points plus que dans d'autres, et il en résulte des facettes plus ou moins nombreuses qui couvrent toute l'ulcération. Il n'y a dans cette variété aucune vascularisation ; la douleur qu'elle cause est brûlante, mais superficielle, ce qui justifie le nom d'*ulcère brûlant* qui lui avait été donné par les anciens : il y a photophobie et larmoïement. La conjonctive est ordinairement rouge dans une grande partie de son étendue. Cette variété d'ulcère de la cornée est très tenace. La

tache qui en résulte est ordinairement peu marquée, diminue à la longue et disparaît quelquefois entièrement sans laisser de traces sensibles.

*Sixième variété.* C'est celle que j'ai nommée en coup d'ongle. Elle siège dans les mêmes régions que l'*onyx*, c'est à dire près de la grande circonférence de la cornée ; quelquefois cependant on l'observe sur d'autres points. Les hommes, et surtout les hommes adultes, en sont plus souvent affectés que les femmes et que les enfants. *M. Lawrence* la regarde chez les adultes comme un symptôme de l'ophthalmie vénérienne. Je l'ai observée nombre de fois chez des individus qui ne présentaient absolument aucune trace de syphilis.

Quand elle siège près de la grande circonférence de la cornée, la conjonctive qui forme la lèvre externe de l'ulcération semble avoir été coupée à pic. Cette conjonctive est d'un rouge livide, et épaissie dans une certaine étendue qui correspond à l'ulcère. L'autre lèvre de ce dernier est taillée en biseau plus oblique, et conserve une certaine transparence pendant les premiers temps. Bientôt l'ulcération est entourée d'une vascularisation très fine : celle-ci s'étend aussi dans son fond. En continuant ses progrès, la rainure ulcéreuse s'étend sous la forme d'arc de cercle, et gagne en profondeur. Il existe quelquefois plusieurs ulcérations de ce genre, qui se touchent par leurs extrémités, se confondent de manière à former une rainure ulcéreuse circulaire et isoler la cornée tout entière ; cette rainure est tantôt très profonde, tantôt très superficielle. Dans ce dernier cas elle est quelquefois cachée sous la conjonctive, enflammée et épaissie sur le point qui correspond à l'ulcération de la cornée. Dans ce genre d'ulcération en coup d'ongle, la photophobie et le larmoïement sont très intenses. Les végétations de la cornée succèdent souvent à ces ulcérations.

Telles sont les six variétés distinctes que j'admets dans

les ulcérations de la cornée. Il y serait possible, à la rigueur, d'y joindre encore une dernière espèce : l'*encauma* ou ulcère putride ou sordide, qui provient du ramollissement, de la gangrène, de la fonte purulente ou du cancer de l'œil et de la cornée ; mais cet ulcère appartient à un autre genre de maladie dont nous n'avons pas à traiter ici.

*Traitement des ulcères de la cornée.* Dans certains cas, les ulcères de la cornée disparaissent seuls sans médication spéciale, ou sous l'influence du traitement que l'on dirige contre l'ophtalmie dont ils sont si souvent le symptôme ; mais dans d'autres circonstances, et celles-ci sont même les plus communes, ces ulcères persistent et exigent un traitement approprié à chaque variété.

*Dans la première variété* la maladie cède assez facilement à l'action des topiques astringents, des collyres au sulfate de zinc, au nitrate d'argent, à la poudre de calomel, de tuthie, etc. Si ces moyens sont insuffisants, on doit avoir recours à l'excision ou à la cautérisation des vaisseaux, suivant la méthode que j'indiquerai tout à l'heure.

*Dans la seconde variété* on doit avoir recours au même traitement. On évitera les collyres préparés avec les sels de plomb ou les collyres secs, car l'expérience a prouvé qu'il se fixait quelquefois des parcelles de ces collyres dans le fond des ulcérations, ce qui en rendait la cicatrisation plus longue, plus difficile, et les taches qui en résultent plus opaques. La cautérisation du fond de l'ulcère avec le crayon de nitrate d'argent taillé en pointe amène souvent en peu de temps une amélioration notable.

*Dans la troisième variété* (*Bohrion, encavure, argemon*), c'est après l'emploi des topiques astringents à la cautérisation avec le nitrate d'argent qu'il faut avoir recours. La section des vaisseaux est inutile parce que ceux qui alimentent l'ulcération ne viennent pas de la conjonctive, mais bien du plan profond et par conséquent de la sclérotique.

La cautérisation se pratique de la manière suivante. Le crayon de nitrate d'argent est bien taillé en cône et arrondi à son sommet. Les paupières étant écartées et l'œil étant bien fixe, on touche avec cette pointe du caustique, jusqu'à ce que toute la surface ulcérée soit devenue blanche. Avant de laisser les paupières se rapprocher, on instille dans l'œil un liquide émoullit quelconque, de l'eau de guimauve, du lait, afin que l'ulcération seule subisse l'action du caustique. La douleur violente que le malade ressent ne tarde pas à diminuer et à se calmer au bout de quelques heures. Elle reprend souvent avec une nouvelle violence quand l'escarre qui a été produite par le caustique est tombé, ce qui arrive au troisième ou quatrième jour ; l'ulcère représente alors une plaie vive : on a recours à une nouvelle cautérisation, mais plus légère que la première. On renouvelle deux ou trois fois cette opération. Ordinairement l'ulcère se trouve alors assez modifié, sa vitalité est changée et on le laisse se cicatriser.

*La quatrième variété* d'ulcère de la cornée est, comme vous le savez, le résultat ordinaire des abcès de la cornée. Elle résiste ordinairement aux collyres astringents. Il vaut mieux avoir recours aux émoullients et aux émissions sanguines locales ou générales pour calmer l'inflammation vive qui les accompagne. Le sulfate de zinc à petites doses (un grain par once) peut être utile. Le vésicatoire sur les paupières, employé suivant la méthode que je vous ai indiquée, les frictions mercurielles autour de l'orbite sont de bons moyens à mettre en usage. Enfin on a recours à la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent, quand les couches profondes de la cornée tendent à proéminer ou à faire relief dans le fond de l'ulcère.

*La cinquième variété* (*Epticauma, ulcère brûlant, etc.*) se trouve bien de l'emploi des topiques astringents au sulfate de zinc, au sublimé, au calomel, etc., etc.; mais la cau-