

irrégulière, envahissant tantôt lentement, tantôt très rapidement; la cornée qu'elle détruit. Il faut en pratiquer l'excision aussitôt que possible, et ne pas hésiter, si la maladie a déjà fait des progrès, à sacrifier l'œil dans l'intérêt de l'état général. On peut aussi tenter préalablement l'emploi local d'une solution de plus en plus saturée de chlorate de potasse (en commençant avec 2 grammes pour 100) et l'usage journalier de deux cuillères d'une solution de ce sel à 10 grammes pour 200 (*Bergeron*).

11° Le *cancer médullaire* et le *cancer mélanique* débutent rarement sur la conjonctive, sur laquelle ils apparaissent plus souvent par propagation de voisinage. Le cancer mélanique cependant a été observé prenant naissance dans le voisinage de la cornée.

12° *Entozoaires*. — On a rencontré sur la conjonctive le cysticerque du tissu cellulaire (*Sichel*) et dans les contrées intertropicales la filaire de Médine (*Schæne*). Le cysticerque apparaît comme une vésicule blanchâtre ou jaunâtre, de la grandeur d'un gros pois, entouré d'une injection assez prononcée de la conjonctive. Le diagnostic ne sera toujours assuré que par son examen microscopique.

La filaire de Médine se présente comme un filament noirâtre doué de mouvement très rapides, qui occasionnent au malade des douleurs vives et une inflammation notable de la conjonctive.

Le cysticerque comme la filaire doivent être extraits après incision du tissu qui les recouvre.

13° *Lithiase*. — On désigne sous ce nom une dessiccation ou altération calcaire de la sécrétion des glandes conjonctivales, surtout de celles de Meibomius (infarctus des glandes). Elle apparaît dans la conjonctive sous forme de petites concrétions blanchâtres, rondes, de la grosseur d'une tête d'épingle. Généralement, on en voit plusieurs dispersées sur la conjonctive qui recouvre le tarse.

Ces concrétions provoquent de l'irritation, et, si elles frottent contre la cornée, de petites infiltrations ou ulcérations de cette membrane. On les enlève avec la pointe d'une aiguille à cataracte ou avec une curette, après avoir pratiqué une petite incision dans la conjonctive qui les recouvre.

CHAPITRE III.

CORNÉE ET SCLÉROTIQUE.

Anatomie. — Ces deux membranes, dont l'aspect extérieur est si différent, n'en forment qu'une par leur structure.

Elles se continuent l'une dans l'autre sans interruption et constituent pour les milieux de l'œil une enveloppe entièrement close, et perforée seulement par le nerf optique.

La *sclérotique* est une membrane fibreuse composée de faisceaux de fibres cellulaires qui s'anastomosent et s'entre-croisent perpendiculairement; les uns suivant une direction parallèle au méridien, les autres suivant une direction parallèle à l'équateur de l'œil. Ce tissu est traversé par un grand nombre de fibres élastiques et de corpuscules de tissu cellulaire. A l'endroit où le nerf optique pénètre dans le globe de l'œil, les fibres de la sclérotique se divisent en plusieurs couches, les plus externes se recourbent dans une division presque perpendiculaire, et entourent le nerf, dont elles forment l'enveloppe externe fibreuse. Les fibres les plus internes pénètrent dans le nerf optique et forment une membrane fenêtrée qui livre passage aux faisceaux nerveux (membrane criblée). Une couche moyenne, séparée de la couche externe par du tissu cellulaire, finit par se fondre avec la gaine du nerf optique. A cet endroit, c'est-à-dire dans le voisinage le plus rapproché du nerf optique, la sclérotique a sa plus grande épaisseur (1^{mm}, 25) et s'amincit graduellement vers la cornée jusqu'à 3/10 ou 4/10 de millimètre. Elle est renforcée considérablement par l'épanouissement des insertions des muscles droits et obliques de l'œil.

La sclérotique n'a pas de *nerfs*; elle n'a que fort peu de *vaisseaux* qui viennent des vaisseaux ciliaires et forment un réseau à larges

mailles sur les faces externe et interne de la membrane. La partie postérieure de ce réseau se réunit autour de l'entrée du nerf optique, en un cercle vasculaire dont plusieurs branches pénètrent dans le nerf optique et dans la choroïde. De la partie antérieure de ce réseau naissent également des branches perforantes qui se rendent au muscle ciliaire.

La sclérotique est en outre perforée à différents endroits par de petits canaux dont la direction est plus ou moins oblique et qui livrent passage aux nerfs et aux vaisseaux de la choroïde. Le grand nombre de ces canaux vers le nerf optique et vers la cornée diminue sensiblement à ces endroits la consistance de la membrane. Près de sa jonction avec la cornée, et un peu en arrière, se trouve le canal de Schlemm; il renferme un plexus de vaisseaux recevant de petites veines du muscle ciliaire et donnant de nombreux vaisseaux en dehors aux veines qui rampent à la surface externe de la sclérotique (*Leber*).

La cornée est la continuation directe de la sclérotique et doit sa transparence à une homogénéité parfaite de sa substance intercellulaire. D'après sa forme et son aspect, elle ressemble à un verre de montre enclavé dans l'ouverture antérieure de la sclérotique, dont le tissu dépasse le bord de la cornée de 1 millimètre à peu près, mais un peu plus en haut et en bas que sur les côtés. La cornée a sa plus grande épaisseur vers la périphérie (1^{mm}, 12) et s'amincit graduellement vers le centre (0^{mm}, 9). Nous y distinguons, d'avant en arrière, trois couches superposées et faciles à séparer l'une de l'autre.

1° L'épithélium est la continuation directe de l'épithélium conjonctival. Il est pavimenteux et ses cellules les plus superficielles sont aplaties, les moyennes rondes et les plus profondes presque cylindriques.

La couche épithéliale est séparée du tissu propre de la cornée par une lame élastique (membrane de Bowman), dont l'existence indépendante est contestée par d'autres observateurs, qui la considèrent comme une couche de fibrilles cornéennes condensées.

2° Le tissu propre de la cornée est composé de fibrilles disposées en lamelles parallèles à la surface de la membrane. Entre ces lamelles, qui ne sont pas faciles à isoler, à cause de leur enchevêtrement, se trouve un système de cellules étoilées sans membrane, mais avec des noyaux et des nucléoles (corpuscules de la cornée). De ces cellules partent des prolongements (six à vingt) plus ou moins longs, anastomosés avec ceux du voisinage et formant un réseau ou système canaliculaire qui traverse la membrane dans toutes les directions. On a observé en outre dans le tissu de la cornée des cellules plus petites sans membrane, qui se déplacent entre les fibrilles (globules migrants), au milieu du réseau canaliculé.

3° La membrane qui tapisse la cornée vers sa face postérieure, membrane de Descemet, est une membrane vitrée, homogène, élastique, et porte sur sa face libre une couche d'épithélium pavimenteux qui se modifie graduellement vers sa circonférence. A cet endroit, la membrane s'épaissit et se divise dans une série de fibres dont les unes s'adossent à la paroi interne du canal de Schlemm, tandis que les autres se réfléchissent sur l'iris (ligament pectiné). L'épithélium modifié se continue sur le ligament pectiné et sur l'iris.

La cornée est sans vaisseaux; ses nerfs viennent des nerfs ciliaires, au nombre de quinze ou vingt, perdent à leur entrée dans la cornée leur enveloppe et leur moelle, et ainsi réduits à leur cylindre-axe, ils deviennent tout à fait transparents. Ils forment, dans les parties antérieures de la cornée, en se divisant dichotomiquement, des filets superposés très nombreux, renfermant des noyaux situés à l'endroit des divisions.

Les opinions sont partagées sur leur terminaison; d'après les uns, elle est constituée par un réseau placé très superficiellement dans la cornée (*His*); d'autres croient à des divisions encore plus petites (*Saemisch*), d'autres enfin ont observé que le plexus nerveux situé près de la membrane de Bowman donne naissance à des faisceaux de fibrilles à simples contours, qui se divisent en ramifications très fines et forment un réseau nerveux à la base de la couche épithéliale. De ce réseau sortent des fibrilles excessivement fines, qui traversent l'épithélium et se terminent librement par un petit renflement (*Cohnheim*).

Le caractère chimique du tissu de la cornée est de donner par la coction une chondrine qui se redissout dans un excès des substances qui la précipitent (*His*), tandis que la sclérotique donne, comme les autres tissus cellulaires, de la gélatine.

ARTICLE PREMIER.

DES KÉRATITES.

A. — Kératites superficielles.

1. Kératite superficielle vasculaire, pannus.

Diagnostic. — On voit survenir généralement à la suite d'affections conjonctivales, une injection périkeratique des vais-

seaux sous-conjonctivaux qui se propagent jusqu'au bord de la cornée sans la dépasser, s'anastomosent avec les vaisseaux de la conjonctive, dont quelques ramifications passent alors sur la cornée, où l'on peut les suivre jusqu'à une certaine distance du bord. D'autres fois, les vaisseaux se développent aussi au-dessous de la membrane de Bowman, ou entre elle et l'épithélium (*Donders*).

En même temps, la surface de la cornée se ternit légèrement et devient le siège d'ulcérations ou d'infiltrations grisâtres. Selon le degré de la vascularisation, et selon l'étendue et l'intensité de l'infiltration, l'aspect de la cornée peut varier considérablement. Tantôt les vaisseaux sont isolés, tantôt en si grand nombre, que la cornée ainsi vascularisée donne un reflet général rose ou rougeâtre dans lequel on ne peut plus distinguer les vaisseaux.

D'autres fois, on voit un seul vaisseau s'avancer du bord de la cornée jusqu'au centre et se ramifier au milieu d'une opacité; cette vascularisation peut exister à différents endroits de la cornée, ou même envahir toute la membrane. L'infiltration superficielle prend tantôt l'aspect d'une opacité légère, tantôt elle produit des irrégularités de niveau plus prononcées, et s'accompagne d'excoriations de l'épithélium, ou de petites facettes.

Lorsque la kératite superficielle vasculaire passe à l'état chronique (*pannus*), elle constitue une couche vasculaire et opaque, d'abord mince et permettant de distinguer encore l'iris et la pupille (*pannus tenuis*), mais qui peut devenir très épaisse, absolument opaque et comme fongueuse (*pannus crassus*, sarcomateux). Enfin, dans le plus fort degré de l'affection, la cornée semble recouverte de bourgeons charnus. Quand la turgescence du tissu a disparu, la cornée se colore en gris sale, est absolument opaque et sillonnée de vaisseaux.

La conjonctive bulbaire participe plus ou moins à l'inflammation par son injection et son infiltration.

L'affection peut exister presque sans douleur; d'autres fois, elle s'accompagne de vives douleurs ciliaires, avec larmolement et photophobie. La vue souffre plus ou moins selon le degré d'altération dans la transparence de la cornée.

La kératite superficielle est le résultat d'une production abondante de cellules nouvelles et de vaisseaux, production qui peut avoir lieu entre l'épithélium et la membrane de Bowman,

ou au-dessous de cette dernière. D'après *M. Iwanoff*, la maladie résulte d'une prolifération de cellules au niveau du limbe conjonctival, et ces cellules s'infiltrant par migration entre l'épithélium et la membrane de Bowman. Au début, le sang paraît librement circuler entre les cellules en formation, les parois vasculaires sont presque imperceptibles et ne s'aperçoivent que plus tard. Les nouvelles cellules se mélangent avec les cellules épithéliales qui s'agrandissent de leur côté, de sorte que la couche épithéliale s'épaissit considérablement.

Il se manifeste alors une tendance à la production de tissu cellulaire, et la membrane de Bowman disparaît.

Marche et terminaison. — La maladie peut disparaître avec la cause qui l'a produite; d'autres fois, à la suite des conjonctivites granulaires, le pannus peut persister même après la guérison de la maladie étiologique. La durée dépendra naturellement de la cause, et peut dépasser quelquefois des mois et même des années. Souvent le pannus guérit en laissant des opacités persistantes. D'autres fois, l'infiltration prolongée a ramolli la membrane qui cède à la pression interne et augmente de courbure. Enfin, le pannus peut provoquer un processus inflammatoire dans les parties profondes de la cornée, des ulcérations profondes, qui conduisent à la perforation et guérissent en laissant un leucome adhérent. La terminaison la plus désastreuse est celle où la cornée participe à la xérophtalmie, conséquence de l'atrophie de la conjonctive à la suite de trachome.

Pronostic. — Il dépend de la cause et de l'extension du mal; il est bon partout où la cause peut être enlevée avant que le pannus ait pris une marche indépendante. Les parties superficielles de la cornée se régénèrent alors surtout dans le jeune âge avec une transparence parfaite. Après le trachome, le pronostic est bien moins favorable, et dépend de l'état de la muqueuse. Plus elle est vascularisée et susceptible de fournir une abondante sécrétion, plus le pronostic est favorable. Si elle est changée en tissu cicatriciel et desséchée, la guérison est impossible.

Étiologie. — La kératite superficielle vasculaire apparaît le plus souvent après les affections conjonctivales, rarement à la

suite du catarrhe avec hypertrophie papillaire, fréquemment après les granulations trachomateuses, soit que la cornée devienne elle-même le siège de granulations, soit que l'altération se produise sous l'influence mécanique du frottement de la surface rugueuse de la conjonctive palpébrale.

Le pannus survient aussi comme conséquence de la conjonctivite phlycténulaire et affecte alors la forme que nous avons déjà décrite sous le nom de pannus scrofuleux. (Voy. p. 76.)

Enfin, le pannus est le résultat d'irritations mécaniques de la cornée par des cils (entropion, distichiasis), ou par des concrétions dans la conjonctive palpébrale (infarctus des glandes de Meibomius), ou par des irritations extérieures, lorsque la cornée n'est pas suffisamment protégée par les paupières qui la recouvrent incomplètement (ectropion, lagophthalmos).

On ne peut guère appeler pannus la vascularisation de la cornée qui survient à la fin d'autres formes de kératites pendant la période de régénération des tissus. Nous considérons alors cette vascularisation comme un symptôme heureux, parce qu'elle annonce la guérison; c'est aussi pour cela qu'on l'appelait autrefois pannus régénérateur.

Traitement. — Le traitement a pour première indication d'enlever la cause de la kératite par la guérison du trichiasis, de l'entropion, de l'ectropion, l'extraction des concrétions, etc. Le pannus trachomateux exige le traitement attentif des granulations palpébrales. (Voy. p. 92.)

Si le pannus persiste après l'éloignement de la cause, les moyens par lesquels nous le combattons varient selon son intensité. Toujours s'agit-il d'en provoquer la résorption en produisant un certain degré d'inflammation.

Dans les cas légers, on y réussit souvent par l'insufflation du calomel ou l'emploi de la pommade à l'oxyde jaune de mercure. Dans les cas plus prononcés, on se sert d'irritants plus forts, tels que le glycérolé au tannin, l'acétate de plomb, une solution de nitrate d'argent, ou lorsque la cornée est couverte de vraies granulations, en cautérisant légèrement avec le crayon de nitrate d'argent mitigé ou le sulfate de cuivre.

Lorsque la conjonctive est sèche et montre peu de tendance à la sécrétion, on obtient d'excellents résultats par l'emploi prolongé de compresses chaudes. En général, il faut commen-

cer par des moyens légers, passer progressivement aux plus forts, varier les moyens, parfois interrompre le traitement tout à fait, et ranimer par des compresses chaudes la faculté de réagir dans les tissus devenus insensibles aux irritants.

Dans le cas de forte vascularisation, où les moyens ci-dessus ont échoué, on emploie la scarification et même l'excision des vaisseaux conjonctivaux et sous-conjonctivaux qui avoisinent le bord de la cornée et se propagent sur cette membrane. Dans le même ordre d'idées, *Furnari* a recommandé contre les cas de pannus invétéré l'abrasion de la conjonctive et du tissu sous-conjonctival autour de la cornée (*syndectomie* ou *péritomie*).

J'exécute cette opération de la manière suivante: Après avoir ouvert les paupières à l'aide de l'écarteur, je pratique à l'aide du scarificateur une incision circulaire de la conjonctive à 6 millim. de distance du bord cornéen et concentrique à celui-ci; puis je détache avec le même instrument la bandelette conjonctivale ainsi circonscrite, de la sclérotique jusqu'au bord de la cornée où je la coupe. Ceci fait, j'enlève dans la même étendue, par de petits coups de ciseaux, le tissu sous-conjonctival, de façon à dénuder complètement la sclérotique.

La recommandation de *Furnari*, de cautériser la surface scléroticale ainsi mise à nu, ou de faire l'abrasion sur la cornée, ne paraît pas exempte de graves inconvénients, et doit être rejetée. Des compresses fraîches, et l'emploi du bandeau compressif, suffisent ordinairement pour combattre la réaction.

Enfin, dans les cas où la cornée est tout entière recouverte d'une épaisse couche de pannus, on pratique l'inoculation de pus blennorrhagique pour provoquer une conjonctivite purulente, à la suite de laquelle le trouble de la cornée se dissipe. Ce moyen n'est applicable que lorsque les deux yeux sont atteints, et ne doit pas être tenté lorsque le pannus ne recouvre pas la cornée tout entière. On prend le pus destiné à l'inoculation sur un œil atteint d'ophtalmie purulente, et l'on en dépose une petite quantité, à l'aide d'un pinceau, sur la muqueuse de la paupière inférieure. Cette inoculation ne réussit pas toujours ou produit seulement une conjonctivite catarrhale insuffisante; il faut alors la renouveler.

Quand l'inoculation a réussi, on voit, au bout de quelques jours, les paupières gonfler et la sécrétion purulente s'établir. Si alors l'inflammation atteint un degré excessif, il faut la trai-

ter par les moyens indiqués à l'occasion de l'ophtalmie purulente.

L'autre œil, bien qu'atteint de pannus, doit toujours être protégé convenablement contre la contagion, pour éviter la purulence simultanée des deux yeux.

Dans les pays où la diphthérie de la conjonctive est fréquente, l'inoculation de pus blennorrhagique présente encore cet autre danger de pouvoir produire une conjonctivite diphthéritique avec toutes ses conséquences.

Le grand danger de ce mode de traitement consiste dans la possibilité d'une action trop violente qui pourrait amener la perforation et la destruction de la cornée. Peut-être serait-il possible d'éviter ce danger d'une manière plus sûre, en pratiquant préalablement la syndectomie (*Lawson*).

2. Kératite superficielle circonscrite.

Diagnostic. — Cette affection est caractérisée par des opacités légères circonscrites, grisâtres ou jaunâtres, siégeant au centre ou à la périphérie de la cornée. Lorsque la maladie fait des progrès, l'épithélium participe à l'infiltration et finit par s'excorier; il s'établit ainsi une ulcération superficielle dont le fond est formé par l'opacité grisâtre.

D'autres fois, l'élimination de l'épithélium paraît précéder l'infiltration. Il apparaît alors une petite facette à la surface de la cornée, près de sa périphérie ou vers le centre, comme si l'épithélium avait été enlevé par un coup d'ongle. Au bout de quelques jours, nous voyons une légère opacité grisâtre au fond de l'excoriation, et l'aspect de la maladie est le même que dans le premier cas.

La conjonctive ne participe que faiblement à cette affection par une injection légère superficielle qui parfois fait entièrement défaut. Par contre, cette forme de kératite est souvent accompagnée dès son début de douleurs ciliaires plus ou moins intenses et d'une photophobie très prononcée, surtout lorsque l'excoriation de l'épithélium a dénudé le plexus nerveux de la cornée, sur lequel agissent alors l'air, les paupières ou la sécré-

tion du sac conjonctival. Aussi voyons-nous ces symptômes disparaître presque entièrement lorsque l'épithélium commence à se régénérer.

Les altérations que nous venons de décrire, surtout lorsqu'elles sont situées vers la périphérie, peuvent échapper à l'observation, rendue d'ailleurs difficile par le blépharospasme des petits malades, et l'on a été disposé, mais à tort, à croire à une photophobie idiopathique scrofuleuse, sans altération sensible de l'œil.

Marche et terminaison. — Lorsque l'affection siège vers la périphérie de la cornée et qu'il y a perte de l'épithélium, on voit au bout de quelque temps celui-ci se régénérer, en laissant une légère opacité superficielle qui disparaît bientôt. Les produits morbides sont résorbés et les cellules détruites remplacées par des cellules nouvelles. Le limbe conjonctival est alors souvent injecté.

Si l'affection se trouve plus éloignée du bord cornéen, on peut distinguer (à l'éclairage latéral) une trainée grisâtre qui s'étend du bord de la cornée jusqu'au foyer de la maladie, et qui bientôt se vascularise, préparant ainsi la résorption des produits inflammatoires.

Pronostic. — Dans la grande majorité des cas, la maladie est suivie de guérison, bien que de légères opacités persistent encore pendant longtemps. Ce n'est que rarement, ou à la suite d'un traitement irritant, que la maladie s'étend dans le tissu propre de la cornée, que les foyers se multiplient et se transforment en ulcérations ou abcès profonds.

On peut dire, en général, que l'affection guérit d'autant plus vite qu'elle est située plus près du bord; cependant, le pronostic doit tenir compte de la fréquence des récidives.

Étiologie. — La kératite superficielle circonscrite provient de lésions directes de la cornée; des égratignures, des brûlures, des corps étrangers sont souvent la cause de la maladie. D'autres fois, elle se présente à la suite de la conjonctivite blennorrhagique ou d'un catarrhe chronique, surtout chez les vieillards. Elle accompagne fréquemment la conjonctivite phlycténulaire et a été appelée alors kératite pustuleuse. Dans le trachome,

elle constitue quelquefois une période qui précède la formation du pannus.

On l'observe le plus souvent chez les enfants jusqu'à douze ou quatorze ans, et on l'a mise sur le compte d'une diathèse lymphatique ou scrofuleuse (kératite scrofuleuse).

Enfin, on voit apparaître cette affection dans le courant des maladies du sac lacrymal, par le contact du pus.

Traitement. — Si l'injection conjonctivale est très forte, ce qui est rare, on peut conseiller quelques compresses fraîches, mais dont il ne faudrait pas continuer l'emploi, parce que le froid paraît contraire à la régénération du tissu épithélial. Le traitement consiste surtout dans des fomentations chaudes avec une infusion de camomille ou avec :

Eau de laurier cerise 5 gr.
Eau distillée 200 gr.

une cuillerée à bouche de cette solution dans un grand bol d'eau étant maintenu à la température de 35° à 40° au moyen d'un réchaud. Ces fomentations doivent être faites pendant trois quarts d'heure, quatre à six fois par jour. En cas de foyers multiples avec tendance à s'étendre, on instille matin et soir une goutte d'un collyre d'ésérine ou de pilocarpine (10 centig. pour 10 gr.).

Lorsqu'il y a excoriation de l'épithélium avec photophobie, le meilleur moyen consiste dans l'application du bandeau compressif, parce que le frottement des paupières contre l'œil s'oppose à la régénération de l'épithélium, en enlevant les nouvelles couches au fur et à mesure qu'elles se forment.

Lorsque la régénération est lente et que l'injection conjonctivale fait défaut, on active la circulation par l'emploi des compresses chaudes. Après la reconstitution de la couche épithéliale et aussitôt que la vascularité a gagné la cornée, on peut faire usage des insufflations de calomel ou de la pommade d'oxyde jaune de mercure, ou enfin prescrire le collyre suivant :

Laudanum de Sydenham } aa 10 gr.
Eau distillée }

Pour instillations de quelques gouttes, répétées matin et soir.

Dans le traitement général, qui est d'une grande importance pour éviter les rechutes si fréquentes de cette affection, il faut s'abstenir des purgatifs violents, des vésicatoires et des émissions sanguines. Selon la constitution des malades, ce traitement doit être dirigé d'après les principes émis plus haut (page 81).

3. Kératite superficielle vésiculaire.

(Herpès de la cornée.)

Le symptôme caractéristique de cette affection, d'ailleurs assez rare, consiste dans la formation subite d'un certain nombre de vésicules (cinq à vingt) sur la cornée. Elles ont la grandeur d'une tête d'épingle, sont tout à fait transparentes, et leur contenu limpide se reproduit rapidement dès qu'on l'a évacué par une piqûre de la vésicule. La maladie s'accompagne en même temps d'anesthésie de la cornée et de douleurs ciliaires très vives, de larmolement et de photophobie. Ces derniers symptômes disparaissent avec les vésicules et reparaissent à chaque nouvelle poussée dont on voit parfois plusieurs se succéder à court intervalle. La tension normale de l'œil paraît considérablement diminuée (*Horner*). L'affection d'ailleurs guérit sans trace; elle a été observée souvent à la suite d'affection catarrhales, en même temps qu'un herpès des lèvres ou du nez (*Horner*).

L'ablation de ces vésicules me paraît inutile; on réussit aussi bien en appliquant sur la cornée une couche de poudre de calomel d'environ un millimètre d'épaisseur, qui détruit les vésicules par le frottement. Après avoir enlevé le calomel, on met un bandage compressif. On combat les douleurs ciliaires très violentes et qui ôtent aux malades le sommeil, par des injections sous-cutanées de morphine à la tempe.

B. — Kératites parenchymateuses.

La kératite parenchymateuse est tantôt circonscrite (interstitielle), avec ou sans vascularisation, tantôt diffuse.

1. Kératite interstitielle.

a. *Kératite interstitielle vasculaire.* — L'affection débute par un réseau épais de vaisseaux qui prennent naissance dans le tissu sous-conjonctival, passent sur la cornée et s'y terminent brusquement. Ce réseau vasculaire, formé par des vaisseaux très fins parallèles, donne à la partie de la cornée qu'il occupe un aspect tellement rouge, qu'à première vue on pourrait croire à une extravasation de sang sur les bords de la cornée.

Cependant on observe bientôt entre les vaisseaux la présence d'une exsudation grisâtre, et au bord de la vascularisation, une opacité jaunâtre profonde. Toute la partie atteinte de vascularisation proémine au-dessus de la membrane, tandis que l'infiltration jaune ne présente pas de gonflement. Ce dernier fait s'explique parce que le processus pathologique consiste dans une transformation du contenu des cellules de la cornée, sans segmentation des noyaux, sans prolifération de nouvelles cellules, enfin sans fonte purulente. Quelquefois on observe au-dessus de l'infiltration une altération de l'épithélium qui prend un aspect singulier produit par une hyperplasie de ses cellules.

Lorsque la maladie entre dans la période de guérison, nous voyons d'abord disparaître les vaisseaux fins; la partie soulevée de la cornée s'aplatit et l'infiltration prend une teinte grisâtre. En même temps, elle se circonscrit en forme d'opacité ronde vers laquelle s'étendent quelques vaisseaux superficiels (pannus régénérateur). L'éclaircissement de la cornée se produit de la périphérie vers le centre, qui parfois ne reprend pas sa transparence complète, ou ne la reprend qu'après un temps plus ou moins long.

Une forme particulière de la kératite interstitielle vasculaire est une variété profondément située de la *kératite en bandes*, consécutive à la conjonctivite phlycténulaire, et que nous avons déjà décrite. (Voy. p. 76.)

Les symptômes qui distinguent ces deux affections sont les suivants :

Dans la forme interstitielle, nous constatons une infiltration plus profonde, et un grand nombre de vaisseaux très serrés, qui n'atteignent pas toujours la partie infiltrée de la cornée.

Tandis que dans l'autre, la phlyctène est située à la surface de la cornée, et se trouve toujours au sommet de la petite bandelette vascularisée.

Les symptômes subjectifs qui accompagnent la kératite interstitielle sont très variables; quelquefois, à peine prononcés, ils atteignent dans la plupart des cas un degré de violence très considérable. Les malades se plaignent d'une grande chaleur dans l'œil, de douleurs ciliaires, de larmolement et de photophobie. La vision est naturellement très altérée.

Marche et terminaison. — La durée de la kératite interstitielle est toujours très longue; il se passe plus de deux mois avant que la maladie ait parcouru sa période progressive, puis elle peut rester stationnaire pendant plusieurs semaines; enfin la résorption de l'infiltration et la disparition des vaisseaux durent jusqu'à quatre ou cinq mois. Les complications sont rares, et ce n'est qu'à la suite d'irritation de l'œil, soit par la faute du malade, soit par un traitement irrationnel, que l'on voit survenir des abcès ou des ulcérations profondes avec toutes leurs conséquences.

La participation de la conjonctive de l'hyperhémie et de l'infiltration catarrhale, si elle n'est pas excessive, doit être considérée comme un symptôme favorable à la résorption. Rarement on observe la complication d'une iritis ou d'une cyclite. Cette dernière, qui résulte d'une propagation du processus inflammatoire sur le corps ciliaire, par l'intermédiaire des vaisseaux, s'annonce par une exacerbation des symptômes d'irritation, une photophobie intense, des douleurs violentes et persistantes, une diminution de la consistance du globe oculaire et de l'acuité visuelle.

Pronostic. — Malgré la longue durée de la maladie, le pronostic est en général favorable, parce qu'il n'y a pas de disposition à la suppuration. Ce qui l'aggrave au point de vue de la vision, c'est le siège de l'infiltration au centre de la cornée, parce qu'il reste alors une opacité plus ou moins gênante, qui d'ailleurs s'éclaircit encore progressivement, surtout chez les jeunes malades. La complication de cyclite, qui en somme est rare, rend le pronostic très grave.

Étiologie. — La kératite interstitielle survient fréquemment

chez les enfants, à la suite de conjonctivite phlycténulaire, ou idiopathiquement sous l'influence d'irritations extérieures, surtout chez les individus mal nourris et affaiblis.

Traitement. — Dans le traitement de la kératite interstitielle vasculaire, il faut nous contenter, du moins pendant sa première période, de garantir l'œil malade contre l'influence nuisible du grand jour, du vent, de la poussière, etc., et surveiller la marche de l'inflammation.

Les collyres astringents ou les caustiques doivent être entièrement rejetés, car ils ne pourraient faire que du mal. Nous combattons les douleurs par des fomentations chaudes avec une infusion de camomille ou de belladone d'après la formule suivante :

Extrait de belladone	3 gr.
Eau distillée.	200 gr.

une cuillerée à bouche de cette solution dans un grand bol d'eau chaude (35 à 40°).

Les instillations d'atropine ou d'ésérine sont sans effet, parce que le médicament n'est pas résorbé. L'usage de l'ésérine a en outre le grand inconvénient de provoquer aisément chez les enfants une conjonctivite folliculaire. La pilocarpine serait donc en tout cas préférable.

Lorsque la cornée commence à s'éclaircir, on peut employer les insufflations de calomel, et si elles sont bien supportées, les renouveler journellement ou les remplacer par la pommade d'oxyde jaune de mercure, dont on essaye d'abord une faible dose et qu'on peut augmenter progressivement.

La paracentèse de la chambre antérieure a été également conseillée contre cette forme de kératite (*Hasner*). Le traitement de la kératite en forme de bandelette a été exposé plus haut. (Voy. p. 80.)

Un traitement général fortifiant doit accompagner le traitement local et être approprié à la constitution du malade. (Toniques sous forme de fer, de quinine, préparations iodées, ablutions journalières d'eau salée, régime fortifiant, séjour à la campagne.)

b. Kératite interstitielle non vasculaire. — Il apparaît sur un

point quelconque de la cornée une opacité grisâtre, d'abord nuageuse, mais qui finit par se condenser dans un point, et qui forme alors une opacité blanchâtre saturée, entourée d'un nuage gris. Plusieurs de ces opacités peuvent se montrer en même temps sur la cornée dont elles ne dépassent pas sensiblement le niveau. Ces infiltrations circonscrites ne sont accompagnées d'aucun symptôme d'irritation et tourmentent seulement le malade par le trouble de la vision, qui est beaucoup plus considérable que l'état de la cornée ne le donnerait à croire, et qui va jusqu'à occasionner la cécité pendant la durée de la maladie, si les deux yeux sont atteints à la fois.

L'opacité peut disparaître sans laisser la moindre altération de la cornée; d'autres fois, elle persiste, augmente d'épaisseur, de sorte que l'épithélium qui la recouvre se soulève au-dessus du niveau de la cornée.

Puis il survient une nécrose partielle du tissu atteint, qui amène la formation d'un ulcère avec ses conséquences. Une terminaison plus heureuse résulte de l'apparition de quelques vaisseaux qui vont de l'anneau conjonctival vers l'exsudation et favorisent la résorption. Dans ce cas, on observe aussi une injection péri-kératique plus prononcée, et le malade accuse plus de sensibilité à la lumière et aux irritants extérieurs.

L'aspect de la cornée varie sensiblement selon l'étendue et l'intensité de l'affection. Tantôt l'infiltration ne se montre que sous la forme d'un léger nuage, tantôt avec des opacités blanchâtres, de la grandeur d'une tête d'épingle, tantôt enfin sous la forme d'une opacité très épaisse qui soulève la couche épithéliale et se propage dans l'intérieur des tissus.

Marche et terminaison. — L'affection est généralement de longue durée, mais se termine par la guérison, avec une opacité d'autant plus persistante que l'infiltration a été plus profonde et l'individu atteint plus âgé.

Pronostic. — Il est en somme favorable, sauf dans les cas d'ulcération profonde où il faut craindre la perforation. Le plus grand danger consiste dans un traitement irrationnel.

Étiologie. — Souvent nous ne trouvons pas de cause à l'affection; d'autres fois, elle survient à la suite de conjonctivites

phlycténulaire ou purulente, ou comme complication de la kératite superficielle vasculaire.

Traitement. — Le moyen principal contre cette maladie consiste dans l'application de compresses chaudes sur l'œil (*de Graefe*). La température doit être d'autant plus élevée et leur application plus prolongée, que l'affection se montre plus dépourvue de tout symptôme d'irritation. La seule précaution à prendre, c'est de modérer ou d'arrêter même l'emploi de ces compresses lorsque la conjonctive est prise d'hyperhémie ou de sécrétion, ou lorsqu'on voit la cornée s'infiltrer davantage et présenter les symptômes d'une réaction inflammatoire. Il faut alors remplacer les compresses temporairement par des lotions avec de l'eau carbolisée (1 gr. pour 200), répétées plusieurs fois par jour, jusqu'à ce que l'affection ait repris son caractère initial.

Ce sont là les principes généraux du traitement de cette affection, qui exige de la part du médecin une observation attentive de tous les symptômes et une appréciation méthodique des résultats produits par les moyens employés. En même temps, lorsqu'il y a menace de complication du côté de l'iris, on instille de l'atropine jusqu'à la dilatation de la pupille qu'il faut maintenir dilatée; on prescrit des frictions avec la pommade belladonnée sur le front, et comme traitement général, les préparations iodées, de légers purgatifs et des vésicatoires permanents derrière les oreilles, lorsque l'état nerveux du malade le permet.

2. Kératite parenchymateuse diffuse.

Diagnostic. — Une opacité très légère se répand sur toute l'étendue de la cornée, dont la transparence au début est si peu altérée qu'au premier aspect on croit plutôt à une décoloration de l'iris qu'à une maladie de la cornée. L'opacification devient peu à peu plus épaisse, la cornée perd son brillant, et sa surface épithéliale apparaît comme piquetée avec une pointe d'aiguille. Souvent, cette kératite n'atteint d'abord qu'une partie de la cornée et envahit insensiblement et quelquefois très lentement la membrane tout entière.

L'injection sous-conjonctivale est à peine accusée ou manque entièrement, et les seuls symptômes dont le malade se plaint, sont le trouble visuel, la crainte d'une forte lumière, et un peu de larmolement. Cependant, dans le courant de la maladie, il survient parfois des douleurs ciliaires qui prennent par moments une violence extrême, sous l'influence de toute cause irritante.

Dans un certain nombre de cas, l'opacité se condense à un ou plusieurs endroits de la cornée, et si elle est alors placée devant la pupille, la vue peut se réduire à la distinction du jour et de la nuit. Lorsque la cornée commence à s'éclaircir, on voit se développer des vaisseaux qui partent de l'anneau conjonctival, et quelquefois en si grand nombre et si serrés, qu'ils occasionnent un reflet rougeâtre de la cornée.

Marche et terminaison. — La kératite diffuse marche avec une lenteur désespérante. Elle peut atteindre, dans un intervalle de quelques semaines, les deux yeux, et sa durée varie de quelques mois jusqu'à deux ans. Elle se termine généralement par la guérison et le retour de la cornée à une transparence presque complète. Les complications de l'iris ou de la choroïde sont rares, et presque toujours le résultat d'un traitement irrationnel.

Pronostic. — Abstraction faite de la longue durée de la maladie, le pronostic est favorable, comme nous venons de le voir. Il ne faut pas oublier qu'une imprudence de la part du malade, par exemple s'il expose son œil à des causes d'irritation comme un air trop vif, une lumière intense, etc., ou un traitement irritant, peuvent provoquer des complications fâcheuses.

Étiologie. — La cause de la maladie réside pour la majorité des cas dans l'état général; elle atteint de préférence les enfants et les jeunes gens de constitution débile, apparaît parfois accompagnée d'autres manifestations diathésiques, et l'on a rattaché son existence à celle d'une diathèse de syphilis héréditaire (*Hutchinson*).

Traitement. — Il importe avant tout de s'abstenir de tout traitement irritant. Nous ne connaissons pas de moyens pour

enrayer définitivement la marche de la maladie. Les compresses chaudes et les cataplasmes employés pendant longtemps, réussissent encore le mieux pour amener plus tôt la vascularisation nécessaire à la guérison. En même temps, on maintient pendant toute la durée de l'affection la pupille dilatée par des instillations d'un collyre d'atropine (3 centigr. pour 10 gr.), répétées matin et soir, et on pratique des injections sous-cutanées de morphine, en cas de douleurs violentes.

Lorsque la cornée commence à s'éclaircir, les insufflations journalières de calomel ou l'emploi de la pommade à l'oxyde jaune de mercure, répété tous les trois ou quatre jours, activent le retour à la transparence. Lorsque celle-ci tarde trop longtemps à s'établir, on peut avoir recours à la péritomie (voy. p. 117).

A ce traitement local nous ajoutons un traitement général tonique, et l'usage des iodures ou du bichlorure de mercure en cas de diathèse syphilitique.

C. — Kératite profonde (kératite ponctuée).

C'est le nom par lequel on désigne l'affection parenchymateuse, lorsqu'elle siège dans les couches les plus profondes de la cornée. La maladie débute avec les symptômes inflammatoires, et des opacités isolées circonscrites dans le parenchyme de la cornée. En peu de temps elle se propage sur la membrane de Descemet et donne alors lieu à une forme particulière qui a reçu le nom de *kératite ponctuée*.

Cette affection est caractérisée par la présence à la face postérieure de la cornée, de petites taches dues tantôt à des altérations de l'épithélium de la membrane de Descemet, tantôt à des dépôts précipités de l'humeur aqueuse sur la surface postérieure de la cornée, et siégeant dans ce dernier cas surtout à sa partie inférieure. C'est à l'éclairage latéral que l'on distingue surtout les détails et le siège de ces légères opacités, qui font parfois saillie dans la chambre antérieure. La maladie s'accompagne presque toujours de troubles de l'humeur aqueuse et de changements dans l'aspect et les fonctions de l'iris, ce qui démontre que la *descemetitis* n'est survenue qu'à la suite d'une inflammation de l'iris (iritis séreuse).

L'affection de la membrane de Descemet n'étant que la conséquence d'une kératite parenchymateuse ou d'une iritis séreuse, sa marche dépend essentiellement de celle de ces maladies, dont elle partage aussi le pronostic et le traitement (voy. les chapitres qui traitent de ces maladies).

D. — Kératites suppuratives.

Selon que la destruction suppurative du tissu de la cornée reste renfermée entre les lamelles de la cornée, ou se fait jour à la surface, nous avons à distinguer les ulcères de la cornée et les abcès de cette membrane. Une seconde distinction très importante au point de vue clinique, car elle détermine de grandes différences thérapeutiques, est constituée par le fait que la kératite suppurative est tantôt accompagnée de phénomènes inflammatoires plus ou moins intenses (ulcères et abcès inflammatoires), tantôt ceux-ci font entièrement défaut (ulcères et abcès non inflammatoires, indolents ou torpides, *de Graefe*).

1. Abcès de la cornée

a. *L'abcès inflammatoire* s'accompagne, dès son début, de sensation de chaleur, de photophobie, de larmolement et de douleurs ciliaires violentes. On constate une injection péri-kératique sous-conjonctivale partielle ou totale, et entourant dans ce dernier cas la cornée d'une zone rose quelquefois légèrement infiltrée. Il se forme alors dans la cornée, à son centre ou à la périphérie, une petite infiltration circonscrite, qui s'étend peu à peu sans altérer le niveau de la cornée, lorsqu'elle est située profondément, tandis qu'elle soulève les couches antérieures de la membrane si elle est située superficiellement.

Quelquefois, il existe plusieurs de ces infiltrations qui se confondent rapidement en une seule. Sa couleur, de grise qu'elle était d'abord, devient jaunâtre, et l'abcès s'entoure d'un nuage grisâtre. Quand il occupe le centre de la cornée, sa forme est généralement ronde; lorsqu'il est situé près du bord, il en suit le contour et s'arrondit vers le centre. L'épithélium au-dessus de l'abcès ne devient irrégulier ou rugueux, que lorsque

L'abcès siège superficiellement et exerce une pression plus ou moins grande sur la couche épithéliale qu'il soulève au-dessus du niveau de la cornée.

L'abcès est formé par la destruction des éléments cellulaires de la cornée et de la substance intercellulaire, en même temps que les cellules environnantes sont gonflées et atteintes de segmentation de leur noyau (anneau grisâtre).

Le contenu de l'abcès se compose de globules de pus, de gouttelettes graisseuses et de débris du tissu cornéen plus ou moins altéré. Selon la quantité relative de ces éléments, le contenu est tantôt si épais, qu'il ne sort pas après la ponction de l'abcès, tantôt il est plus ou moins liquide.

Le pus renfermé dans l'abcès peut s'épancher entre les lamelles de la cornée et pénétrer dans les parties déclives de la membrane. Il s'y présente sous l'aspect d'un arc plus ou moins long, dont la concavité est tournée en haut et forme alors l'*onyx* ou l'*onguis* (voy. fig. 28,6).

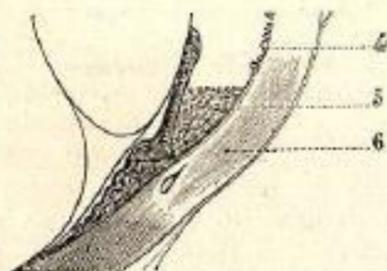


FIG. 28. — Onyx et hypopyon.

Le bord inférieur de cet épanchement reste toujours à une certaine distance de la sclérotique, et le pus ne se déplace pas quand on fait mouvoir la tête du malade (caractère qui le distingue de l'hypopyon). A l'éclairage latéral, on se rend facilement compte que l'épanchement est renfermé dans les lamelles de la cornée, et quelquefois on distingue de petites traînées grisâtres ou laiteuses qui descendent de l'abcès vers l'onyx.

Marche et terminaison. — L'abcès peut se développer très rapidement, en quelques jours et même en quelques heures.

D'autres fois, il a un développement beaucoup plus lent, lorsqu'il est peu étendu et siège superficiellement.

Nous voyons quelquefois, au bout de peu de temps, l'épithélium s'excorier, la paroi antérieure de l'abcès se rompre, et nous nous trouvons alors en face d'un ulcère dont le fond, d'abord jaunâtre, devient grisâtre, se recouvre d'épithélium et guérit rapidement, en laissant une légère opacité. Généralement, l'injection sous-conjonctivale augmente pendant la période de régénération, et l'on voit même quelques vaisseaux dépasser le bord de la cornée et se rapprocher du foyer de la maladie.

Il peut arriver aussi que le contenu de l'abcès se résorbe graduellement, sans que l'épithélium soit détruit. Sa teinte jaune se change en gris, et nous reconnaissons sa place encore au bout de quelque temps par l'opacité plus ou moins persistante qui y siège.

Dans les cas plus graves, l'abcès s'étend, envahit les différentes couches de la cornée et finit par se rapprocher de l'une des deux surfaces de la cornée ou même de toutes les deux.

S'il parvient à rompre sa paroi antérieure, il en résulte la formation d'un ulcère avec toutes ses conséquences. Si c'est la membrane de Descemet qui cède, nous verrons le pus s'épancher dans la chambre antérieure, gagner la partie la plus déclive de cet espace, et former un *hypopyon* (voy. fig. 28,5).

L'ouverture de la membrane de Descemet par laquelle le pus s'est échappé, est quelquefois si petite, que nous ne pouvons la distinguer même à l'éclairage latéral. D'autres fois, on voit parfaitement le trajet par lequel l'abcès communique avec la chambre antérieure, sous forme d'une ligne ou d'une traînée blanchâtre ou grisâtre. L'abcès peut ainsi se vider et se remplir à plusieurs reprises, jusqu'à ce que le travail de régénération commence; l'ouverture de la membrane de Descemet se ferme alors, le pus dans la chambre antérieure est résorbé, et le processus morbide se termine en laissant une opacité à la place de l'abcès.

Il peut encore arriver que des abcès multiples forment par leur réunion un anneau plus ou moins complet vers la périphérie de la cornée, et menacent les parties centrales de la membrane du danger de mortification, en les isolant de l'endroit d'où ils tirent leur nutrition. De même, l'extension d'un ab-

cès central en largeur et en profondeur peut amener la destruction partielle ou totale de la cornée, et consécutivement la perte de l'œil ou au moins la production d'une opacité étendue indélébile.

Nous devons encore mentionner la complication de l'abcès avec l'iritis qui, de son côté, peut produire un épanchement de pus dans la chambre antérieure, sans que l'abcès s'y soit ouvert. Enfin, lorsque la kératite suppurative débute avec une grande intensité, comme par exemple après un traumatisme violent de la cornée, l'inflammation peut se propager jusqu'à la choroïde et entraîner la suppuration générale de l'organe.

b. Abscess non inflammatoire (indolent). — Sans aucun symptôme inflammatoire, sans photophobie ni douleur, on voit apparaître généralement vers le centre de la cornée un point jaunâtre qui s'étend rapidement en profondeur et en largeur, ayant toujours ses bords nettement séparés des parties saines et n'étant entouré d'aucun anneau grisâtre. Le siège de cet abcès est tantôt profond, tantôt superficiel, et dans ce dernier cas, il proémine au-dessus du niveau de la membrane.

Marche et terminaison. — Lorsque la maladie tend vers la guérison, son aspect change et prend les caractères d'un abcès inflammatoire. L'abcès s'entoure d'un anneau grisâtre, l'injection périkeratique s'établit, l'œil devient très sensible et le malade accuse de la photophobie, des douleurs ciliaires et une sensation de violente chaleur. L'abcès ne s'étend plus et de jaune devient grisâtre; la guérison a lieu ou par résorption, ou, lorsque l'abcès s'est ouvert à l'extérieur et s'est changé en ulcère, celui-ci se recouvre d'une couche épithéliale, se vascularise et guérit en laissant plus ou moins d'opacité.

Malheureusement, dans le plus grand nombre des cas, cette maladie prend une tournure bien plus fâcheuse: l'abcès indolent s'étend en profondeur jusqu'à la membrane de Descemet qui participe à la maladie et propage l'inflammation à l'iris, de là *iritis* et *hypopyon*, ou l'épanchement du pus dans la chambre antérieure se produit par la perforation de la membrane de Descemet. Enfin, si c'est la couche épithéliale et la paroi antérieure de l'abcès qui sont détruites par la suppuration, il en résulte un ulcère étendu qui peut amener la perforation de la cornée, et la

kératite peut se terminer par un staphylôme considérable ou par un leucoma très étendu.

Dans les cas les plus malheureux, l'inflammation gagne les parties profondes de l'œil et détermine l'atrophie de l'organe.

Pronostic. — Dans la kératite suppurative, le retour complet à l'état antérieur ne s'observe que chez les jeunes individus; chez les autres, ce que l'on peut espérer de mieux, c'est la conservation de la forme de la cornée et la formation d'une opacité cicatricielle. D'ailleurs, le pronostic dépend du siège, de l'étendue et des caractères propres de l'abcès.

En général, nous considérons les abcès indolents comme plus dangereux, à cause de leur marche insidieuse et rapide qui envahit facilement une grande partie de la cornée. Une fois vascularisés, ils ne se distinguent plus des autres au point de vue du pronostic. Plus ils s'étendent, plus nous avons à craindre une terminaison funeste, soit par la perforation avec ses conséquences (prolapsus de l'iris, staphylôme, phtisie de la cornée, panophtalmite et phtisie du globe de l'œil), soit par les complications du côté de l'iris.

Dans les cas de guérison même, l'étendue de l'abcès décide dans une certaine mesure de l'opacité et du trouble de la vision qui en résulte. Toutes choses égales d'ailleurs, un abcès central nous inspirera toujours plus d'appréhensions qu'un abcès périphérique. D'abord, à cause de l'emplacement devant la pupille d'une opacité qui pourra persister après la guérison, et puis parce que la régénération même se fait d'autant plus difficilement que l'abcès est plus éloigné de la périphérie par laquelle se fait la nutrition de la cornée. Une exception à ce pronostic n'est constituée que par les abcès périphériques multiples, qui sont très graves parce qu'ils séparent le centre de la cornée de sa source de nutrition et l'exposent à la mortification de son tissu.

Quant au pronostic des abcès devenus ulcères, et des opacités de la cornée, il sera l'objet d'un chapitre à part.

Étiologie. — Les abcès sont liés tantôt aux affections graves de la conjonctive (ophtalmies purulente, granulaire, diphthéritique) ou à la blennorrhée du sac lacrymal; tantôt ils proviennent d'irritations ou de lésions directes de la cornée par vio-

lences extérieures. On les observe aussi après la variole, à l'époque de la dessiccation ou après la cicatrisation des pustules. On a vu enfin survenir des abcès de la cornée après des refroidissements, ou à la suite des maladies générales très débilitantes, telles que la fièvre typhoïde, la scarlatine, la fièvre puerpérale, le diabète, etc.

De Graefe a signalé la suppuration de la cornée chez des enfants à l'âge de deux à quatre mois, qui meurent généralement très vite, sans symptômes cérébraux et chez lesquels on constate cependant à l'autopsie l'existence d'une encéphalite.

Enfin, nous avons à noter la kératite suppurative qui accompagne les lésions de la cinquième paire intra-crânienne et qui a reçu le nom de kératite *neuro-paralytique*. Il se produit alors une insensibilité complète de la cornée qui s'altère sous l'influence des causes irritantes extérieures contre lesquelles l'œil ne se garantit plus par l'occlusion des paupières. D'ailleurs, ce fait s'observe déjà dans une mesure plus restreinte, lorsque les ramifications de la cinquième paire dans l'orbite et dans le globe de l'œil, sont exposées à une forte pression ou à un tiraillement, comme par exemple dans le glaucome, l'exophtalmos, etc.

Traitement. — La base du traitement des abcès de la cornée réside dans l'application du bandeau compressif, les instillations d'ésérine ou de pilocarpine (*Weber*) et dans les paracentèses. Les myotiques et le bandeau compressif doivent être employés dès le commencement de l'affection et continués pendant toute sa durée. Si les douleurs sont vives, il faut avoir recours aux injections de morphine à la tempe.

Lorsque la maladie débute sous la forme indolente, il faut employer des compresses chaudes jusqu'à la vascularisation et jusqu'à la formation d'un anneau grisâtre autour du foyer purulent. L'abcès une fois formé, quelle que soit sa nature, et le pus rassemblé dans la cornée, il faut le traiter d'après les principes généraux, c'est-à-dire l'ouvrir par une paracentèse, soit à l'aide de l'aiguille (voy. p. 64), soit à l'aide d'un petit couteau lancéolaire, si le foyer purulent est de grande étendue. On conclut à la présence du pus par la durée de l'inflammation, et en tenant compte de son développement plus ou moins rapide, par la couleur plus foncée de l'injection péricornéenne,

par l'apparence plus distincte de la teinte jaune du pus, et surtout par l'attouchement du foyer au moyen d'une sonde ou de la convexité d'une curette de Daviel. (*Artt.*)

Lorsque l'abcès est situé superficiellement, il suffit de l'ouvrir, en conduisant à sa partie inférieure un couteau à cataracte à travers la paroi antérieure. Si la matière qu'il contient ne s'échappe pas spontanément, on peut l'enlever avec précaution à l'aide d'une curette.

Lorsque l'abcès est profond, il vaut mieux enfoncer l'aiguille à paracentèse vers sa base, et la faire pénétrer obliquement à travers l'abcès dans la chambre antérieure, en ayant soin, par une inclinaison convenable de l'instrument, d'éviter toute lésion, soit de l'iris, soit du cristallin. Il faut se garder aussi d'une évacuation trop rapide de l'humeur aqueuse, et il vaut mieux entr'ouvrir peu à peu la plaie avec la curette de Daviel; à l'aide de pinces fines, on peut retirer le pus aggloméré qui s'interpose entre les lèvres de la plaie. Cette paracentèse réalise l'avantage de voir l'humeur aqueuse, en s'échappant, entraîner les matières renfermées dans l'abcès et en nettoyer la cavité, en même temps que l'opération provoque une diminution de la pression qui, de la chambre antérieure, agit sur la cornée dont la résistance est amoindrie par le processus morbide.

Cette diminution de la tension exerce toujours une action très favorable sur le travail de réparation, qui est en somme le but de tout traitement pour cette maladie. Il devient parfois nécessaire de répéter quelquefois cette paracentèse, qui doit toujours être suivie de l'application du bandeau compressif.

Quant au traitement général, si au début d'une kératite purulente inflammatoire il peut être indiqué de prescrire quelques purgatifs, il est en général beaucoup plus nécessaire de maintenir les forces du malade par un régime fortifiant, par des toniques comme la quinine et le fer, et par de légers stimulants.

Le traitement de l'hypopyon, des ulcères et des opacités de la cornée qui peuvent se former à la suite d'un abcès, sera exposé plus loin.

2. Ulcères de la cornée

a. Ulcère inflammatoire. — La maladie débute par des douleurs ciliaires très vives, du larmolement, de la photophobie

et une injection périkeratique intense. En même temps que ces symptômes, l'ulcère se développe, au centre ou vers la périphérie de la cornée, soit par une perte de substance à fond grisâtre, soit par une exsudation qui se montre d'abord au-dessous de la couche épithéliale et détruit ensuite cette dernière.

Au commencement, la teinte grisâtre de l'ulcération se manifeste surtout vers le bord, qui est légèrement gonflé et entouré d'une partie infiltrée du tissu de la cornée sous forme d'un anneau grisâtre, tandis qu'au fond de l'ulcère la transparence n'est presque pas altérée. A mesure qu'il se développe, l'ulcère prend une teinte jaunâtre et se propage en étendue et en profondeur, en détruisant les tissus de proche en proche. Lorsque la période de régénération commence, l'ulcère reprend sa teinte grisâtre, l'anneau opaque qui l'entoure paraît se prononcer davantage et la couche épithéliale commence à se reformer de la périphérie vers le centre. Le fond de l'ulcère se couvre de matière grisâtre qui s'organise, et le nouveau tissu peut gagner progressivement une transparence presque normale, ou conserver une opacité plus ou moins prononcée. Des vaisseaux venant de la périphérie de la cornée se rapprochent de l'ulcère et activent le travail de réparation. Cette période est parfois très lente et peut durer plusieurs mois. Une fois l'épithélium en voie de régénération, les symptômes d'irritation, surtout les douleurs et la photophobie, disparaissent assez vite.

Une autre forme d'ulcère inflammatoire est caractérisée par la transparence presque complète que la cornée conserve à l'endroit malade; on appelle *ulcère à facettes* cette forme qui, d'ailleurs, peut se présenter aussi sans le cortège inflammatoire. L'ulcère a une marche insidieuse, se répand en largeur et en profondeur, et ce n'est que lorsqu'il atteint les couches plus profondes de la cornée, qu'il devient peu à peu opaque en prenant une coloration jaunâtre. Le fond de cet ulcère reparait de nouveau transparent, lorsqu'il arrive près de la membrane de Descemet, et que la perforation est imminente.

Enfin, nous avons à noter une forme d'ulcération particulière près de la périphérie de la cornée, en forme de croissant, qui s'y propage le long du bord, de sorte qu'elle y forme une rainure entourant plus ou moins complètement les parties centrales de la membrane (*ulcère à cordon*). Celles-ci, menacées dans leur nutrition, peuvent s'altérer et subir une morti-

fication qui amène la destruction presque complète de la cornée.

b. Ulcère non inflammatoire (indolent, torpide). — Presque sans aucun symptôme d'irritation ou d'inflammation, il se développe un ulcère de couleur blanchâtre, dont le bord présente pendant toute sa période de développement une séparation nette des parties saines, et qui n'est pas entouré de ce cercle grisâtre qui accompagne l'ulcère inflammatoire. Il montre une tendance très prononcée à s'étendre rapidement d'abord en surface, puis à l'intérieur de la cornée. Lorsqu'il a atteint une certaine profondeur, on voit se former un hypopyon; celui-ci peut provenir soit de l'ulcère lui-même, le pus s'étant frayé un passage à travers les lamelles de la cornée, ou il résulte d'une altération des cellules épithéliales qui tapissent la membrane de Descemet vers la chambre antérieure, ou enfin il est produit par un iritis qui complique très souvent la maladie. En effet, on voit alors en même temps la pupille se contracter, l'iris perdre sa mobilité, se décolorer et se vasculariser. L'ulcère dont nous venons de donner la description a été désigné sous le nom d'*ulcère à hypopyon* (Roser) ou d'*ulcère rampant* (Saemisch).

Marche et terminaison. — Quelle que soit la forme de l'ulcère, lorsqu'il tend à la guérison, nous lui voyons prendre une



FIG. 20. — Hernie de la cornée ou kérotoçèle.

teinte grisâtre; la perte de substance est alors comblée par des cellules de nouvelle formation, qui restent opaques lorsqu'elles se développent rapidement, tandis qu'elles peuvent acquérir une transparence parfaite si elles se développent avec lenteur. La vascularisation de l'ulcère, tout en étant propice à la réparation, favorise aussi la formation de l'opacité lorsque les

vaisseaux sont en très grand nombre, en provoquant le développement rapide des cellules.

Cette restitution du tissu détruit se fait au-dessous de la couche épithéliale, qui se régénère rapidement de la périphérie de l'ulcère vers son centre.

Lorsque l'ulcération se propage sur les couches profondes de la cornée et passe dans le voisinage de la membrane de Descemet, la pression intra-oculaire peut pousser le fond de l'ulcère en avant et produit ainsi un état désigné sous le nom de *kératocèle* (fig. 29, a).

La membrane de Descemet étant très élastique, elle peut faire hernie au dehors et s'élever au-dessus du niveau de la cornée, sous forme d'une vésicule transparente, qui renferme l'humeur aqueuse. Quelquefois cet état persiste assez longtemps; la membrane de Descemet et le tissu cornéen, encore conservé, peuvent s'épaissir et former la base du tissu cicatriciel qui ferme la perte de substance subie par la cornée. La forme de cette cicatrice est souvent staphylômateuse; cependant elle peut s'aplatir progressivement.

Généralement, la kératocèle est suivie de rupture, qui peut se renouveler à différentes reprises, et la fistule de la cornée qui en résulte peut persister longtemps.

Des ulcères étendus et profonds, lorsqu'ils donnent lieu à la formation d'une kératocèle sous la pression de l'humeur aqueuse, peuvent entraîner la totalité de la cornée et il peut se former ainsi une ectasie de la membrane tout entière. Dans d'autres cas, le tissu cicatriciel par sa propriété rétractile attire le tissu environnant, et la cornée tout entière s'aplatit.

Les terminaisons les plus funestes ont lieu par suite de perforation de la cornée, surtout lorsqu'elle a lieu sur une large étendue. Cette perforation, lorsque l'ulcère est très profond, peut avoir lieu sous l'action simple de la pression intra-oculaire; autrement elle se produit sous l'influence de fortes contractions musculaires, en toussant, éternuant, vomissant, en soulevant des fardeaux, etc.

Selon le siège et l'étendue de la perforation, nous distinguons différentes terminaisons :

1° Si la perforation est linéaire et le fond de l'ulcère pas trop aminci, les bords de la plaie se touchent et peuvent se réunir immédiatement. L'humeur aqueuse se reproduit et repousse

l'iris et le cristallin dans leur position normale. La perforation peut avoir lieu plusieurs fois, et à la fin la cornée guérit, comme s'il n'y avait pas eu de perforation.

2° Lorsqu'une petite perforation est située juste en face de la pupille, le cristallin après la sortie de l'humeur aqueuse, s'applique étroitement contre la cornée, et pour peu que ce contact se prolonge, il se forme sur la cristalloïde un dépôt de lymphé plastique. Au bout de quelque temps l'ouverture cornéenne se cicatrise, et à mesure que l'humeur aqueuse se reproduit, le cristallin est repoussé en arrière, et détaché de l'endroit de la perforation. Un filament d'exsudat plastique, allant de la capsule à la face postérieure de la cornée, peut persister pendant longtemps; mais, dans la plupart des cas, il reste seulement une opacité centrale sur la capsule du cristallin (cataracte capsulaire) et une légère opacité de la cornée à l'endroit de la perforation.

L'opacité de la cornée peut disparaître progressivement à un tel point que, même à l'éclairage latéral, on la distingue à peine.

3° Lorsqu'une petite perforation a lieu à une certaine distance du centre de la cornée, aussitôt l'humeur aqueuse échappée, une partie de l'iris, soit de sa largeur, soit de son bord libre, se met en contact avec la cornée (fig. 30). Dans ces conditions qui, par

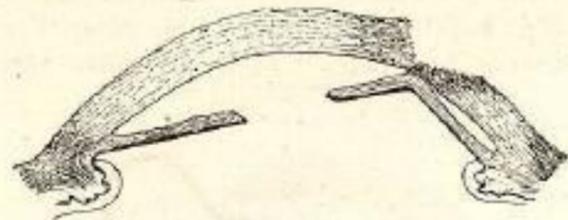


FIG. 30. — Ulcère perforant de la cornée. Adhérence de l'iris (synchiae antérieure) dans sa largeur.

suite de la diminution de la pression intra-oculaire, sont assez favorables à la cicatrisation de l'ulcère, l'ouverture ulcérée de la cornée guérit, l'humeur aqueuse se reproduit, et, l'action musculaire aidant, l'iris retourne à sa position primitive. Si l'adhérence entre l'iris et la cicatrice est déjà trop solide pour être ainsi rompue, elle persistera (synchiae antérieure).

4° Lorsque la perforation a été plus grande et que l'iris a fait prolapsus entre les bords de l'ulcère, et ne peut plus en être dégagé, ce prolapsus se couvre de lymphes plastique qui l'unit aux bords de la perforation et forme la base du tissu cicatriciel. Celui-ci remplit la perte de substance, et l'on y reconnaît encore pendant longtemps la présence du tissu irien par une coloration plus foncée. La chambre antérieure prend dans ces cas une forme irrégulière, étant plus profonde du côté où l'iris est resté à sa place, que de l'autre où il a été entraîné vers la cornée.



FIG. 31. — Ulcère perforant de la cornée. Adhérence de l'iris (synéchie antérieure) par son bord pupillaire.

Lorsque l'adhérence s'est faite vers la périphérie, et a laissé intact le sphincter de l'iris, la pupille pourra être normale au point de vue de sa position et de sa mobilité (fig. 30). Par contre la pupille sera déplacée vers la perforation, lorsque l'adhérence de l'iris a eu lieu près du bord libre, et surtout si une partie de ce bord a été prise dans la cicatrice (fig. 31) (*leucoma adhérent*). Si la pupille tout entière a été prise, l'iris est fortement tendu vers la cicatrice et la chambre antérieure peu profonde.

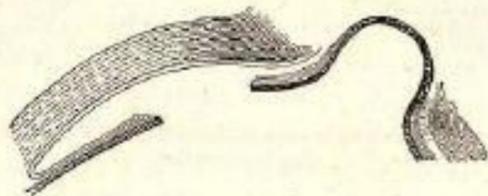


FIG. 32. — Prolapsus d'iris après large perforation.

5° Si la perforation a eu lieu sur une large étendue et s'est effectuée brusquement, le prolapsus de l'iris peut être très considérable, et, sous l'action de l'humeur aqueuse, proéminer à la surface de la cornée comme une vésicule de la grandeur d'une

noisette (fig. 32). Si le prolapsus ne s'aplatit pas à la suite de rupture, il donnera lieu à un staphylôme partiel de la cornée et de l'iris (fig. 33). D'autres fois, la capsule du cristallin peut se

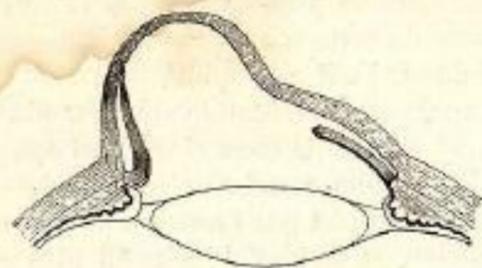


FIG. 33. — Staphylôme partiel de la cornée et de l'iris.

rompre et il se formera une cataracte, ou le cristallin est chassé hors de l'œil, la zonule de Zinn se rompt, et il s'écoule une partie variable d'humeur vitrée. A la suite de cet accident, il peut survenir des hémorrhagies intra-oculaires, un décollement de la rétine, ou même une inflammation générale avec phtisie du globe oculaire.

6° Après la destruction d'une grande partie ou de la totalité de la cornée, l'iris se trouve immédiatement derrière l'ouverture ainsi produite. La pupille est rétrécie et se ferme bientôt

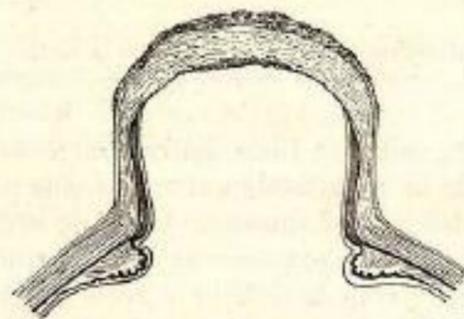


FIG. 34. — Staphylôme total de la cornée et de l'iris.

par un épanchement de lymphes plastique, l'iris tout entier se couvre également d'un tissu opaque, s'unit aux bords de la perforation, et la cicatrice d'abord proéminente s'aplatit plus

tard par la rétraction du tissu. A la suite de nouvelles poussées inflammatoires dans l'intérieur de l'œil, la cicatrice, si elle n'est pas encore bien solide, ne pouvant résister à la pression de l'humeur aqueuse, est poussée en avant et forme une saillie staphylomateuse. Celle-ci peut se rompre, s'aplatir, et après plusieurs attaques de cette nature, se solidifier complètement tandis que le globe de l'œil s'atrophie.

D'autres fois, après une perforation aussi étendue de la cornée l'iris s'épaissit, se couvre de tissu cicatriciel opaque, et la pupille étant fermée par une exsudation solide, la membrane tout entière est poussée en avant par l'humeur aqueuse qui s'amasse derrière la cicatrice, la distend de plus en plus et forme une ectasie cicatricielle qui a reçu le nom de staphylôme total (fig. 34). Le cristallin, dans ce cas, peut avoir été expulsé au moment de la perforation, mais le plus souvent il est retenu dans l'œil.

La distension de ce staphylôme se fait quelquefois d'une ma-

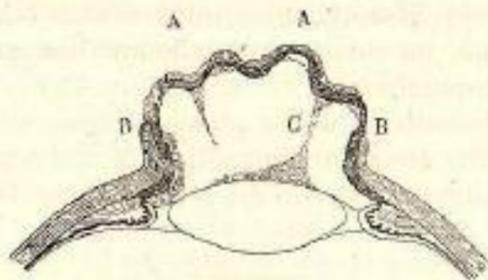


Fig. 35 — Staphylôme en grappe : A, A, bosselures de la surface, B, B, limite de la cornée; C, filament cellulaire.

nière irrégulière, soit que l'iris ait contracté des adhérences avec la surface de la cristalloïde qui le retienne par places, soit que le tissu cicatriciel qui recouvre l'iris ne cède pas partout avec la même facilité à la pression de l'humeur aqueuse. En ce cas, le staphylôme paraît bosselé et a reçu le nom de staphylôme en grappe (*staphyloma racemosum*) (fig. 35).

En résumé, la kératite suppurative peut se terminer : 1° par une guérison sans opacité de la cornée; 2° avec opacité susceptible ou non de s'éclaircir (taie et leucoma); 3° il peut en résulter une kératocèle avec altération de courbure de la membrane; 4° une perforation avec toutes ses conséquences.

Pronostic. — Si les ulcères sont petits, superficiels, grisâtres, les symptômes inflammatoires assez prononcés, et si l'individu atteint est jeune, le pronostic est assez favorable. Les ulcères atoniques donnent un pronostic bien plus mauvais, à cause de leur tendance à s'agrandir, et à cause de l'impossibilité dans laquelle nous nous trouvons souvent, de prévenir une destruction étendue. Les troubles visuels que nous avons à prévoir dépendent de l'étendue et du siège de l'opacité qui restera après la guérison. Les leucomes adhérents participent en outre à tous les dangers qu'occasionnent les synéchies, soit directement par le tiraillement de l'iris, soit indirectement par le déplacement du cristallin. (Voyez plus loin *iritis* et *glaucome*.)

Enfin, lorsqu'il y a cicatrice staphylomateuse, le pronostic est toujours fâcheux, à cause des altérations de la courbure même des parties saines de la cornée, et à cause des complications qui peuvent encore, après des années, amener la perte de la vision.

Les perforations très étendues peuvent conduire à la cécité par l'atrophie du globe ou par la formation d'un staphylôme total.

Étiologie. — Elle est la même que celle des abcès de la cornée. L'ulcère rongeur se développe souvent sur des personnes affectées d'une maladie du sac lacrymal et à la suite de lésions superficielles de la cornée, par exemple pendant les travaux de la moisson.

Traitement. — L'objet du traitement local est de diminuer les symptômes inflammatoires, d'arrêter les progrès de l'ulcération et d'activer le travail réparateur. On remplit ces indications en prescrivant le repos, les *instillations de pilocarpine ou d'ésérine répétées journellement du commencement jusqu'à la fin de la maladie*, l'emploi du bandeau compressif et les paracentèses. En cas de douleurs très vives on peut avoir recours à une pommade morphinée (30 centigr. pour 6 gr. de Vaseline blanche) en frictions sur le front et la tempe, ou à des injections sous-cutanées de morphine. Il faut s'abstenir rigoureusement de tout collyre astringent ou caustique; par contre, il est très utile de nettoyer l'œil au moyen d'eau carbolisée chaude, pour empêcher la sécrétion conjonctivale et son contact avec la surface de l'ulcère.

L'ulcère rongeur ou infectant doit être nettoyé directement à l'aide d'un pinceau trempé dans une solution d'acide salicylique (50 centigr. pour 100) et ce nettoyage doit être répété plusieurs fois par jour (*Horner.*)

En cas d'ulcère atonique, le moyen principal consiste dans l'emploi des compresses chaudes avec de l'eau carbolisée (5 pour 1000). En même temps on instille les myotiques, et dans l'intervalle des applications des compresses, on emploie le bandeau compressif pour éviter le coup des paupières qui empêche la régénération de l'épithélium, et pour servir d'appui à la cornée amincie contre la pression intra-oculaire. Cette pression est une des causes principales qui s'opposent à la nutrition normale et au travail réparateur du tissu cornéen. Elle nécessite souvent l'intervention chirurgicale par des paracentèses répétées de la chambre antérieure.

Lorsque la perforation de l'ulcère menace, il est urgent de la prévenir par une paracentèse pratiquée à la partie la plus mince de l'ulcération, et d'empêcher ainsi la déchirure irrégulière et les conséquences funestes qui résultent d'une perforation spontanée de la cornée. En cas d'hypopyon, surtout lorsque celui-ci est considérable, on s'efforce d'évacuer les masses purulentes, en pratiquant avec un petit couteau lancéolaire une incision au bord inférieur de la cornée, tout près de la sclérotique. Le pus se reproduit souvent et nécessite, soit la réouverture de la plaie (à l'aide d'un stylet boutoné), soit une nouvelle paracentèse.

Dans ce cas, on a conseillé aussi de pratiquer une iridectomie, qui d'ailleurs devient souvent nécessaire plus tard, pour établir une pupille artificielle, à cause des opacités centrales de la cornée consécutives à la maladie. (*Voyez iridectomie.*)

M. *Saemisch* a conseillé dans les cas d'ulcères atoniques avec grande tendance destructive, de pratiquer une incision transversale avec le couteau linéaire de Graefe, à travers toute l'épaisseur de la cornée, d'un bord de l'ulcère à l'autre, et de rouvrir la plaie à plusieurs reprises, même pendant quelques semaines. Cette opération dont nous avons pu constater souvent l'effet salutaire a, cependant, le grand inconvénient de produire une cicatrice blanchâtre d'autant plus funeste pour la vision que l'ulcère rongeur siège au-devant de la pupille. D'autres fois même l'iris s'engage dans la plaie et reste enclavé dans la cicatrice. On ne devra donc pas pratiquer l'opération de

Saemisch avant d'avoir tenté le traitement antiseptique indiqué plus haut.

En face d'un ulcère stationnaire dont la guérison commencée s'arrête complètement, il devient nécessaire d'avoir recours à une stimulation directe, en enlevant avec une curette les matières qui en recouvrent le fond, et en touchant celui-ci légèrement avec un crayon mitigé très pointu ou avec un stylet rendu incandescent (*Gayet, Martinach*). Cette petite opération exige de la part du médecin beaucoup de prudence et de savoir-faire. Dans les cas d'ulcères stationnaires vascularisés, l'on a employé avec avantage la section des vaisseaux près de la cornée, ou même une syndectomie partielle. Enfin, on a vanté pour ces cas et pour ceux où les ulcères récidivent fréquemment, les bons effets d'un petit séton formé d'un double fil de soie appliqué à l'aide d'une aiguille ordinaire à la région temporale sous les cheveux. (*Critchett.*)

Pendant toute la durée de la maladie, il faut continuer le bandeau compressif et les myotiques. Lorsqu'à la suite d'une petite perforation il se produit une adhérence de l'iris à la cornée, on emploie avec avantage les mydriatiques et myotiques alternativement, pour forcer l'action des muscles de l'iris, tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre. On essaiera encore, par les mêmes moyens, de réduire les prolapsus récents de l'iris; mais lorsque le prolapsus est déjà distendu, il faut employer les ponctions répétées de la partie herniée, et si cela ne suffit pas, la diviser avec le couteau linéaire de Graefe et l'exciser soigneusement avec des ciseaux courbes. La cautérisation du prolapsus irien avec le nitrate d'argent, dans le but de le faire disparaître, doit être rejetée, parce qu'elle est dangereuse et ne remplit pas son but. Elle ne peut servir que lorsque le prolapsus commence déjà à se vasculariser et à s'épaissir, pour activer ce processus et la formation de la cicatrice.

Lorsque le cristallin a suivi le prolapsus de l'iris, on ne peut penser à le conserver, et dans l'intérêt même de la cicatrisation, il vaut mieux, lorsqu'on le voit dans l'ouverture, le faire sortir de l'œil, en ouvrant sa capsule.

En cas d'adhérences solides entre l'iris et la cicatrice staphylomateuse de la cornée, il faut pratiquer une iridectomie, soit parce que la pupille centrale ne peut plus servir à la vision, soit et surtout parce que, dans ces cas, l'augmentation progressive

de la pression intra-oculaire menace l'œil d'une cécité ultérieure (*de Graefe*).

Les fistules persistantes de la cornée, qui ne se ferment périodiquement que pour s'ouvrir de nouveau, sont d'une guérison très difficile. Il faut essayer d'abord l'usage de la pilocarpine et un bandeau compressif, puis quelques incisions à l'aide de ciseaux très fins dont on introduit la branche mousse à travers l'ouverture fistuleuse entre la cornée et l'iris; enfin la cautérisation de la fistule, par l'introduction dans l'ouverture fistuleuse d'une aiguille trempée dans le nitrate d'argent. Ce moyen est assez dangereux, parce qu'on peut blesser la capsule, et qu'il doit produire en outre une opacité petite, mais persistante.

Le traitement des staphylômes sera exposé dans le chapitre des anomalies de courbure de la cornée.

Avant de terminer ce chapitre, nous insistons encore une fois sur le rôle important de la pilocarpine et du bandeau compressif pendant toute la durée de l'ulcération, pendant la période de régénération, et enfin, pour prévenir la perforation ou en arrêter les suites si elle a eu lieu.

Le traitement général est le même que celui que nous avons indiqué à propos des abcès de la cornée.

ARTICLE II

OPACITÉS, TAIES DE LA CORNÉE

Les opacités de la cornée doivent leur existence aux altérations persistantes de tissu qui surviennent après les inflammations de cette membrane, ou après les pertes de substance ou les troubles nutritifs.

Ces altérations peuvent siéger dans la couche épithéliale, et elles consistent alors dans une augmentation du nombre et du volume des cellules de cette couche, entremêlées de masses graisseuses et de sels calcaires; ou elles occupent les différentes couches du tissu propre de la cornée, et se composent d'accumulation de noyaux dans les cellules, d'amas de cellules graisseuses, de dépôts de sels calcaires ou des éléments cellulaires

incomplètement développés et destinés à réparer une perte de substance. Dans les parties environnantes, on observe également des corpuscules cornéens incomplètement développés et des cellules fusiformes.

Les opacités présentent divers degrés d'étendue et de densité, variant depuis un nuage léger (*nubecula*), jusqu'aux taches cicatricielles entièrement opaques (*leucomes*). Celles d'opacité intermédiaire ont reçu le nom d'*albugo*. Les leucomes présentent souvent un reflet brillant comme de la soie, et ont à leur centre une coloration blanche comme de la craie, lorsqu'ils résultent d'une perforation, parce que l'opacité occupe alors toute l'épaisseur de la cornée.

Il n'est pas rare de voir les opacités compliquées par des dépôts de sels métalliques (acétate de plomb, nitrate d'argent), qui sont souvent le résultat d'applications thérapeutiques faites mal à propos sur un ulcère de la cornée.

Une forme particulière d'opacité cornéenne résulte d'un défaut de conductibilité des nerfs, qui se rendent vers cette membrane. C'est ainsi que dans le glaucome ou dans les staphylômes de la sclérotique, où les nerfs ciliaires sont exposés à des tiraillements ou à une pression anormale, l'on voit se développer au bord de la cornée une opacité nuageuse qui s'étend vers le centre de la membrane, et au bout de quelque temps prend un aspect blanchâtre. Si cette opacité se forme à plusieurs endroits de la périphérie, elle ne laisse que la partie centrale de la cornée transparente. D'autres fois, elle se forme en même temps des côtés nasal et temporal et sépare alors comme un ruban blanchâtre le tiers supérieur et le tiers inférieur de la cornée restée transparente.

On observe aussi des opacités passagères de la cornée, lorsque la pression interne de l'œil augmente ou s'abaisse subitement. Dans le premier cas, l'opacité paraît résulter d'altérations dans l'arrangement des éléments qui composent la cornée, ceux-ci même étant restés normaux. Dans le second cas, elle se compose de stries parallèles que l'on voit aisément à l'éclairage latéral et qui sont l'expression optique du plissement de la membrane de Descemet.

Enfin, on rencontre à la périphérie de la cornée des opacités partielles qui, par leur siège et leur aspect, semblent constituer une continuation directe de la sclérotique. Elles survient