

préconise surtout ce procédé, l'appelle la *circumcision de la conjonctive*. Cette opération se pratique fort simplement. Au moyen d'une pince à griffe, on fait un pli à la conjonctive, et à l'aide de ciseaux courbes, on excise toute la portion comprise dans le pli, sans léser la sclérotique sous-jacente.

C'est d'après le même principe, que Furnari (1), en 1862, a proposé et exécuté ce qu'il appelle la *tonsure de la conjonctive* : après avoir disséqué la muqueuse à partir de la cornée sur tout le globe de l'œil dans une étendue de 3 millimètres, jusqu'à la sclérotique, il enlève à la fois le tissu sous-conjonctival. Le but de cette opération est de supprimer autant que possible l'abord du sang vers la cornée, et, par suite, la nutrition du pannus sarcomateux. Les vaisseaux cornéens, au bout de quelque temps, ne tardent pas à s'atrophier, et la cornée redevient transparente. Mais il est à craindre que les observations de guérison n'aient pas été suivies assez longtemps, car l'inconvénient commun de toutes ces méthodes d'excision, c'est de provoquer la formation d'un véritable tissu cicatriciel rétractile, qui peut, à un moment donné, redevenir une cause d'irritation chronique. Aussi croyons-nous qu'on ne doit y recourir que tardivement.

C'est aussi à la dernière extrémité qu'il faut en venir au moyen préconisé par Jæger et Piringer, nous voulons parler de l'*inoculation du pus blennorrhagique*. Le développement accidentel d'une ophthalmie purulente, qui, loin d'aggraver un pannus, amena une guérison jusque-là infructueusement poursuivie, fit rechercher s'il n'y avait pas là un mode de curation de ces cas rebelles. L'inoculation du pus a pour effet de développer une inflammation intense, dont la conséquence est une vascularisation très-active et la résorption des opacités cornéennes. De nombreux succès, obtenus par Van Roosbræek, Warlomont, Taylor, Bader, Wilson, etc., ont prouvé l'efficacité de la méthode; néanmoins, nous n'oserions la préconiser, en raison de la possibilité de communiquer à l'œil une conjonctivite diphthéritique. Dans tous les cas, au lieu de prendre du pus blennorrhagique dont la virulence est excessive, nous conseillerions le choix de pus moins virulent, celui de l'ophthalmie des nouveau-nés, par exemple. L'indication de cette tentative, toujours téméraire, nous paraît tout à fait restreinte au cas de pannus double sarcomateux invétéré, lorsque la vue est gravement compromise et que le malade conserve à peine la notion de la nuit et du jour.

B. Kératite interstitielle ou profonde.

Elle se présente sous deux formes : a, la *kératite diffuse, parenchymateuse*; b, la *kératite ponctuée*.

a. *Kératite diffuse, parenchymateuse*. — On est fort peu d'accord sur la

(1) *Gaz. médic. de Paris*, 1862.

nature intime de cette affection, dont plusieurs auteurs contestent même l'origine inflammatoire. Elle est caractérisée physiquement par une opacification d'un bleu grisâtre ou jaunâtre de la cornée, disposée soit uniformément, soit par points disséminés. Anatomiquement, la lésion qui la produit est encore discutée : on l'attribue généralement à un gonflement et à une infiltration granulo-graisseuse des éléments du tissu cornéen proprement dit, aussi bien des corpuscules de la cornée que de la substance intercellulaire. C'est à ces opacités qu'on a donné à tort le nom d'*épanchements interlamellaires*, puisqu'elles paraissent constituées par des éléments solides.

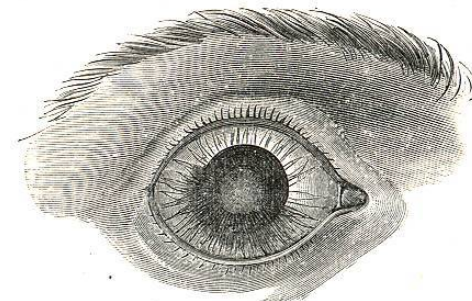


FIG. 52. — Kératite interstitielle vasculaire.

Cliniquement, la kératite interstitielle ne se présente pas toujours avec la même apparence. Dans certains cas, le seul désordre que l'on puisse constater est la présence, à la partie antérieure de la cornée, d'un certain nombre de petites ponctuations louches qui sont difficilement appréciables à l'œil nu, mais qui apparaissent très-distinctement si l'on se sert de l'éclairage oblique. Il faut savoir cependant qu'il existe une cause d'erreur dans ce mode d'exploration. En effet, même dans l'état normal, la cornée vue à l'éclairage oblique a souvent un aspect grisâtre, homogène, tandis que vue directement, elle est parfaitement transparente. Cela tient à ce que le tissu cornéen n'est pas doué dans toute son épaisseur du même indice de réfraction, et qu'il est disposé en lames minces superposées, de sorte que les rayons lumineux obliques y sont en partie absorbés, en partie réfléchis. Mais, avec un peu d'attention, on ne confondra pas cet état normal de la cornée avec l'infiltration morbide, car, dans celle-ci, il y a toujours une absence d'homogénéité qui frappe.

L'opacité de la cornée se comporte de plusieurs façons. Tantôt elle est disséminée et ponctiforme; tantôt on la voit s'avancer graduellement de la périphérie vers le centre, en restant confinée à un segment de la cornée. Quelquefois, selon Wecker, cet envahissement se produit avec une telle lenteur, que les points pris les premiers ont eu le temps de recouvrer leur transparence avant que la cornée ne soit devenue complètement opaque.

La forme dite *sypilitique* de kératite interstitielle offre quelques caractères spéciaux. Elle se diffuse uniformément à toute la cornée, débute plutôt par le centre que par la périphérie, et s'étend comme un voile grisâtre, sans jamais passer à la purulence ni à la teinte jaunâtre. Cette forme particulière paraît coïncider avec certaines altérations des aënts,

signalées par Hutchinson (1) : leur bord libre serait constamment échancré.

Du reste, au point de vue des symptômes fonctionnels, ces kératites interstitielles présentent une remarquable bénignité. Point de douleur, pas ou peu d'injection périkeratique, à peine un léger larmoiement; tels sont les seuls symptômes appréciables. Le travail morbide évolue silencieusement, sans éveiller aucune réaction générale. L'obscurité croissante de la vision et le trouble des objets qui sont vus à travers un brouillard, sont les seuls désordres dont se plaignent les malades.

La marche de la maladie est toujours lente et continue. Au bout d'un certain temps, les vaisseaux de la cornée s'injectent en même temps que ceux de la sclérotique, et cet état constitue ce que l'on a appelé la *kératite diffuse vasculaire* (fig. 52). La disposition des vaisseaux diffère de celle que l'on observe dans la kératite vasculaire superficielle; ils sont généralement plus fins et moins tortueux, et l'injection est d'un rouge plus vif.

A une période plus avancée, lorsque la guérison survient spontanément, les vaisseaux, à leur tour, s'effacent petit à petit, et la cornée finit par recouvrer à peu près sa transparence. Presque toujours les deux yeux sont successivement ou simultanément envahis.

L'ÉTIOLOGIE de la kératite diffuse est mal déterminée. En Angleterre, on la rattache communément à la syphilis constitutionnelle héréditaire, mais cette opinion aurait besoin d'être étayée sur des faits plus précis. Pour Follin (2), on la verrait succéder aussi bien à la scrofule, à la tuberculose, même au rhumatisme. La seule condition étiologique commune à ces diathèses est l'état d'anémie où elles jettent les malades; mais c'est là une influence qui peut tout au plus agir comme cause prédisposante.

Le PRONOSTIC est assez bénin. Il est rare de voir la kératite interstitielle se compliquer d'ulcères ou d'abcès, ou même entraîner à sa suite une altération définitive de la transparence de la cornée. Cependant la persistance de l'infiltration cornéenne constitue toujours une condition fâcheuse.

TRAITEMENT. — Dans cette variété de kératite, il est indispensable de s'abstenir de l'emploi des moyens irritants. Ceux-ci ne peuvent qu'amener des accidents fâcheux et des complications graves, en donnant lieu à des poussées inflammatoires. Indépendamment des instillations d'atropine, qui sont presque toujours indiquées pour diminuer la tension intra-oculaire, le traitement anti-syphilitique, surtout l'iodure de potassium, paraissent avoir eu quelque influence dans la forme diffuse. Mais localement, il n'y a qu'un mode de traitement réellement efficace, c'est celui qui, préconisé par Lawrence, Mackenzie, Wecker, se rapproche le plus du procédé de guérison naturelle. Il consiste à provoquer

(1) *Ophthalmic Hospital Reports*, 1854, nos 4 et 5.

(2) Note manuscrite.

la vascularisation de la cornée et la résorption des opacités, sans pourtant arriver à la purulence. Ce résultat est obtenu en appliquant sur l'œil avec persévérance, seulement deux heures par jour, des compresses chaudes (à 40° environ), imbibées d'infusions aromatiques. En surveillant avec soin cette médication, on peut éviter la formation d'un pannus, et arriver à rendre à la cornée presque toute sa transparence.

En tout état de cause, il faut se garder d'employer les collyres au nitrate d'argent, qui détruisent l'épithélium de la cornée et ne peuvent que favoriser l'infiltration opaque de cette membrane.

b. *Kératite ponctuée*. Sichel a décrit le premier sous ce nom une affection singulière de la cornée, qui a donné lieu à de nombreuses controverses. Elle est caractérisée par un certain nombre de petits points ou plaques blanchâtres ou grisâtres, de la grosseur d'une pointe d'aiguille. Ces points sont limités aux couches plus profondes de la cornée, tandis que les couches extérieures et moyennes ont conservé leur transparence; ils sont disposés en triangle, et ne se rencontrent guère que dans la moitié inférieure de la cornée (fig. 53).

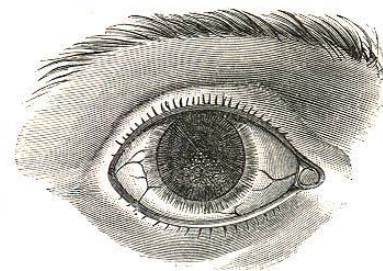


FIG. 53. — Kératite ponctuée.

Ces petits points, d'abord isolés, ne produisent qu'un léger trouble de la vision, sans douleur, ni photophobie, ni larmoiement; plus tard ils augmentent lentement et se réunissent en prenant une teinte grisâtre ou bleuâtre plus foncée; ils occasionnent alors des troubles plus prononcés de la vue. Certains auteurs, Mackenzie, Coccius, Wecker, etc., voient dans ces petits points les reliquats d'une iritis séreuse, opinion qui paraît loin d'être démontrée. D'après Coccius, on distingue, à l'éclairage oblique, de petites masses de cellules dégénérées qui font saillie à la face concave de la cornée et proéminent dans la chambre antérieure.

L'inflammation des lames profondes de la cornée peut se terminer par la suppuration et la formation d'abcès, qui tantôt restent limités à la cornée, et tantôt perforent cette membrane, de sorte que le pus, tombant dans la chambre antérieure, y forme un hypopyon. Cette maladie marche avec une excessive lenteur, et peut durer plusieurs semaines.

Les frictions d'onguent mercuriel sur le front, le calomel à l'intérieur, suivi de l'usage des préparations iodées et des ferrugineux, constituent la base du traitement.

2° Abcès de la cornée (kératite suppurative).

Il n'est pas rare de voir, dans le cours de certaines phlegmasies oculaires, de petits dépôts de pus se former entre les lamelles de la cornée,

constituant de véritables abcès qui viennent s'ouvrir, soit à la face antérieure de cette membrane, soit à sa face postérieure (dans la chambre antérieure de l'œil), et qui entraînent toujours des conséquences plus ou moins graves pour l'organe de la vision.

On reconnaît deux formes distinctes d'abcès de la cornée : l'une, essentiellement aiguë, s'observe surtout dans l'ophtalmie purulente (principalement celle des nouveau-nés), dans l'ophtalmie varioleuse, traumatique, ou bien encore dans la kératite profonde et parenchymateuse, dans la kératite phlycténulaire; l'autre forme, qui revêt une marche chronique et à laquelle de Graefe a donné le nom d'*infiltration purulente indolente*, s'observe généralement sur de jeunes enfants au-dessous de huit ans. Dans cette forme on voit survenir, presque sans inflammation ni injection vasculaire, un point jaunâtre occupant le centre de la cornée; cette infiltration purulente envahit de proche en proche les couches profondes jusqu'à la membrane de Descemet qu'elle perfore, et alors l'humeur aqueuse prend une coloration jaunâtre diffuse. L'iris participe bientôt à la maladie et se décolore. Cette forme de la kératite offre une tendance remarquable à l'extension de la destruction suppurative. Quand la guérison a lieu, une sorte d'atmosphère grisâtre se forme tout autour de la partie qui a été détruite et les lamelles voisines se gonflent légèrement de manière à combler le vide. On a vu cette kératite suppurative sévir sous forme épidémique.

Dans les abcès que nous pourrions appeler inflammatoires, par opposition avec la forme que nous venons de décrire, tout le cortège des symptômes d'une vive phlegmasie oculaire existe; l'œil est fortement injecté, il y a du larmolement, de la photophobie, des douleurs ciliaires, etc. Bientôt apparaît à une profondeur variable, dans les couches de la cornée, une masse blanchâtre ou jaunâtre, de volume et de forme très-variables. Une des variétés plus caractéristiques est l'abcès en coup d'ongle (*onyx*), dont l'aspect est celui d'un croissant plus ou moins large, à concavité toujours tournée en haut. Quand l'abcès est superficiel et volumineux, il semble quelquefois faire saillie en avant de la cornée; dans d'autres cas, il est situé beaucoup plus profondément et proémine du côté de la chambre antérieure. L'iris participe alors presque toujours à l'inflammation et l'humeur aqueuse est trouble.

Au début la matière de ces abcès n'est pas purulente, ni liquide, c'est une masse cohérente de débris de noyaux et de corpuscules graisseux; plus tard, elle devient purulente et le pus chemine de diverses manières entre les lames de la cornée; tantôt il s'ouvre directement une voie à l'extérieur, à travers les lames antérieures de la cornée, ou, en arrière, vers la chambre antérieure; tantôt, au contraire, il se creuse un canal plus ou moins long entre les lames mêmes de la cornée, avant de se faire jour à la face antérieure ou postérieure de cette membrane. Tous ces détails s'observent facilement au moyen de l'éclairage oblique; on peut voir ainsi que, dans le cas où la collection a pénétré dans la chambre anté-

rieure, elle se déplace avec le mouvement de l'œil, tandis qu'elle reste fixe lorsqu'elle occupe les lames cornéennes.

Quand l'abcès cornéen s'ouvre à l'extérieur, il laisse après lui une perte de substance qui souvent se répare d'une façon complète par de nouvelles cellules transparentes, quand l'abcès siégeait à la périphérie de la cornée, tandis que ceux qui occupent la partie centrale de cette membrane se terminent généralement par des taches d'épaisseur variable. Lorsque l'abcès s'ouvre en arrière, dans la chambre antérieure, le pus se rassemble à la partie inférieure et donne naissance à un hypopyon. Dans certains cas, l'inflammation est si violente que la suppuration gagne la totalité du globe oculaire (*ophthalmite*).

PRONOSTIC. — Les abcès de la cornée guérissent quelquefois complètement, c'est-à-dire que cette membrane recouvre sa transparence; cela a lieu ordinairement dans le cas d'abcès peu volumineux. La guérison complète est beaucoup plus rare dans les abcès qui ont une certaine dimension; il reste toujours des taches plus ou moins épaisses, formées par les éléments du pus métamorphosés et par des cellules graisseuses mélangées de sels calcaires. Dans les abcès très-volumineux, il n'est pas rare de voir une partie plus ou moins considérable de la cornée être frappée de destruction, ou bien encore les désordres produits par l'inflammation sont tellement profonds qu'ils entraînent la perte totale de l'organe par phthisie du globe.

Dans certains cas aussi la perte de substance se répare, mais les couches de nouvelle formation offrent une résistance trop faible à la pression intra-oculaire, et il se produit des déformations de la cornée (staphylômes) sur lesquelles nous reviendrons plus tard.

TRAITEMENT. — Il varie nécessairement pour chacune des deux formes d'abcès de la cornée. Dans le cas d'abcès aigus franchement inflammatoires, le traitement sera antiphlogistique dès le début; les applications de sangsues aux tempes et derrière les oreilles, les frictions d'onguent mercuriel belladonné sur le front devront d'abord être employées; les instillations fréquentes d'atropine dans l'œil seront d'un usage très-avantageux, en ce qu'elles diminuent la tension du globe, qu'elles modèrent les douleurs ciliaires, et enfin qu'elles maintiennent la pupille dilatée. Les purgatifs, le calomel à l'intérieur, etc., conviennent également à cette période.

Lorsque l'abcès est volumineux et qu'il y a une tendance à l'extension de la suppuration, on devra recourir à la paracentèse de la cornée. Cette petite opération, que l'on pratique soit à la circonférence de la cornée, soit (ce qui est préférable) à la partie la plus déclive de l'abcès, a pour résultat immédiat d'évacuer l'humeur aqueuse qui entraîne le pus à l'extérieur et nettoie ainsi l'abcès, et de faire cesser la tension de la cornée, ce qui suffit dans nombre de cas pour arrêter les progrès de la suppuration.

Mais il faut avoir soin de procéder à la ponction avec une grande len-

teur, afin que l'humeur aqueuse ne trouve pas d'emblée une issue trop facile; autrement on courrait risque de voir se faire un déplacement de l'iris et même du cristallin.

De Græfe a beaucoup insisté sur les bons effets que l'on retire des applications de compresses chaudes sur les paupières dans le traitement de la kératite suppurative, lorsque la période aiguë est calmée. Quelques auteurs préfèrent à l'eau chaude simple une infusion de plantes aromatiques. Quel que soit le liquide employé, la chaleur a pour effet de déterminer une congestion et une vascularisation qui favorisent la nutrition de la cornée; on voit le pourtour de l'abcès s'entourer d'un anneau grisâtre formé par des cellules gonflées de cette membrane; c'est à ce moment que l'on devra cesser les applications chaudes.

Le bandage légèrement compressif est utile pour protéger l'œil contre la lumière, et par le fait même de la pression douce qu'il exerce, il lutte contre la pression intra-oculaire et soulage ainsi la cornée.

Il est inutile de dire que l'on devra traiter jusqu'à la guérison complète l'inflammation oculaire dans le cours de laquelle la kératite suppurative est survenue et qui peut persister après la disparition de l'abcès. On devra de même extraire les corps étrangers fixés dans la cornée, etc.

Les abcès cornéens indolents réclament encore l'emploi des compresses chaudes dont on continuera l'usage jusqu'à ce que l'on voie apparaître l'anneau grisâtre dont nous avons déjà parlé; en général ces applications seront faites plus longtemps et d'une manière plus continue que dans les abcès aigus. Dans les cas d'abcès indolents, qui s'accompagnent de douleurs intermittentes, le sulfate de quinine et le quinquina, aidés de préparations ferrugineuses, sont d'une utilité incontestable. Le traitement tonique est d'ailleurs indiqué dans cette forme d'abcès, qui se présente surtout chez des sujets de constitution faible; chez les jeunes filles mal réglées, on s'efforcera d'obtenir une menstruation régulière.

3° Ulcères de la cornée.

On donne le nom d'*ulcère de la cornée* à toute perte de substance plus ou moins étendue, résultant de la destruction partielle du tissu cornéen. La plupart des auteurs qui ont écrit sur les maladies des yeux ont établi de très-nombreuses divisions, qui toutes reposent sur l'apparence extérieure des ulcères plutôt que sur leur mode d'origine: et depuis Galien, ces diverses variétés ont été désignées par les noms les plus bizarres. Nous croyons inutile d'exhumer ces dénominations qui ne répondent à aucune catégorie bien nette.

Dans une autre division, qui a la prétention de remonter à la pathogénie de l'ulcération, on les désigne, les unes sous le nom d'*ulcères de résorption*, les autres sous le nom d'*ulcères inflammatoires*. Les premiers

n'atteindraient que l'épithélium et les couches les plus superficielles de la cornée, ils seraient transparents et taillés à facettes: les autres seraient troubles, jaunâtres, infiltrés de pus, et présenteraient une profondeur et une étendue plus considérables.

Cette classification, qui est due à Meyer (1), n'est pas à l'abri de la critique. Des ulcérations légères et superficielles peuvent être de nature inflammatoire; des destructions profondes, au contraire, peuvent se présenter d'une façon insidieuse, sans que l'appareil symptomatique permette de soupçonner, à plus forte raison, d'affirmer un état phlegmasique. La plupart du temps, il faut bien le dire, la nécrose moléculaire et le travail inflammatoire marchent de pair, et l'on ne saurait établir des distinctions théoriques qui ne se vérifient point à l'examen clinique. Par le fait de l'inflammation, les éléments de nouvelle formation, pressés les uns contre les autres, se ramollissent et tendent à s'éliminer en laissant une perte de substance: mais, d'autre part, il existe toujours une gêne de la circulation périphérique, une stase vasculaire, qui empêche l'apport des sucs nutritifs et prédispose à la gangrène moléculaire. Ceci est surtout évident dans le cas de chémosis, et nous avons eu soin d'y insister en parlant des conjonctivites purulente et diphthéritique. En somme, les deux influences s'ajoutent, et il est à peu près impossible de les isoler l'une de l'autre.

Si l'ulcération cornéenne reconnaît presque toujours l'association de deux modes pathogéniques simples, l'inflammation et la nécrose moléculaire, en revanche, les conditions dans lesquelles elle peut survenir sont multiples, et on les observe dans nombre de maladies très-distinctes.

La *conjonctivite catarrhale* se complique parfois de petites ulcérations superficielles, limitées et sans gravité. Dans la *kérato-conjonctivite phlycténulaire*, celles-ci sont presque la règle, et la plupart des ulcérations si fréquentes chez les enfants scrofuleux reconnaissent cette cause. Mais au lieu de rester limitées à un simple dépolissement épithélial, elles ont une grande tendance à prendre de l'extension, et peuvent aboutir à la perforation de la cornée.

Les *conjonctivites purulente et diphthéritique* entraînent presque toujours, surtout quand elles s'accompagnent de chémosis considérable, des pertes de substance étendues de la cornée. Leur caractère est de se diffuser avec une extrême rapidité et d'envahir simultanément presque toute la circonférence de la cornée, en sorte que quelques jours suffisent parfois pour détruire entièrement cette membrane et amener la fonte de l'œil.

Dans les *kératites* proprement dites, les ulcères sont très-fréquents, soit que la kératite soit primitive ou secondaire. Ils peuvent se déclarer, tantôt comme accident initial, tantôt comme complication d'un abcès

(1) Meyer, *Compendium der Augenheilkunde*. Wien, 1866, 2^e édit., p. 81.

interstitiel qui a fusé jusqu'à l'extérieur : cette forme est grave, car elle compromet non-seulement la cornée, mais l'œil lui-même. Nous avons vu également que certaines conditions de débilité générale et de perturbation profonde du système nerveux entraînaient une paralysie de la 5^e paire, et comme conséquence, une prédisposition à l'ulcération suppurative. Enfin, certaines influences extérieures peuvent déterminer la production d'ulcères cornéens, tels sont les corps étrangers, les brûlures, ou même l'irritation chronique de l'œil en contact permanent avec l'air dans le cas d'ectropion.

Les caractères extérieurs des ulcères de la cornée sont assez importants à considérer, parce que, suivant leur siège et leur profondeur, leur gravité se modifie considérablement. Ainsi, tantôt ils sont superficiels et consistent dans un simple dépôt de la surface épithéliale et des couches antérieures, visible seulement à l'éclairage oblique : tantôt au contraire, ils sont assez profonds pour traverser la totalité de l'épaisseur de la cornée, et même pour la perforer. Lorsqu'ils occupent le centre de la membrane, ils ont en général une forme arrondie ou en cupule, et ne manifestent que peu de tendance à s'étendre ; à la périphérie, au contraire, ils ont toujours une propension à s'allonger, et prennent la forme de navette, de croissant, de demi-lune, ils interceptent la nutrition de la cornée sur une notable longueur : aussi les voit-on progresser souvent en dépit du traitement qu'on leur oppose. Le fond des ulcères est tantôt lisse et uni, ou bien inégal, rugueux et infiltré de pus : quelquefois il est bombé, comme vésiculeux, et repoussé en avant. Leurs bords sont, suivant les cas, transparents ou opaques, taillés à pic, ou lamelleux et irréguliers. Souvent on observe au pourtour une vascularisation qui va rarement jusqu'au fond même de ces excavations.

Les ulcères de la cornée peuvent se réparer : c'est là un fait d'expérience journalière tout à fait incontestable. Pendant longtemps on a ignoré comment se faisait cette cicatrisation, et l'on admettait la sécrétion d'une lymphe plastique organisable. Les récentes recherches et surtout l'expérimentation sur les animaux ont montré qu'une fois l'élimination faite des leucocytes et des cellules graisseuses qui tapissent le fond de l'ulcère, il se produit dans les parties adjacentes un gonflement des éléments préexistants. Ceux-ci ne tardent pas à se multiplier et passent par l'état embryonnaire, en devenant fusiformes. Lorsque cette régénération s'accomplit avec lenteur, suivant Wecker, elle permet au tissu cornéen de recouvrer sa transparence ; autrement il se fait une sorte de rétraction des éléments tuméfiés, et un développement de fibrilles opaques qui peuvent même s'incruster de granulations graisseuses ou calcaires.

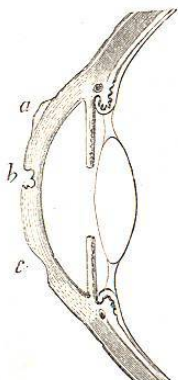


FIG. 54. — Ulcères de la cornée. — a, phlyctène. b, ulcère profond. c, ulcère en voie de réparation.

Ceci se voit surtout quand, à la suite de l'ulcération, une vascularisation anormale s'est établie au centre de la perte de substance. D'autres fois, le tissu de nouvelle formation commence par être opaque, et ce n'est que progressivement qu'il reprend de la transparence, probablement par une érosion graduelle de quelques-uns de ses éléments.

Certaines conditions sont nécessaires pour cette régénération du tissu cornéen : elle a lieu surtout chez les enfants et les jeunes sujets doués d'une bonne constitution, à la suite des traumatismes plutôt que d'une kératite scrofuleuse. Il faut aussi que la membrane de Descemet soit intacte, ou tout au moins, si elle a été ouverte, que ses bords se juxtaposent parfaitement : enfin, il est indispensable que l'humeur aqueuse ne soit pas en trop grande quantité dans la chambre antérieure, et qu'elle n'exerce pas une trop forte pression sur la face postérieure de la cornée. Nous verrons, en parlant du traitement, quelles conséquences thérapeutiques on peut tirer de cette remarque.

PROGNOSTIC. — Les *ulcères superficiels* guérissent en général facilement, sans laisser d'opacité de la cornée, et l'épithélium peut se reproduire d'une façon complète. Cependant il y a des cas où l'ulcération reste torpide et se prolonge indéfiniment, l'épithélium se régénère imparfaitement et manque en certains points : il en résulte des facettes aplaties, tout en restant transparentes, et cette lésion peut donner lieu à une variété d'astigmatisme rebelle.

Les *ulcères profonds*, même lorsqu'ils vont jusqu'à la perforation de la cornée, guérissent ordinairement, mais ils laissent après eux un exsudat qui offre les caractères du tissu cicatriciel, et qui ne recouvre jamais complètement sa transparence. Enfin, les ulcères qui siègent en partie sur la cornée et sur la conjonctive se terminent assez souvent par une cicatrice granuleuse qui devient le point de départ d'un ptérygion.

Quand l'ulcération a pénétré jusqu'à la membrane de Descemet, ou qu'elle n'a laissé subsister qu'une couche très-mince de tissu cornéen, celle-ci se trouve repoussée en avant par le fait de la pression intra-oculaire, sous forme d'une petite vésicule qui a reçu le nom de *kératocèle* ou *hernie de la cornée*. Il est rare que cette vésicule persiste longtemps ; elle se déchire bientôt et ses lambeaux obturent l'ouverture de l'ulcération ; ordinairement la cicatrisation se fait assez promptement, mais en laissant une tache.

Dans les ulcérations fort larges, on voit souvent les lames affaiblies de la cornée se soulever en avant ; cette saillie se recouvre d'un épithélium trouble et opaque, et l'on a alors un *staphylôme opaque, cicatriciel*, de la cornée.

Les *ulcères perforants* entraînent toujours après eux des accidents plus ou moins graves, suivant le siège qu'ils occupent, selon la hernie plus ou moins considérable de l'iris à travers la perforation, et enfin suivant l'issue d'une portion plus ou moins grande du contenu du globe oculaire. Dès que la cornée est perforée, l'humeur aqueuse s'écoule au dehors par

le fait de la pression intra-oculaire et aussi de la pression qu'exercent sur le globe les muscles de l'œil ; sous cette double influence, le corps vitré se trouve repoussé en avant, et l'iris avec le cristallin vient s'appliquer contre la paroi postérieure de la cornée ; l'écoulement de l'humeur aqueuse en déterminant brusquement une détente dans la pression intra-oculaire, entraîne également un afflux subit du sang dans les membranes oculaires, et parfois des hémorrhagies dans la choroïde ou la rétine. Ces accidents heureusement sont assez rares, et ne se montrent guère qu'à la suite des larges perforations.

Si la perforation est petite, surtout si elle est oblique, elle se trouve obturée par le fait de l'application de l'iris contre la cornée ; or, il peut arriver que le pertuis ne se ferme pas, grâce à la rétractilité de la membrane de Descemet, et que l'humeur aqueuse s'échappe à mesure qu'elle se reproduit. On dit, dans ce cas, qu'il y a une *fistule de la cornée*.

Ces perforations se réparent au moyen du gonflement des bords de l'ouverture qui arrivent au contact et la bouchent complètement ; l'humeur aqueuse se reproduit bientôt, et si l'iris n'a pas contracté d'adhérence avec la cornée, il reprend sa position normale, et il ne reste de la maladie qu'une petite tache cicatricielle sur la cornée ; cette tache est quelquefois mélangée de quelques grains de pigment uvéen. Mais il est fréquent de voir le bord pupillaire de l'iris contracter des adhérences plus ou moins solides et souvent définitives avec la cicatrice de la cornée ; c'est ce que l'on nomme une *synéchie antérieure*. Dans certains cas, il reste sur la capsule et sur les lames antérieures du cristallin un dépôt plastique opaque (*cataracte capsulaire centrale*).

Quand la perforation siège au centre de la cornée il peut arriver que la pupille étant étroite si l'on n'a pas eu soin de la dilater par l'atropine, le bord pupillaire tout entier s'engage dans l'ouverture et adhère à la cornée (*synéchie antérieure totale*). La perforation existe-t-elle au pourtour de la cornée ? l'iris, poussé en avant par l'humeur aqueuse, peut s'engager à travers cet orifice et venir faire saillie à l'extérieur (*hernies de l'iris*). La portion herniée s'enflamme et contracte des adhérences avec le bord de la perforation, et plus tard avec la cicatrice qui la remplace. Quelquefois cette portion d'iris enflammée atteint un volume considérable, par le fait de bourgeons granuleux et rouges qui lui donnent l'aspect de chairs fongueuses. Mais ordinairement il n'en est point ainsi ; la petite tumeur s'aplatit progressivement, et il ne reste plus enfin qu'une tache d'un bleu grisâtre, non saillante, qui se recouvre quelquefois de tissu cicatriciel.

Dans le cas de synéchie antérieure partielle, la pupille est déformée, allongée, mais elle est encore mobile, et la vision peut n'en pas souffrir, si l'opacité cornéenne est peu étendue ; mais il est des cas où ces adhérences ne permettent plus que de très-petits mouvements de la pupille, qui dans certains cas même se trouve complètement obturée, comme dans la synéchie totale.

La procidence de l'iris peut se terminer d'une autre façon, par la pro-

duction d'un *staphylôme partiel de l'iris*, ou même d'un *staphylôme total*, si la perforation était considérable. Ce staphylôme est constitué par l'iris lui-même, qui, après avoir contracté des adhérences avec le pourtour de la perforation, se trouve distendu par l'accumulation de l'humeur aqueuse et se présente alors sous forme d'une vésicule bleuâtre, tantôt uniforme, tantôt irrégulièrement bosselée, qui peut céder à la pression intérieure, s'ouvrir et s'affaisser, pour se recouvrir d'un tissu de cicatrice.

Les perforations étendues de la cornée donnent parfois issue au cristallin et à une partie du corps vitré ; alors l'œil s'affaisse, l'ouverture, dont les bords sont en contact, se ferme, et la cornée aplatie se couvre d'une cicatrice épaisse, leucomateuse. Les inflammations profondes de l'œil ne sont pas rares dans ces cas de grandes perforations, qui ont ainsi pour conséquence ultime la fonte du globe.

TRAITEMENT.— On comprend qu'il doit varier suivant la forme, la nature des ulcérations cornéennes. Si elles s'accompagnent d'inflammation violente, on aura recours à un traitement antiphlogistique modéré. Dans les cas, au contraire, d'ulcères atoniques, où il n'y a pas de tendance à la reproduction du tissu cornéen, on cherchera à réveiller la vitalité de la cornée par l'emploi de collyres astringents ; le sulfate de zinc ou de cuivre, l'alun, le laudanum pur ou affaibli, conviennent parfaitement ; les sels de plomb, le nitrate d'argent doivent être rejetés, à cause des incrustations qui se déposent dans la cicatrice consécutive aux perforations.

Le bandage compressif est très-utile dans les cas d'ulcères perforants ou lorsque la perforation est imminente ; il fait équilibre à la pression intra-oculaire et prévient ainsi les graves conséquences que la perforation peut entraîner. Les mouvements violents, la toux, les vomissements, les efforts de garde-robe doivent être évités.

Il est important de tenir le bord pupillaire éloigné d'un ulcère cornéen, surtout lorsqu'il est central ; aussi aura-t-on recours aux instillations d'atropine, qui ont un autre avantage, celui de diminuer la tension du globe. A ce même titre, la paracentèse de la cornée est d'une grande utilité, en ce qu'elle fait cesser la tension de cette membrane, et qu'elle peut éviter une perforation plus étendue.

Le collyre d'atropine concentré trouve son indication dans les cas de synéchie antérieure récente ; on voit quelquefois l'adhérence céder aux tractions exercées par le mouvement de dilatation de la pupille, qui recouvre sa forme et sa position normales.

Le traitement général varie suivant l'état de la constitution et suivant les affections oculaires qui ont précédé ou accompagné la production des ulcères cornéens.

4° Taies de la cornée.

L'inflammation de la cornée, sous ses différentes formes, laisse très-souvent après elle des opacités plus ou moins épaisses, plus ou moins