

On disséquera et on enlèvera avec un fin bistouri la petite tumeur, en rasant son implantation; on curettera ensuite l'emplacement pour les cellules néoplasiques qui pénètrent à une certaine profondeur; on terminera par la cautérisation ignée et on évitera toute autoplastie conjonctivale à ce niveau.

## IV

## MALADIES DE LA CORNÉE

La cornée offre un terrain très favorable à l'infection et au développement des germes lorsque son épithélium a été détruit. Aussi la cornée se défend-elle surtout par sa résistance épithéliale, aidée par la sécrétion conjonctivale mélangée à l'afflux continu et au réflexe expulsif des larmes.

L'épithélium lui-même est beaucoup plus solide que celui de la conjonctive; les cellules profondes, adhérentes à la membrane de Bowman, forment autant de piquets de fixation, les cellules moyennes polyédriques s'engrènent entre les extrémités antérieures des précédentes, enfin les cellules superficielles, aplaties, forment une sorte de revêtement destiné à assurer le poli de la membrane. Quand cet épithélium est franchi, le stroma de la cornée s'infecte. L'épithélium tombe, soit par des causes extérieures, soit spontanément, dans un grand nombre de kératites. Il est très probable que les plexus nerveux si nombreux dans la cornée jouent un grand rôle trophique, et leurs altérations, souvent latentes et ignorées, sont le point de départ de bien des vésicules épithéliales qui, rompues, ouvrent la porte à l'infection cornéenne.

Une fois infecté, directement ou par les réseaux lymphatiques ambiants, le tissu cornéen se défend par une abondante migration de leucocytes et peut-être par le retour à l'état embryonnaire de certaines cellules du tissu. Ces lésions, faciles à répéter expérimentalement, comme presque toutes les formes cliniques de kératites, ont été étudiées par nombre d'auteurs; les travaux les plus complets sont ceux de Cohnheim (1) et de Leber (2).

Comme microbes, on a trouvé dans les ulcères et les abcès cornéens les staphylocoques, les streptocoques, surtout le pneumocoque, divers bacilles pyogènes, les microbes de la tuberculose, de la lèpre et l'*Aspergillus*. On peut trouver le même microbe dans une *suppuration de voisinage* qui est l'origine de la suppuration cornéenne, aussi devra-t-on s'inquiéter particulièrement de l'origine lacrymale

(1) COHNHEIM, *Arch. für Ophth.*, 1874.(2) LEBER, *Entstehung der Entzündung*. Leipzig, 1891.

et nasale, blépharitique et faciale, enfin conjonctivale, de l'infection cornéenne. Dans les cas de conjonctivite grave, on retrouve les microbes originels, seuls ou associés à d'autres microbes venant constituer une infection secondaire. Il y a aussi une infection d'origine extérieure par les microbes apportés par les poussières et les corps étrangers qui favorisent du reste la pénétration des microbes du voisinage. Les travaux consciencieux d'Uthoff et Axenfeld, de Nuel (1) sont les documents les plus intéressants jusqu'à ce jour sur les infections microbiennes de la cornée.

Le rôle du terrain est des plus nets, et à infection égale, une cornée guérit, tandis qu'une autre s'ulcère ou se nécrose. La *qualité pyogénique* du tissu cornéen est essentiellement variable. Le rôle du terrain apparaît au plus haut point dans les kératites profondes, telles que la kératite neuro-paralytique et la kératomatacie, mais il n'en est pas moins réel dans bien d'autres cas d'ulcères mal interprétés.

Lorsque la membrane de Bowman a été dépassée et le stroma envahi, la guérison entraînera forcément la formation de tissu cicatriciel et d'une taie plus ou moins étendue. Quand la membrane de Descemet, qui, jointe à la membrane de Bowman par les fibres suturales, constitue le *véritable arc de soutien* de la cornée, a été atteinte, la cornée est incapable de reprendre sa forme primitive.

Les ulcères et abcès de la cornée déterminent dans la chambre antérieure un empyème connu sous le nom d'*hypopion*. Contrairement aux auteurs qui l'avaient précédé, Leber n'admet pas que l'hypopion soit produit par le pus provenant de la cornée. Il s'agit surtout de la pénétration, *avant toute perforation* de la membrane de Descemet, de substances irritantes dues aux microbes et allant provoquer du côté de la chambre antérieure, de l'iris et des procès ciliaires, une desquamation et une réaction inflammatoires. Nous avons répété les expériences de Leber sur le lapin et nous sommes arrivé aux mêmes conclusions. Uthoff et Axenfeld ont également prouvé que l'hypopion au début ne contient pas de microbes, tandis qu'ils y pénètrent naturellement plus tard, lorsque des perforations profondes se produisent. L'absence de microbes dans l'hypopion explique aussi la rapidité extrême avec laquelle disparaissent certains hypopions. On conçoit que l'infection gagnant de proche en proche, atteignant l'iris, le corps ciliaire et le corps vitré, détermine quelquefois la panophtalmie. Le cristallin peut même réagir chez les jeunes sujets, sous la forme de cataracte pyramidale.

Il est difficile d'établir dès à présent une *classification* des kératites. Certains (Fuchs) divisent les kératites en suppuratives et non suppuratives, mais il faut reconnaître que les formes les plus

(1) UTHOFF et AXENFELD, *Arch. für Ophth.*, 1895. — NUEL, *Arch. d'ophth.* 1895. — Consulter pour les lésions kératiques et l'anat. path. de l'œil en général, WED et BOCK, *Atlas der pathol. Anatomie des Auges*. Wien, 1886.

disparates sont réunies sous ces dénominations. Nous croyons, quant à nous, qu'en laissant à l'étude des conjonctivites *certaines kératites qu'on ne saurait en dissocier* (kératites granuleuses, pustuleuse, lépreuse), il vaut mieux décrire successivement les affections cornéennes sans prétendre à une classification encore presque impossible. Peut-être la classification des infections en *ectogènes* (abcès, ulcères, etc.), et en *endogènes* (kératites parenchymateuses), serait-elle la plus justifiée : mais il y a des formes *mixtes* (kératites neuro-paralytiques, kératomalacie, abcès profonds de la variole, etc.), où il est difficile de déterminer la part des infections ectogènes ou endogènes, ou celle que peuvent avoir les troubles trophiques. La classification microbienne ne saurait être admise, pour des raisons analogues à celles qui s'opposent à une classification purement microbienne pour les conjonctivites.

#### ULCÈRES ET ABCÈS DE LA CORNÉE.

L'érosion cornéenne siège sur divers points de la cornée; quelquefois centrale, elle est plus ordinairement marginale. Autour de la perte de substance, bien visible à l'éclairage oblique, s'étend une infiltration spéciale, bien étudiée expérimentalement par Leber.

D'abord grisâtre, cette infiltration jaunit, s'étend en profondeur et en largeur, et si la lésion ne rétrocede pas, atteint la membrane de Descemet qui résiste quelque temps sous la forme d'une hernie transparente comme du verre (kératocèle), d'étendue variable.

Des fusées purulentes sur les bords latéraux de l'ulcère le compliquent de véritables *abcès* parenchymateux voisins : dans quelques cas, on se trouve en présence d'*abcès primitifs*.

Souvent, les ulcères marginaux, quelquefois annulaires, restent grisâtres et ne se compliquent pas d'infection purulente marquée. Les ulcères se développant au cours du trachome, et aussi sur des cornées atteintes de glaucome absolu, de dépôts calcaires, affectent des formes irrégulières à cause des lésions antérieures.

Parmi les formes diverses d'ulcères cornéens, il en est deux auxquelles on doit donner une mention spéciale : ce sont les ulcères *rongeants* et les ulcères *transparents*.

Tout ulcère peut s'accompagner d'hypopion (fig. 38), mais celui-ci est la règle dans l'ulcère rongeur, le plus grave de tous. Cette forme est avant tout serpiginieuse, *en coup d'ongle*, et destructive. La perforation et la panophtalmie étaient sa conséquence habituelle avant les progrès récents de la chirurgie oculaire. Actuellement encore, on voit souvent des leucomes adhérents le suivre.

Les phénomènes réactionnels sont plus marqués que dans les autres formes, bien que certains ulcères superficiels, en particulier dans la variété herpétique, donnent des douleurs assez vives, vu

l'innervation terminale si riche de la cornée. Mais dans l'ulcère rongeur, les douleurs, l'hypopion qui remplit quelquefois la chambre antérieure, et surtout le *chémosis*, signe de *mauvais augure* et de *virulence excessive*, aussi bien pour toute lésion cornéenne que pour les lésions conjonctivales, les synéchies iritiques, sont au premier rang.

Au contraire, dans l'ulcère *transparent*, dit *asthénique*, il y a de larges *facettes*, avec peu ou pas de vascularisation et de *chémosis*, qui peuvent être bilatérales et aboutir, sans de très vives douleurs, à

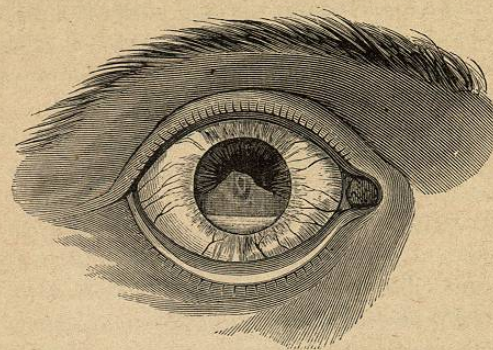


Fig. 38. — Abscès de la cornée avec hypopion.

la perforation. Cette variété est plus fréquente chez les vieillards, à cause de la dénutrition du terrain.

La *variole* occasionne de graves ulcères cornéens, dus *aux pustules* du bord ciliaire, et des *abcès intracornéens métastatiques* à la période de dessiccation; elle faisait, avant la vaccination, une foule d'aveugles.

Il est encore douteux que la *syphilis* puisse donner de *véritables gommés* cornéennes. (Dénarié).

La *tuberculose* doit être soupçonnée dans quelques ulcères et abcès *torpides*, bordés de points jaunâtres, de même que pour certaines kératites *interstitielles*. Les recherches expérimentales de Conheim, de Panas et Vassaux, la constatation du bacille par Alvarez dans un ulcère cornéen chez un malade de Wecker, ont apporté, là-dessus, les premiers documents importants et démontrent, la nécessité fréquente du *diagnostic bactériologique*.

L'*aspergillose*, facile à répéter expérimentalement, a été déjà plusieurs fois la cause de graves ulcères (Leber, Fuchs); l'*Aspergillus*, bien reconnaissable à l'examen bactériologique, est apporté par un traumatisme végétal (épis de blé, grains, etc.).

L'ulcère *lagophtalmique*, qui coexiste avec l'ectropion ou quelquefois avec la paralysie faciale, débute par la partie inférieure de la

cornée, plus exposée : il ne se produit souvent que de longues années après le début de l'ectropion.

Les ulcères se reproduisent sur des cornées anciennement atteintes : il n'y pas d'immunité acquise par le terrain à la suite d'une première attaque.

**Étiologie.** — L'infection cornéenne est d'origine microbienne, sur un terrain prédisposé (infection générale, dystrophies, arthritisme, mauvaise hygiène, cachexie, mauvais état du système nerveux).

Presque toujours il y a une *cause de voisinage* ; elle est évidente dans les kératites graves accompagnant une suppuration conjonctivale aiguë (catarrhale, blennorragique, diphtérique, etc.), ou chronique (trachome). D'autres fois, il y a une lésion du bord des paupières (blépharite, ectropion, trichiasis), ou de leur surface libre (eczéma séborréique, etc.). Les dacryocystites chroniques, et la stagnation lacrymale fréquentes, de même que les blépharites ulcéreuses, chez les paysans, ont contribué, avec la dénutrition du terrain, la virulence accrue du microbe dans certaines saisons, les traumatismes par barbes de blé, à créer la variété si grave appelée *ulcère des moissonneurs*, mais il existe bien d'autres variétés de kératites professionnelles (ouvriers d'huîtres, etc.). Les affections chroniques des fosses nasales, l'ozène, même *sans aucune lésion apparente des voies lacrymales*, s'accompagnent souvent d'ulcères graves, spontanés, traumatiques ou opératoires (Desmarres, A. Trouseau, Van Millingen, Abadie). Il en est de même dans les cas de carie dentaire et de stomatites chroniques. Sauvinau a même admis une kératite consécutive à une dacryoadénite chronique.

L'ulcère cornéen est donc presque toujours *secondaire* à une suppuration ou à une irritation voisine (blépharo-kératites, kérato-conjonctivites).

D'autres fois, on voit se développer, au cours d'un mauvais état général, ou viscéral, des ulcères souvent bilatéraux que l'on doit rapporter à cet état général fâcheux. Quelquefois, c'est dans le milieu où vit le malade (professions malpropres) que se trouve le point de départ infectieux.

Les abcès et ulcères aboutissent à une cicatrice cornéenne, avec ou sans perforation.

La perforation, facilitée par un effort ou une compression locale, projette l'iris (hernie) et quelquefois le cristallin, au dehors. Dans d'autres cas, le cristallin est *luxé*, sans expulsion totale. Il peut se produire aussi des *hémorragies intra-oculaires* et même *expulsives* à la suite de la brusque décompression. L'infection continuant donne une irido-cyclite avec suppuration de la choroïde et du corps vitré (panophtalmie). D'autres fois, le cristallin, non déplacé, s'opacifie, en général partiellement : chez les enfants, les *cataractes polaires antérieures*, situées en face d'une ancienne cicatrice d'ulcère (ophtalmies

purulentes, ulcères scrofuleux), sont probablement consécutives à une dialyse toxique à travers la cristalloïde. Dans quelques cas, il subsiste une *fistule cornéenne*, favorisée par la rétraction de la membrane de Descemet qui la tapisse, maintenue par un lambeau irien et une épithélialisation donnant une sorte de cicatrice cystoïde dont tous les détails histologiques ont été bien étudiés par Czermak (1).

**Traitement.** — Le traitement des ulcères et abcès de la cornée doit varier avec leur cause : il doit favoriser simultanément la désinfection et la réparation du terrain.

Si la cause nocive existe dans le voisinage, on soignera *immédiatement*, et en *même temps* que l'ulcère, cette source d'infection. S'il y a une blépharite ulcéreuse, une conjonctivite, une stagnation lacrymale, un trichiasis, l'épilation, la nitration et la canalisation, d'un effet souvent excellent ici, seront employées : on traitera aussi l'ectropion, par les moyens appropriés et on fera la *tarsorrhaphie médiane* pour la kératite lagophtalmique, ou exophtalmique (goitre exophtalmique). S'il y a une conjonctivite, on n'hésitera pas, malgré l'ulcère qu'on protégera avec une petite coque d'ouate hydrophile mouillée, à cautériser le cul-de-sac au nitrate d'argent. On obtient d'excellents résultats, en ne négligeant pas ce moyen. S'il y a une dacryocystite intense, le large débridement de Stilling, le curettage interne, les injections biquotidiennes, au besoin le débridement cutané et le bourrage du sac avec la gaze iodoformée, seront mis en œuvre. Enfin, toute lésion des fosses nasales, même sans dacryocystite (ozène), sera traitée rigoureusement, et le bord ciliaire détergé et antiseptisé.

Ce n'est qu'après avoir assuré de ce traitement *préliminaire* que l'on s'occupera de l'ulcère.

Pour les *petits ulcères*, même accompagnés d'hypopion, on n'interviendra pas trop tôt chirurgicalement, surtout chez les enfants. On instillera les collyres *diffusibles*, tels que le violet de méthyle, puis on fera une onction de pommade iodoformée au dixième et on appliquera un pansement occlusif ouaté (G. Pinto, Valude) qui favorise la réépithélialisation. Dans bien des cas, on sera étonné de voir, en deux à trois jours, ce pansement rare amener une disparition totale de l'hypopion et une cicatrisation progressive de l'ulcère ; autant le bandeau est dangereux dans les conjonctivites, autant il est utile dans les kératites ulcéreuses sans dacryocystites. On emploiera ce traitement seul dans les ulcères transparents. On n'utilisera les compresses chaudes, si anciennement recommandées (Gmelin), qui activent l'afflux sanguin et leucocytaire (gâteaux d'ouate hydrophile trempée dans une infusion de camomille, appliqués pendant une ou deux heures,

(1) CZERMAK, *Arch. für Opht.*, 1890.

matin et soir), que si le procédé précédent n'amenait pas une visible amélioration.

Si l'ulcère s'agrandit encore et si l'hypopion apparaît ou augmente, il faut une action plus énergique.

On fera chaque jour une injection sous-conjonctivale de sublimé à 1/2000 (Segondi, Abadie, Darier), 3 à 4 gouttes chaque fois. Ces injections agissent probablement, en désinfectant interstitiellement la cornée par l'intermédiaire du réseau lymphatique de la conjonctive et du limbe, en communication directe avec les espaces cornéens. On a même préconisé des injections massives d'une demi-seringue et plus (de Wecker). Les autres liquides employés (trichlorure d'iode, etc.) paraissent inférieurs au sublimé.

De plus, si la situation ne s'améliore pas, on interviendra directement, sur l'ulcère d'abord, sur l'hypopion ensuite.

On a proposé divers topiques antiseptiques à appliquer sur l'ulcère. L'acide phénique en solution forte ou à l'état pur, la teinture d'iode, la solution de chlorure de zinc, l'acide lactique, le sulfate de quinine et bien d'autres, ont été employés. En particulier, la teinture d'iode, souvent prônée, nous a paru douloureuse et sans l'action nette que nous aurions voulu lui voir : nous croyons que, si on la combine à d'autres moyens (de Spéville), ce n'est point elle qui joue un rôle important.

Les lavages des *culs-de-sac*, avec une canule recourbée, au biiodure ou à l'acide borique, seront faits à la levée de chaque pansement. Divers chirurgiens, avec Badal, Verdèse, ont utilisé le curettage combiné à l'irrigation antiseptique (de Wecker, Santarnecchi). Généralement inutile dans les cas légers où il importe de ne pas enlever des fragments cornéens sur l'intégrité desquels on ne saurait être complètement fixé, ce procédé est dangereux dans presque tous les cas et peut ouvrir de nouvelles voies à l'infection.

Le frottement de l'ulcère (Jocqs), au besoin avec excision de la pellicule bordante, est une sorte de curettage à minima qui demande à être exécuté avec une extrême prudence.

Mais les ulcères serpigneux très graves ne sauraient guérir qu'avec une *intervention encore plus sérieuse*.

La chaleur rayonnante et la cautérisation ignée (Martinache, Gayet), que M. Abadie a eu le mérite de généraliser, restent une précieuse ressource que rien ne détruira pour certains cas, et qu'on aurait tort d'abandonner pour tant d'autres procédés plus aléatoires. On se servira d'un galvanocautère ou d'une fine *pointe* spéciale du thermocautère. Une aiguille à tricoter, un crochet à strabisme, suffisent en cas d'urgence. On cautérise le fond et le pourtour de l'ulcère, avec la prudence que nécessite la région. Le cautère olivaire est souvent trop brutal. Si, les jours suivants, l'ulcère et l'hypopion ne tendent pas vers la guérison, on répétera la cautérisation en *ouvrant*

la chambre antérieure si l'ulcère se généralise, au lieu d'attendre la perforation spontanée.

Saint-Yves pratiquait déjà l'incision de l'ulcère et des lavages de la chambre antérieure avec une seringue. Pellier de Quengsy dit même avoir fait des *incisions latérales*. Sæmisch, à leur suite, a exécuté la transfixion de l'ulcère avec le couteau de Graefe. Ce procédé entraînait la guérison de l'ulcère dans la plupart des cas, mais était compliqué de larges synéchies antérieures. Il est retombé dans un définitif oubli.

Le procédé de choix est la large paracentèse au *limbe*. Employé dès les anciens temps (Galien, Aétius), et combiné à la succussion de la tête pour déplacer l'hypopion (Justus), très usité au xviii<sup>e</sup> siècle, il a été de nouveau recommandé dans ces dernières années (Panas), combiné à l'irrigation. On enlèvera avec les pinces à caillots ou le crochet de Tyrrel les débris purulents qui ne sortent pas d'emblée, et on rouvrira, les jours suivants, en cas de nécessité : on pourra essayer, après d'insuccès la sclérotomie et enfin l'iridectomie.

Le bandeau compressif, au besoin la tarsorrhaphie, éviteront les staphylomes et l'iridectomie sera faite dans bien des cas, de *bonne heure*, pour régulariser la pression intra-oculaire toujours prête à s'élever. Dans les cas qui ont amené malgré tout un staphylome, une fistule, une cataracte, une occlusion pupillaire, on appliquera le traitement approprié.

D'une façon générale, on n'instillera pas de collyres agissant sur la pupille, s'il n'y a pas une tendance évidente aux synéchies. L'ésérine ne serait employée que contre les hernies iriennes et l'hypertension. L'atropine sera instillée avec modération.

Dans les cas de *fistule* consécutive, on sectionnera les hernies rebelles, que le taxis réduira bien rarement après insuccès des myotiques et de l'occlusion. L'excision des parois de la fistule ou leur curettage sont inférieurs à la cautérisation au thermocautère avec iridectomie opposée. Dans quelques cas, la cautérisation avec un pinceau fin et une solution de nitrate d'argent à 1/20 nous a suffi.

Pour éviter autant que possible les dangers d'une infection suivant l'enclavement irien persistant, on recouvrira d'un petit lambeau conjonctival (Kühnt) sa surface soigneusement abrasée.

#### KÉRATITES ÉPITHÉLIALES ET SOUS-ÉPITHÉLIALES.

L'éruption de vésicules sur la cornée a été comparée à celle de l'herpès des muqueuses. L'épithélium soulevé (vésicules, bulles), déformé et proliférant (kératites filamenteuses) joue un rôle important dans les diverses formes de kératites que nous allons successivement étudier, mais il est très probable que ces lésions épithéliales

ne se produisent qu'à la suite de lésions irritatives portant sur les plexus *sous-épithéliaux* et *intra épithéliaux* qui épanouissent leurs terminaisons à la surface de la cornée.

La kératite herpétique peut s'observer dans l'herpès zoster ou zona ophtalmique ; mais on y constatera surtout la véritable kératite neuroparalytique.

La kératite herpétique survient (Horner) (1) concurremment avec les éruptions herpétiques labiales au *cours des affections respiratoires*, ou seule, pour des causes générales absolument diverses et quelquefois tout à fait inconnues.

Une grippe, une pneumonie, les diathèses, en particulier la syphilis, le rhumatisme et l'arthritisme sous ses diverses formes, les intoxications générales, la malaria, peuvent être en jeu : souvent une mauvaise alimentation, le surmenage, les chagrins, les veilles prolongées, des troubles gastro-intestinaux ou utérins, un simple embarras gastrique, un coryza, engendreront l'évolution herpétique. D'autres fois, on lui trouvera les mêmes motifs qu'à l'apparition des aphtes dans la bouche, pour ne citer que cette comparaison.

Les irritations conjonctivales jouent un rôle (poussières, gaz irritants, légers traumatismes).

Les vésicules sont peu nombreuses, et de siège variable. Crevées, une érosion étoilée, ronde, jaunâtre ou grise, en marque l'emplacement : elle est accompagnée de névralgies fréquentes du côté du trijumeau, et la réparation, très lente, vu l'exiguïté de la lésion, nécessite plusieurs semaines. Rarement on observerait l'anesthésie cornéenne : l'hyperesthésie, la photophobie et une forte hyperhémie bulbaire sont au contraire la règle ; la lésion est souvent unilatérale et peut récidiver.

Dans les cas mal soignés, des ulcérations térébrantes, avec hypopion et iritis, peuvent se développer.

L'herpès conjonctival accompagne souvent la maladie.

A côté de l'herpès, se trouvent diverses formes de kératites dites *dendritiques* (fig. 39), dont les poussées serpigineuses laissent des cicatrices caractéristiques, en forme de broussailles, de sillons étoilés, etc. Il en est de même de la kératite *ponctuée superficielle*.

**Kératite filamenteuse.** — La kératite filamenteuse est caractérisée par l'apparition sur la cornée, quelquefois dans son voisinage, de filaments plus ou moins longs.

Leber les a décrits le premier. Les recherches de Uthoff, Czermak, Nuel, Hess, et d'autres, sont résumées, avec de nouvelles observations, dans la thèse de Sourdille (1895).

(1) HORNER, *Klin. Monatsbl.*, 1871.



Fig. 39. — Kératite dendritique (Haltenhoff).

On observe l'apparition de filaments sur une cornée traumatisée, soit fortuitement, soit opératoirement (cataracte, iridectomie, etc.), sur une cornée ulcérée, et dans de très rares cas, sur lesquels la lumière n'est pas encore complète, sur une cornée *entièrement saine*.

Le froid, les poussières, l'instillation d'atropine même pure, la cocaïne, sont autant de causes prédisposantes. Souvent des lésions herpétiques et douloureuses dans le domaine du trijumeau précédent et accompagnent la maladie, qui peut coexister avec un certain degré d'anesthésie cornéenne. (Block.)

Très probablement les filets nerveux irrités jouent un rôle prépondérant dans sa production : il s'agit peut-être d'une variété de *kératite névritique*.

Au début, sous la forme d'une petite vésicule saillante, le filament apparaît et se pédiculise ; il s'allonge quelquefois de plus d'un centimètre, en vingt-quatre heures.

L'affection est quelquefois tellement tenace que l'on peut recueillir jusqu'à cinquante filaments en suivant le malade pendant quelques semaines (Nuel). Quand le filament tombe, il peut laisser des petites exulcérations. Le pronostic, malgré les ennuis de quelques cas récidivants, est bénin, si la maladie est soignée activement.

Il ne s'agit pas d'un filament de mucus conjonctival venu se fixer sur un point ulcéré de la cornée. Le filament est au contraire une néoformation épithéliale qui naît dans la partie profonde de l'épithélium.

La nature microbienne, chimique ou dystrophique, est encore à discuter.

Il faut remplacer l'atropine et la cocaïne par la scopolamine. L'ablation du filament, les onctions de pommade iodoformée, l'instillation de violet de méthyle, donnent (Sourdille) de bons résultats. On rejettera tous les autres traitements irritants (nitratation, chlorhydrate d'ammoniaque). On lutterait avec le galvanocautère dans les cas rebelles.

**Kératite bulleuse.** — Une ou plusieurs bulles se développent quelquefois spontanément sur la cornée d'un œil sain ou plus souvent déjà atteint d'une autre affection chronique (surtout le glaucome).

C'est la vraie *phlyctène* cornéenne, qu'il ne faut pas confondre avec les pustules du limbe, si faussement appelées *phlyctènes*. Un liquide grisâtre remplit la bulle, qui se plisse sous l'action des paupières. Quand la bulle est crevée, on voit, en s'aidant de l'ophtalmoscope muni de + 15 D. et des divers procédés d'examen de la cornée, l'emplacement grisâtre et dépoli de la bulle, dont la circonférence est érodée par l'arrachement de la vésicule. Mais le pronostic est peu grave en général. Nous pouvons citer l'exemple d'une jeune femme hystérique qui, à la suite d'un voyage en chemin de fer, où

un violent courant d'air portait sur son visage, vint nous consulter pour une large bulle développée, sur tout le segment supéro-externe de la cornée. L'ouverture de la bulle et trois pansements à la vaseline iodoformée amenèrent une guérison complète, l'emplacement réépithélialisé étant devenu presque entièrement transparent. On a cité aussi des kératites bulleuses subites au cours de la migraine, de la fièvre intermittente, de la malaria, etc.

La phlyctène siège entre les couches superficielles de l'épithélium cornéen et la membrane de Bowman, ordinairement intacte, mais qui peut céder par places. Il faut peut-être chercher son origine dans une lésion des filets nerveux terminaux, *intraépithéliaux*, de la cornée ou dans un œdème localisé sous-épithélial de cause difficile à apprécier.

#### KÉRATITES PARENCHYMATEUSES.

Les kératites parenchymateuses revêtent la forme *circonscrite* ou la forme généralisée, *diffuse*. Quelle que soit la forme, il faut reconnaître qu'il y a presque toujours ici une cause *endogène*, une *dystrophie* générale, comme étiologie.

Les formes *circonscrites* revêtent la forme d'opacités, tantôt *centrales*, tantôt situées dans le voisinage du *limbe* (*kératite marginale* de Arlt et Fuchs), tantôt disséminées (*kératite ponctuée profonde*) : le reste de la cornée reste ordinairement transparent ; il y a un certain degré de réaction sclérale et quelquefois iritique. L'épithélium est souvent ramolli, au niveau de l'opacité, mais jamais desquamé. Ces formes de kératites, plus fréquentes chez les dyscrasiés, les femmes à la ménopause, la *syphilis acquise*, durent souvent de longs mois et disparaissent peu à peu, mais *sans entraîner le développement vasculaire abondant*, qui est au contraire la règle dans les *kératites diffuses*.

La variété *diffuse* envahit progressivement la cornée tout entière et toute l'épaisseur de son parenchyme.

**Symptomatologie.** — La kératite diffuse passe par un certain nombre de phases caractéristiques. La cornée, d'abord nébuleuse, s'opacifie complètement en quelques semaines, puis de nombreux vaisseaux viennent recouvrir cette cornée en apparence définitivement compromise. Néanmoins, après plusieurs mois, les vaisseaux et les taches disparaissent et rendent à la cornée sa transparence presque complète.

Le début se fait plus souvent par la périphérie, mais quelquefois par le centre où l'on remarque quelques nuages grisâtres, puis la cornée prend un aspect *bleuté* et laiteux qui témoigne de l'extension de la lésion à toute son étendue : dans quelques cas, la cornée est tellement infiltrée qu'elle a une couleur lardacée. Avant cet

envahissement complet, on a pu voir l'iris, quelquefois sain, présenter souvent aussi des synéchies. Dans des cas absolument exceptionnels, la cornée subit une sorte de sphacèle central : ces cas constituent la variété maligne de la maladie (Abadie) et on ignore leurs relations possibles avec les *gomes* de la cornée. Après quelques semaines, des pinceaux de vaisseaux partis du limbe envahissent peu à peu la cornée (fig. 40). On doit se féliciter de leur apparition réparatrice et mal augurer d'une kératite parenchymateuse qui n'a de vascularisation à aucun moment de son évolution. La cornée se recouvre entièrement d'un voile vasculaire rougeâtre et le patient n'a plus que la perception lumineuse.

À part une iritis intense, les douleurs sont peu marquées : mais

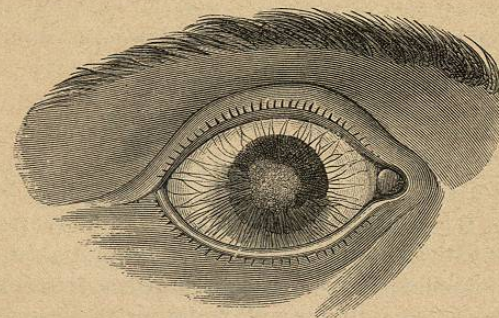


Fig. 40. — Kératite parenchymateuse au stade vasculaire.

il y a une photophobie extrême et un larmoiement permanent. Il peut y avoir une hypertonie passagère ou durable (Fuchs), bien que l'hypotonie soit la règle.

Enfin les vaisseaux disparaissent peu à peu, et la cornée recouvre par places sa transparence : le centre reste presque toujours la dernière partie opaque et les vaisseaux s'y rendent en traversant la périphérie redevenue transparente. Il reste pendant plusieurs années de très petits vaisseaux (Hirschberg) visibles avec une très forte loupe.

La marche diffère suivant l'intensité de la maladie, la bilatéralité simultanée ou successive des deux yeux, enfin l'âge des sujets, les lésions guérissant en général plus rapidement et plus complètement quand le sujet est *plus jeune*.

Les suites sont donc variables, et si dans les cas légers la restitution intégrale peut survenir, dans les cas moyens il reste de légers nuages, dans les cas graves de véritables leucomes centraux. Il y a même des kératites parenchymateuses, où le stade d'opacification s'accompagne d'irido-cyclites tellement intenses que l'iris vient adhérer complètement derrière la cornée aplatie, et que les yeux sont voués