

du fer rouge serait alors trop destructive et la transfixion de Sæmisch a pu, dans ces circonstances, ramener des cornées à un état satisfaisant.

On doit noter que le pus de l'hypopyon étant ordinairement concret et formant une sorte de bourbillon, il faut l'attirer au dehors avec une pince spéciale dite pince à cuiller ou à caillots. Après la sortie du bourbillon, certains pratiquent le lavage antiseptique de la chambre antérieure, mais cette manœuvre ne nous paraît avoir aucun avantage réel. Les paracentèses simples ou transulcéreuses sont particulièrement indiquées quand il y a menace de perforation spontanée ou que la tension oculaire est exagérée.

Une *iridectomie* hâtive donne, dans le même sens, d'excellents résultats, car elle expulse le pus, détend la cornée malade, amende l'iritis et enfin constitue une pupille optique favorable à la vision ultérieure.

V. — Kératite par lagophtalmos.

§ 330. — Elle est consécutive au défaut ou à l'insuffisance d'occlusion palpébrale dans les paralysies des paupières ou les diverses exophtalmies. Elle résulte du dessèchement de la cornée et des irritations extérieures.

Les parties inférieures de la cornée découvertes deviennent troubles, opaques, se fendillent et s'exfolient. L'ulcère consécutif s'infiltré de pus et l'hypopyon apparaît. La cornée peut alors se perforer et entraîner des complications analogues à celles des autres kératites suppurées. Dans le lagophtalmos léger, le globe est instinctivement dirigé en haut, la cornée recouverte, et la kératite n'existe pas; dans les lagophtalmos moyens, la majeure partie de la cornée est encore abritée, et l'ulcération ne se produit qu'au bas de la membrane; enfin, dans le lagophtalmos total, comme dans certaines exophtalmies ou buphtalmies, toute la cornée finit par s'altérer.

La kératite lagophtalmique diffère de la kératite neuro-paralytique à troubles trophiques locaux et de la kératomalacie infantile à troubles de nutrition caractéristique.

L'avenir de la cornée dépend du degré, de la durée et de la cause même du lagophtalmos.

L'humectation de l'œil avec la solution physiologique de chlorure de sodium à 7 p. 1000, l'occlusion temporaire des paupières par des agglutinatifs ou des fils dans les formes transitoires, la blépharorrhaphie dans les formes permanentes, constituent le seul traitement véritablement utile.

VI. — Kératite neuro-paralytique.

§ 331. — C'est une affection consécutive à la paralysie du trijumeau. Le centre de la cornée est terne, trouble, et s'exfolie jusque près de la périphérie. D'abord grisâtre, la cornée, dans les cas graves, devient jaunâtre, puis subit la fonte purulente; un hypopyon plus ou moins abondant se constitue. L'œil paraît sec et complètement insensible; accès de névralgies périoculaires; l'état général est souvent défectueux à cause des lésions centrales qui entraînent la paralysie du trijumeau et souvent d'autres nerfs, le moteur oculaire commun, en particulier. La kératite neuro-paralytique est plus ou moins étendue et surtout de gravité variable. Tantôt il se fait un simple ulcère central qui guérit rapidement, et tantôt c'est une nécrose presque totale de la cornée, laquelle aboutit à l'atrophie du segment antérieur ou à un vaste leucome adhérent.

Le plus souvent il se produit un trouble diffus de la cornée qui s'accompagne d'une réaction péri-kératique modérée et qui persiste pendant un très long temps, résistant à tous les traitements. La surface de la cornée est plus ou moins insensible, au moins par places.

La paralysie du trijumeau est la cause essentielle de la kératite neuro-paralytique (Magendie, Cl. Bernard). Elle

serait produite par l'altération de la partie interne ou trophique du ganglion de Gasser et du nerf trijumeau; la partie externe, qui commande la sensibilité de la cornée, n'aurait aucune importance (Meissner). Il existerait d'ailleurs dans le bulbe, pour la portion trophique, un noyau spécial dont les lésions expérimentales provoqueraient les mêmes troubles que la section nerveuse (M. Duval et Laborde).

Snellen croyait que les lésions kératiques étaient dues à l'insensibilité de la cornée restant sans défense réflexe contre les irritations externes; il abritait la cornée par la suture palpébrale ou un couvercle et les troubles diminuaient sans disparaître. Feuer, irritant la cornée sans produire les lésions typiques, incriminait sa dessiccation et atténuait aussi les altérations en entretenant une certaine humidité.

On doit donc conclure que la dessiccation et l'insensibilité de la cornée favorisent les altérations kératiques, mais aussi que la paralysie trophique du trijumeau, seule, les produit réellement; si même, dans quelques cas, la cornée reste insensible et que la kératite neuro-paralytique ne se produise pas, c'est que la portion trophique du nerf est restée intacte.

La kératite neuro-paralytique diffère d'ailleurs de celle par lagophtalmie, dans laquelle la dessiccation prédomine, et de la kératomalacie infantile à infection générale affaiblie; elle débute en outre par le centre et non par la partie inférieure, comme les ulcères par infection externe. On la distingue des autres formes par son aspect terne, grisâtre, la siccité générale et surtout l'insensibilité extérieure de l'œil.

Le *traitement* est peu efficace. L'occlusion, la chaleur, l'atropine, les liquides antiseptiques, les injections conjonctivales de sublimé peuvent être utiles. On essayera aussi les courants continus. A l'intérieur des préparations arsénicales. Dans un cas, Panas pratiqua, sans aucune douleur, une iridectomie et observa une cicatrisation cornéenne aussi rapide que d'ordinaire.

VII. — Kératomalacie.

§ 332. — Cette affection est caractérisée par le ramollissement de la cornée. L'épithélium, surtout dans le diamètre horizontal, devient terne, se fendille et se détruit. Il apparaît alors un ulcère diffus, jaunâtre, qui peut envahir rapidement toute la cornée, produire de l'hypopyon et entraîner une perforation. La conjonctive est souvent recouverte, par places, d'une fine écume blanchâtre, comme dans le xérosis.

La kératomalacie résulte d'une nutrition défectueuse. On ne l'observe guère que chez les tout jeunes enfants athrepsiques. La plupart succombent aux troubles généraux; ceux qui survivent sont aveugles ou présentent de vastes leucomes. On la rencontre aussi, mais exceptionnellement, chez des adultes décrépits.

Un traitement général reconstituant, des tampons chauds, l'occlusion ou les antiseptiques seront utiles, quoique généralement insuffisants.

VIII. — Kératite phlycténulaire.

§ 333. — Elle est caractérisée par des phlyctènes identiques à celles de la conjonctive. Celles-ci se montrent fréquemment sur le limbe scléro-cornéen, mais aussi dans toute l'étendue de la cornée. Au début, ce sont de petites vésicules fugaces, transparentes, isolées ou agglomérées qui sont situées dans l'épithélium cornéen. Ces vésicules se rompent ensuite, se vident du liquide qu'elles contiennent et produisent des ulcérations multiples.

Il existe une vascularisation notable, de la douleur, du larmoiement, de la photophobie, du blépharospasme et des troubles plus ou moins marqués de la vision. La sensibilité est provoquée par la compression ou la mise à nu des terminaisons nerveuses épithéliales; pour ce motif, elle est plus

grande dans les ulcères superficiels que dans les ulcères profonds.

Quand les vésicules restent superficielles, la cicatrisation est habituellement rapide et complète; à peine persiste-t-il quelque temps de légers albugos. Mais fréquemment elles se transforment en vésico-pustules qui traversent la couche épithéliale, atteignent la substance propre de la cornée et entraînent de larges ulcères. Si l'état général est défectueux, l'infection violente, le traitement tardif ou insuffisant, comme on le voit souvent dans l'ophtalmie lymphatique grave, l'infiltration purulente se développe, l'hypopyon apparaît et il se fait une perforation de la cornée avec leucome adhérent ou staphylome consécutif.

La prédisposition lymphatique et l'infection régionale ou locale produisent les ulcères phlycténulaires. On les rencontre surtout chez les enfants strumeux, malingres, eczémateux, malpropres. Les granuleux ou les lacrymaux lymphatiques les présentent aussi en même temps que les lésions de ces maladies spéciales.

La constatation des phlyctènes n'est pas toujours possible, car elles sont très éphémères, mais les ulcères consécutifs sont toujours visibles à l'éclairage oblique et indiqués par une trainée (kératite en bandelettes) ou un véritable lacis vasculaire (pannus scrofuleux). Il importe, pour éviter des ulcères profonds, des leucomes épais ou des perforations avec leucomes adhérents, d'instituer un traitement actif, général, régional et local : toniques, iode, arsenic, hydrothérapie; toilette soignée du nez, des oreilles, des cheveux, etc.; douches oculaires chaudes, précipité jaune, calomel, atropine.

IX. — Kératites vésiculeuse, bulleuse.

§ 334. — On observe ces kératites dans certaines maladies fébriles dans le zona, le glaucome, les taies. Dans les maladies fébriles, on rencontre des *vésicules* herpétiques sur la peau ou les muqueuses.

Il existe une notable irritation oculaire avec photophobie, larmolement et douleur variable. La cicatrisation demande à peine quelques jours; à moins d'infiltration purulente, il n'y a pas de leucome consécutif.

Les ulcères vésiculaires du zona concordent avec des altérations analogues de la face, de la paupière, de la conjonctive. Ils provoquent une vive irritation et des troubles cornéens plus ou moins durables. On constate, à leur niveau, une insensibilité cornéenne très localisée.

Les bulles dans le glaucome, les taies, semblent d'origine trophique et provoquent une certaine réaction locale. Elles guérissent aisément mais récidivent souvent.

La chaleur, la cocaïne, l'occlusion, des pulvérisations antiseptiques, la quinine, l'antipyrine, sont les moyens les plus usités.

X. — Kératite dendritique.

§ 335. — Elle est caractérisée par des stries épithéliales ramifiées, comme racémeuses, dont les terminaisons renflées envahissent la périphérie de la cornée (Hansen-Grut). Gillet de Grandmont en a signalé une forme étoilée. La kératite dendritique paraît très rare. La marche est aiguë ou chronique, avec retentissement irien. La guérison est lente, mais de règle, avec quelques nébulosités. On a accusé le paludisme, la syphilis; il y a évidemment infection. Le mercure, la quinine, l'antipyrine à l'intérieur, l'iodoforme en topique.

XI. — Kératite filamentaire.

§ 336. — Dans cette curieuse affection, on observe des filaments roulés en corde qui sont implantés au fond des ulcères vésiculeux. Leber, qui l'a décrite, attribuait ces filaments à des dépôts de fibrine. C. Hess et Nuel les considèrent comme de nature épithéliale. La partie axiale de la corde est composée

de fibrilles et de noyaux; la partie périphérique est formée de cellules épithéliales; partout il y aurait des grains de substance hyaline. Il s'agirait, d'après Nuel et Hess, d'une hyperplasie de l'épithélium cornéen et conjonctival.

Les filaments sont rares, et se rencontrent plutôt dans les vieilles ophtalmies. Le nitrate d'argent et le chlorure d'ammonium à 1/50 (Nuel) seraient surtout actifs.

XII. — Kératite vasculaire ou Pannus.

§ 337. — Le pannus est constitué par les vaisseaux qui envahissent plus ou moins la surface de la cornée. Il est partiel ou total. Dans certains cas, un petit ulcère s'étend progressivement de la périphérie au centre, suivi d'une traînée vasculaire (*kératite en bandelette*). D'autrefois la moitié supérieure de la cornée est particulièrement affectée (trachome). Enfin il arrive que toute la cornée est envahie.

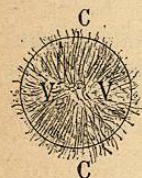


FIG. 21.
Pannus.

CC, cornée; VV, vaisseaux conjonctivaux.

Le pannus est léger (*tenuis*), et on le rencontre surtout dans la kératite lymphatique, ou épais (*crassus*), et on l'observe particulièrement chez le lymphatique granuleux. Nous avons vu que, dans le trachome, le pannus est encore plus en rapport avec le degré de lymphatisme qu'avec les granulations, bien qu'il soit une manifestation de celles-ci.

La cornée s'infiltré de cellules lymphoïdes et se vascularise de la périphérie au centre. Les lésions siègent d'abord dans la couche épithéliale, puis la membrane de Bowman s'érode et les lames cornéennes sont envahies. La régression se fait aussi de la périphérie au centre. Quand les altérations sont profondes, il se produit de la sclérose et des leucomes multiples qui diminuent notablement la vision. On reconnaît aisément la vascularisation

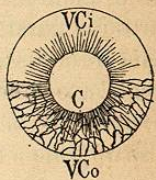


FIG. 22. — Disposition des vaisseaux.

VCi, vaisseaux ciliaires; VCo vaisseaux conjonctivaux.

du pannus et on en peut voir les détails à la loupe. Le pannus scrofuleux de l'ophtalmie lymphatique disparaît avec celle-ci et nécessite les mêmes moyens de traitement. Des scarifications sont souvent utiles; le pannus granuleux paraît amélioré par l'ablation du cul-de-sac supérieur (Galezowski) et surtout la syndectomie (Furnari). La péritomie simple ou ignée est très efficace. L'inflammation jéquiritique a donné de bons résultats et peut être indiquée dans le pannus très charnu. Quant à l'inoculation blennorrhéique, elle est trop répugnante pour être aujourd'hui employée.

XIII. — Kératite ponctuée.

§ 338. Le kératite ponctuée est superficielle ou profonde.

Kératite ponctuée superficielle. — Cette affection, décrite par Fuchs, vient d'être, au point de vue anatomique, par biopsie, l'objet de recherches importantes de Nuel. Elle présente, au début, les allures d'une conjonctivite catarrhale aiguë, puis, après quelques jours, se montrent de petites taches groupées en semis et parfois très nombreuses. Ces taches sont très superficielles mais ne produisent jamais d'ulcères. Elles persistent des semaines ou des mois et troublent la vision en raison de leur disposition et de leur nombre. On les observe chez les jeunes sujets. La guérison survient naturellement en quelques jours; elle est ordinairement brusque. Nuel a constaté des élevures épithéliales, contenues dans les lames de la cornée, et de l'œdème interstitiel. Pour cet auteur, ce serait une lymphangite de la conjonctive cornéenne; on comprend dès lors l'importance de la conjonctivite initiale et l'apparition ultérieure de la kératite. Il n'a pas trouvé de microbe spécial.

La guérison se fait spontanément, brusquement, pour les phénomènes irritatifs et plus lentement pour les taches kératiques. Comme thérapeutique, Nuel repousse les irritants; il n'a retiré aucun effet appréciable du salicylate de soude,

mais considère les injections de pilocarpine comme pouvant être utiles.

Kératite ponctuée profonde. — Elle est caractérisée par un trouble grisâtre des couches profondes de la cornée et surtout par un fin piqueté gris jaunâtre de la couche endothéliale. On voit nettement que les points grisâtres siègent en arrière de la cornée. On rencontre la kératite profonde dans les altérations de la chambre antérieure, surtout l'iritis séreuse, l'irido-cyclite syphilitique (Mauthner), certains néoplasmes ou corps étrangers de l'iris. Il s'agit évidemment de lésions épithéliales irritatives.

La kératite ponctuée profonde indique l'existence de lésions uvéennes et présente pour ce motif, une signification sérieuse. On la constate aisément à l'éclairage oblique et à la loupe.

Le traitement est celui de l'iritis et de la cause locale ou générale qui paraît en jeu : atropine, révulsifs. Si le tonus est élevé, l'ésérine et des paracentèses.

XIV. — Kératite interstitielle.

§ 339. On l'appelle encore kératite parenchymateuse à cause de son siège dans la substance propre de la cornée. Elle présente une forme circonscrite et une forme diffuse.

Kératite interstitielle circonscrite. — Au centre ou à la périphérie de la cornée, surtout au centre, on observe des taches grisâtres, confluentes, constituant une opacité large et plus ou moins épaisse. Ce sont des *infiltrations* lymphoïdes des couches profondes de la cornée. L'épithélium antérieur est souvent dépoli; l'épithélium postérieur et l'iris sont parfois affectés (kératite ponctuée postérieure). Les vaisseaux ciliaires se congestionnent et le cercle périkératique s'accroît; il y a de la photophobie et de fortes douleurs.

Les troubles cornéens persistent plus ou moins longtemps, puis tout revient progressivement à l'état normal. Certains

troubles de transparence peuvent toutefois se manifester pendant de longues années.

D'autrefois, à la suite d'une sclérite antérieure, la cornée se trouble, et l'on voit, près du limbe, une opacité vaguement triangulaire, à base périphérique, qui envahit plus ou moins la membrane transparente. Des poussées successives de sclérite entraînent de nouvelles opacités. Celles-ci deviennent, à la longue, bleuâtres, ardoisées et comme la sclérotique présente un aspect analogue, on dirait qu'elle empiète sur la cornée. Ces lésions sont persistantes.

Le rhumatisme (Arlt), la scrofule, la syphilis, diverses cachexies ont été incriminées; la cause véritable reste parfois inconnue.

Le traitement général visera surtout le rhumatisme ou la scrofule; localement on emploiera les mydriatiques et des cautérisations ignées ponctuées, qu'on renouvellera fréquemment.

Kératite interstitielle diffuse. — Cette affection est assez fréquente chez les enfants et les adolescents, mais très exceptionnelle chez l'adulte. Elle débute par des troubles de la cornée, au centre ou à la périphérie de cette membrane. L'épithélium devient terne, comme dépoli, et les couches sous-jacentes, surtout les couches profondes, sont parsemées de taches grisâtres, diffuses, souvent agglomérées. Des vaisseaux fins apparaissent autour du limbe et pénètrent, en se ramifiant, dans la substance propre de la cornée. On les reconnaît aisément à la loupe, à la lumière oblique et mieux encore, à l'image droite, avec un fort grossissement. Le trouble cornéen produit par les vaisseaux et la tache interstitielle est alors considérable et la vision très diminuée. L'iritis, l'irido-cyclite compliquent habituellement cette kératite. L'affection atteint parfois simultanément et d'ordinaire successivement les deux yeux.

Elle dure des semaines et des mois. Les troubles subjectifs sont généralement en rapport avec le degré de vascularisation et les complications uvéales. Il y a plus ou moins de douleur, de la photophobie et du larmolement. La céphalée est fré-

quente et l'embarras gastrique, habituel. Les degrés de cette affection sont d'ailleurs très nombreux et les divers symptômes, opacité, vascularisation, complications, présentent une intensité très variable suivant les sujets et aussi d'un œil à l'autre.

Il n'est pas très rare de voir la maladie rester stationnaire pendant un ou plusieurs mois, même dans le cours d'un traitement énergique, et ne

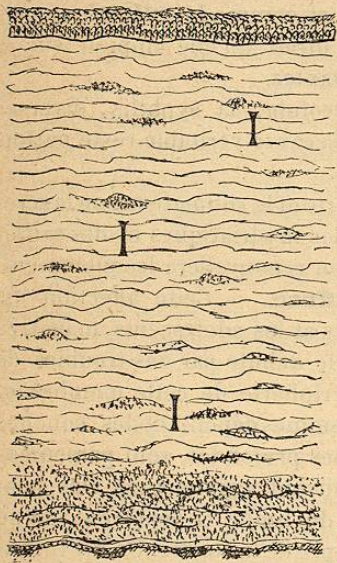


FIG. 23. — Kératite interstitielle.
Ea, épithélium antérieur; Ep, épithélium postérieur; I, zones ou îlots d'infiltration.

céder qu'à la longue et imparfaitement. L'amélioration marche de la périphérie au centre; des opacités centrales persistent longtemps et parfois sont définitives.

Les troubles oculaires de la kératite interstitielle siègent plutôt dans les parties profondes de la cornée et les parties antérieures de l'uvée.

Le stroma cornéen, surtout vers la membrane de Descemet, est infiltré de cellules lymphoïdes; on en trouve aussi dans la chambre antérieure et au niveau de la pupille, où se forment des exsudats. Des vaisseaux de nouvelle formation se rencontrent dans les lames cornéennes. L'épithélium antérieur s'exfolie, ce qui lui donne l'aspect chagriné, dépoli, mais il ne s'ulcère jamais. A la période de régression, les cellules d'infiltration se résorbent, les vaisseaux s'atrophient, mais il persiste souvent, vers le centre de la cornée ou la région pupillaire, des produits cicatriciels qui rendent la guérison incomplète.

Des troubles généraux se rencontrent ordinairement. Les sujets sont débiles, lymphatiques, rachitiques. On constate des rhinites, des pharyngites, des laryngites chroniques, des otorrhées avec affaiblissement de l'ouïe ou surdité, des arthrites, etc.; la voûte palatine a une forme ogivale très accentuée; le crâne présente parfois une dyssymétrie marquée et les commissures labiales sont striées de plis rayonnés.

Les dents surtout seraient caractéristiques. Elles sont mal ordonnées, souvent petites et écartées; les incisives présentent, sur leur bord libre, des dentelures en V ou en W.

Dans la classe aisée, chez les enfants ou les adolescents bien nourris, l'état général paraît bon; les traces de lymphatisme ou de rachitisme sont très affaiblies, mais il persiste presque toujours des altérations dentaires.

La fréquence, la presque constance des troubles ou lésions somatiques ont fait attribuer la kératite interstitielle à un vice originel de développement ou de nutrition générale. Mackensie la rattachait à l'ancienne scrofule, Hutchinson à la syphilis héréditaire; Panas la rapporte, d'une manière générique, à une cachexie dystrophique ou dyscrasique (Fournier).

La scrofule de Mackensie renferme beaucoup de tuberculose et surtout de syphilis; le lymphatisme conserve peut-être ici quelque valeur étiologique. La cachexie de Panas n'exclut aucune tare dystrophique ou dyscrasique. Quant à la syphilis, elle est certainement la cause la plus habituelle de la maladie et elle existe lorsqu'on retrouve nettement les trois signes qui constituent la triade symptomatique caractéristiques de l'héredo-syphilis, d'après Hutchinson, savoir: la kératite interstitielle, la surdité, la déformation des dents. On a constaté la syphilis héréditaire dans la moitié des cas; la syphilis acquise reste exceptionnelle.

La kératite interstitielle type se reconnaît à ses opacités diffuses, à sa vascularisation profonde, à ses complications uvéennes, aux troubles de nutrition générale et dentaire, enfin à sa marche lente.