

fines qu'à l'œil nu on ne peut qu'à peine ou pas du tout les distinguer. De là suit que la cornée peut être, dans son ensemble, unie, mais être en même temps mate, semblable à un verre dépoli. Par un examen minutieux, surtout au moyen de la loupe, on observe que l'absence d'éclat de la cornée peut dépendre de deux espèces de rugosités. Tantôt on trouve à la surface de la cornée de très petites pertes de substance qui la font paraître comme piquetée à l'aiguille. Cet état dépend de ce que, en beaucoup d'endroits, des cellules épithéliales isolées sont tombées et ont laissé à leur place de petites fossettes. D'autres fois on remarque, au contraire, que les aspérités cornéennes dépendent de petites élevures à sa surface et, dans ce cas, la cornée paraît comme chagrinée. Il s'agit ici de nombreux soulèvements de cellules épithéliales sous forme de vésicules.

3° La transparence de la cornée est une propriété qui dépend du parenchyme cornéen, et non pas de sa surface qui n'est qu'une conception mathématique, le plan de séparation entre la cornée et l'air ambiant. Des troubles de transparence notables de la cornée se remarquent de loin, mais, pour reconnaître les troubles légers, il est souvent nécessaire de se servir de l'éclairage latéral et même de la loupe. Au moyen de ces procédés, on établit la forme, l'étendue et l'état de saturation du trouble de transparence. On constate si celui-ci siège dans les couches superficielles ou profondes, s'il est diffus ou bien s'il est constitué de petits points, de taches ou de traits. Certains troubles de transparence de la cornée qui, vus à l'œil nu, semblent diffus, se montrent à la loupe formés par un amas de petits points troubles. Plus tard cependant, ces points peuvent s'étendre et devenir confluent, de façon à ne plus former qu'une tache uniforme.

4° La sensibilité de la cornée s'essaie en la touchant avec une barbe de plume ou une rognure de papier. Cette sensibilité, dans un grand nombre d'affections cornéennes, diminue de finesse ou est même quelquefois entièrement abolie.

## I. — INFLAMMATION DE LA CORNÉE

### Généralités

§ 31. Dans le cours d'une inflammation de la cornée (kératite) (1), on observe les stades suivants : l'inflammation débute par une infiltration (fig. 28). Il pénètre dans l'épaisseur du parenchyme cornéen un plus

(1) κέραξ, corne.

grand nombre de cellules qui constituent l'exsudat. Par suite, le point malade perd sa transparence. Cependant le niveau de la cornée reste normal à cet endroit, seulement l'épithélium souffre en ce qu'il perd son éclat de façon que la surface cornéenne y paraît mate. Les signes cliniques de l'infiltration sont donc : troubles de transparence de la cornée, perte de son éclat à leur niveau sans inégalités de la surface. L'évolution ultérieure de l'infiltration est différente suivant qu'elle passe à la résorption ou à la suppuration.

a) L'infiltration passe à la résorption dans les cas où l'accumulation de l'exsudat entre les lamelles cornéennes n'est pas trop prononcée, de façon que ces lamelles se conservent et que nulle part le tissu cornéen ne se détruit. Alors la résorption de l'exsudat constitue le second stade de

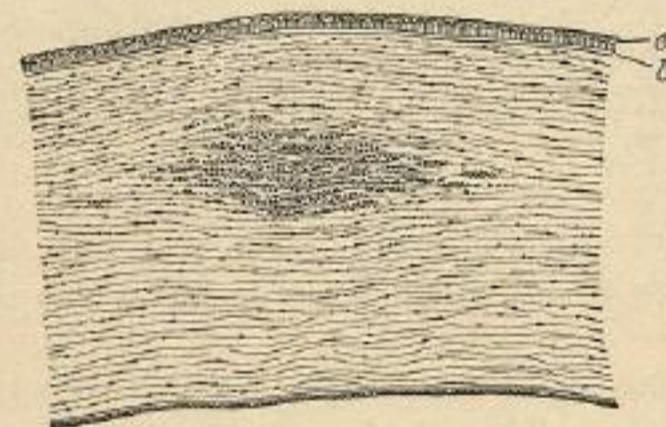


Fig. 28. — Infiltration cornéenne, d'après SAEMISCH. — L'épithélium *a* et la membrane de Bowman *b* sont conservés au-dessus de l'infiltration.

l'inflammation et le processus morbide se termine là. — Dans les cas favorables, où les cellules formant l'exsudat disparaissent par résorption, les points malades peuvent redevenir complètement normaux et regagner leur transparence : guérison sans suites permanentes, c'est-à-dire sans opacités. Il arrive cependant quelquefois que la substance fondamentale de la cornée n'a pas été détruite, mais a subi une dégénérescence qui a modifié sa structure au point que, après la disparition de l'exsudat, elle ne reprend plus sa transparence normale. D'autres fois, il arrive encore que l'exsudat, accumulé entre les lamelles cornéennes, ne se résorbe pas complètement, mais finit par s'organiser partiellement et trahit sa présence par l'existence d'opacités permanentes. Dans les deux derniers cas, l'infiltration se guérit en laissant après elle des troubles de transparence qui ne disparaissent plus. — Tous les cas d'inflammation de la cornée, où l'exsudat se résorbe sans perte de la substance fondamentale, sont désignés sous le nom générique de *kératites non suppurées*.

b) L'infiltration passe à la suppuration quand elle devient incompatible

avec la vie de la substance fondamentale de la cornée, de sorte que cette substance se détruit. L'inflammation entre ainsi dans son deuxième stade, celui de la suppuration, qui entraîne une destruction locale de la cornée. Ces cas d'inflammation cornéenne sont désignés sous le nom de *kératites*

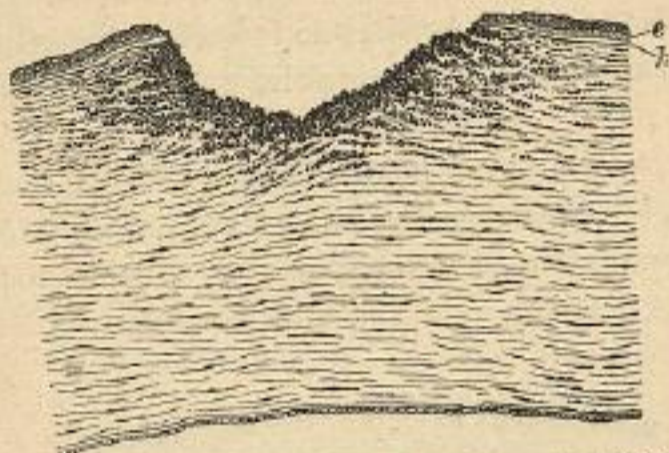


FIG. 29. — *Ulcère cornéen au stade progressif*, d'après SAKMUSCH. — Le fond de l'ulcère est formé par un amas de globules de pus, qui s'infiltrent encore à une certaine distance entre les lamelles cornéennes voisines. Aux bords de l'ulcère, qui sont un peu soulevés, l'épithélium *e* et la membrane de Bowman *b* s'arrêtent brusquement.

*suppuratives*. Suivant que la suppuration prend naissance dans les couches superficielles ou profondes, elle affectera la forme d'un abcès ou d'un ulcère.

Il se développera un *ulcère*, lorsque l'infiltration est plus intense

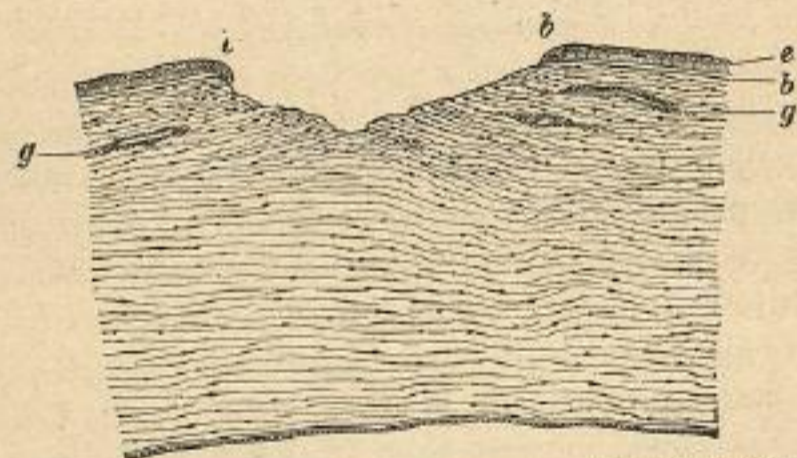


FIG. 30. — *Ulcère cornéen au stade régressif*, d'après SAEMISCH. — Le fond de l'ulcère est constitué par les lamelles cornéennes mises à nu, entre lesquelles on remarque encore une légère infiltration cellulaire. Aux bords de l'ulcère *b*, l'épithélium *e* commence à pousser vers le fond. Vers l'ulcère se dirigent les vaisseaux de néoformation *g*, qui siègent dans les couches superficielles de la cornée.

dans les couches superficielles que dans les couches profondes, et que, par conséquent, la fonte purulente commence dans les premières (fig. 29). Cette dégénérescence produit une perte de la substance superficielle, qui prend la forme d'une excavation à la surface de cornée. La perte de substance ne comprend d'abord que les parties qui étaient le

plus infiltrées et qui sont ainsi les premières détruites; tout autour on voit des couches qui sont également infiltrées mais à un degré moindre.

L'infiltration de l'ulcère s'étend donc aussi bien au fond qu'aux bords, d'où lui vient le nom d'*ulcère infiltré* (progressif). Plus tard les parties infiltrées qui forment le fond et les bords de l'ulcère s'éliminent pour autant qu'elles ont perdu leurs propriétés vitales, tandis que les parties du tissu cornéen, qui les ont conservées, persistent et redeviennent transparentes par résorption de l'exsudat qui les pénètre. De cette façon, il est vrai, l'ulcère s'est quelque peu agrandi, mais l'opacité au pourtour de l'ulcère a disparu. Celui-ci est devenu uni et transparent au fond et vers les bords: *ulcère détergé* (*régressif*).

Le plus important des signes cliniques qui permettent de diagnostiquer un ulcère est l'inégalité de la surface cornéenne, consistant en une excavation, une perte de substance. Lorsque l'ulcère n'est pas détergé, il est entouré d'un tissu cornéen opacifié qui de plus est mat à la surface, et le fond de l'ulcère est gris et inégal. Mais, lorsque l'ulcère est détergé, le trouble de la périphérie est peu notable ou manque complètement et le fond et les bords de la perte de substance sont unis et brillants; l'ulcère « miroite ».

L'*abcès* naît de ce que l'infiltration est particulièrement intense dans les couches profondes de la cornée et qu'elle y produit d'abord la fonte purulente du tissu cornéen. Ainsi, par exemple, l'infiltration représentée dans la figure 28 deviendrait un abcès si elle passait à la suppuration. L'abcès de la cornée n'est donc autre chose qu'un foyer purulent limité en avant et en arrière par des couches cornéennes non encore dégénérées (fig. 31, *a*).

Les signes cliniques de l'abcès de la cornée consistent en une opacité jaune située dans cette membrane, opacité qui répond, non à une perte de substance, mais à un simple dépoli de la surface cornéenne. Ultérieurement l'abcès se transforme, en définitive, par destruction des couches cornéennes antérieures, en un véritable ulcère et en revêt tous les caractères.

Toute kératite suppurative entraîne une perte de substance de la cornée. Cette perte doit être réparée par du tissu de nouvelle formation, c'est

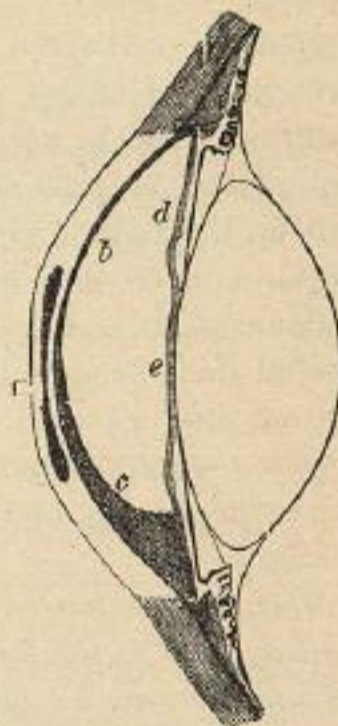


FIG. 31. — *Dessin schématisé d'un abcès cornéen*. — Au niveau de l'abcès la face antérieure de la cornée s'est affaissée, parce que l'abcès est plus épais au pourtour qu'au centre. La face postérieure de la cornée est tapissée par la mince couche exsudative *b*, qui recouvre également la face antérieure de l'iris *d* ainsi que la cristalloïde antérieure *e*. Cet exsudat devient plus abondant en bas et forme ainsi l'hypopyon *c*.

le troisième stade du processus inflammatoire, celui de la *cicatrisation*. Le tissu de nouvelle formation n'est pas du tissu cornéen, mais simplement du tissu conjonctif, qui n'est par conséquent pas transparent (fig. 32). Il s'ensuit que la kératite suppurative laisse toujours après elle une opacité permanente. Le principal signe clinique de la cicatrice est l'opacité. Au niveau de la cicatrice, la surface de la cornée a repris tout son poli, parce que le revêtement épithélial est normalement rétabli; l'excavation, la perte de substance ont disparu; tout au plus remarque-t-on une légère facette.

*Résumé.* — D'après ce qui vient d'être dit, la kératite non suppurative présente deux stades: le stade d'infiltration et celui de la résorption. Au contraire, dans la kératite suppurative, nous en distinguons trois: celui de l'infiltration, celui de la suppuration et celui de la cicatrisation (réparation). Le stade de suppuration comprend deux périodes: la période progressive (ulcère non détergé) et la période régressive (ulcère détergé).

Pour établir le diagnostic de la forme de l'inflammation cornéenne, ainsi que du stade auquel elle est arrivée, on suit la marche suivante: d'abord on fait miroiter la cornée. *Si la surface de la cornée est mate, il s'agit d'une affection récente; de plus, s'il n'y a pas de perte de substance, on a affaire à une infiltration ou à un abcès; s'il y a perte de substance, à un ulcère progressif.*

*Mais, si la surface est luisante, on a affaire à une affection plus ancienne; y a-t-il perte de substance nous nous trouvons devant un ulcère régressif; n'y en a-t-il pas, il s'agit d'une cicatrice.*

§ 32. VASCULARISATION DE LA CORNÉE. — Dans les inflammations de la cornée, il n'est pas rare d'observer le développement de vaisseaux qui partent du bord et s'avancent vers le centre de cette membrane. Ce phénomène se remarque le plus souvent pendant la période de guérison des ulcères cornéens. Au moment où l'ulcère commence à se déterger, du point du bord cornéen le plus rapproché de l'ulcère, on voit partir des vaisseaux sanguins. Ces vaisseaux sont situés dans les couches les plus superficielles de la cornée et tendent à se rapprocher des bords de l'ulcère, qu'ils ne tardent pas à atteindre (fig. 30, g). Leur but principal paraît être de fournir les matériaux nécessaires pour combler les pertes de substance. Leur apparition doit donc être considérée comme un phénomène favorable, car l'on sait qu'aux points où les vaisseaux ont atteint l'ulcère il n'y a plus à craindre que celui-ci s'étende, au contraire il s'y dispose à se cicatriser. Après le comblement de la perte de substance, les vaisseaux disparaissent peu à peu, de sorte qu'une cicatrice en contient d'autant moins, qu'elle est plus vieille. Cependant, dans les grandes cicatrices, les vaisseaux sanguins ne disparaissent jamais entièrement.

Dans d'autres cas, le développement de vaisseaux dans la cornée accompagne la *marche progressive du processus inflammatoire* et appartient ainsi, comme l'exsudat même, aux phénomènes cliniques de l'inflammation. La kératite parenchymateuse vasculaire fournit le meilleur exemple de cette forme d'inflammation (§ 43).

De ces deux espèces de développements de vaisseaux, diffère celui qui constitue un des phénomènes du *pannus*. Ici ce n'est pas dans la cornée même que siègent les vaisseaux, mais bien dans un tissu de nouvelle formation qui recouvre cette membrane et dont ils forment une partie essentielle (fig. 22).

Il est très important d'établir le *siège* superficiel ou profond des vaisseaux de la cornée, car, par cette situation seule, on peut souvent diagnostiquer l'espèce de kératite à laquelle on a affaire. Le pannus fournit le type de la vascularisation superficielle; la kératite parenchymateuse, celui de la vascularisation profonde.

Les signes qui nous permettent de distinguer ces deux espèces de vascularisation sont mis en regard dans le tableau suivant:

#### *Vaisseaux superficiels*

Ceux-ci prennent leur origine dans le réseau périphérique du limbe, et peuvent être suivis de la cornée jusque dans le limbe et au delà dans la conjonctive.

Ils sont clairement visibles à cause de leur situation superficielle et ils possèdent une coloration d'un rouge vif.

Les vaisseaux se ramifient comme les branches d'un arbre.

La surface cornéenne n'est pas lisse, par la raison que les vaisseaux soulèvent l'épithélium qui les recouvre immédiatement.

#### *Vaisseaux profonds*

Les vaisseaux profonds viennent de la sclérotique tout près du bord cornéen et paraissent ainsi s'arrêter brusquement au niveau du limbe, derrière lequel ils disparaissent pour pénétrer dans la sclérotique.

Ils sont voilés et se reconnaissent à peine à leur teinte rougeâtre, d'un rouge sale (rouge gris), recouverts qu'ils sont par les couches opaques de la cornée derrière lesquelles ils sont situés.

Les vaisseaux présentent des ramifications parallèles entre eux (ramification en branches de balai).

La surface cornéenne est mate, mais ne présente pas d'inégalités.

PARTICIPATION DES ORGANES VOISINS. — Toute kératite s'accompagne de phénomènes inflammatoires des organes voisins, dont le plus important est:

a) *L'injection des vaisseaux.* L'injection ciliaire est caractéristique dans l'inflammation de la cornée. Si la kératite est intense, on voit aussi survenir l'injection conjonctivale qui recouvre plus ou moins l'injection ciliaire. Les inflammations suppuratives très intenses de la cornée provoquent le gonflement œdémateux de la conjonctive et même des paupières.

b) L'iris et même le corps ciliaire s'enflamment, en présence d'une kératite violente, au point que l'on observe les symptômes de l'iritis et de l'iridocyclite (voir § 67 et 68). Ces inflammations concomitantes peuvent devenir si graves qu'elles causent la perte de l'œil.

c) *L'hypopyon (1)* est l'accumulation d'un exsudat purulent au bas de la chambre antérieure (fig. 31, c). C'est un phénomène fréquent dans les kératites suppuratives. On remarque, à la partie inférieure de la chambre antérieure, le dépôt d'une masse jaune qui, à cause de sa consistance liquide, est limitée en haut par une ligne horizontale et se déplace, par les mouvements de la tête, vers les parties les plus déclives de la chambre antérieure. Dans d'autres cas, la masse est visqueuse ou gommeuse, de sorte que, vue de face, la limite supérieure en est convexe ou présente la forme d'une masse compacte reposant au fond de la chambre antérieure, sans changer de place par les mouvements du corps. — Le pus de l'hypopyon est le plus souvent fourni par la cornée aussi bien que par l'iris, qui participe aussi à l'inflammation. Ces deux organes déversent une partie de leur exsudat dans la chambre antérieure. La quantité de pus ainsi fourni diffère suivant les cas : tantôt on en voit à peine des traces dans l'angle inférieur de la chambre antérieure, tantôt celle-ci en est entièrement remplie. — L'hypopyon peut disparaître par résorption. La résorption est d'autant plus active que l'hypopyon est plus liquide. Des masses exsudatives plus épaisses peuvent s'organiser et donner lieu à l'occlusion de la pupille ou (plus rarement) à une soudure de l'iris à la face postérieure de la cornée.

d) Les symptômes *subjectifs* des inflammations cornéennes sont les douleurs et la photophobie, accompagnées, comme toujours, de larmolement et de spasme palpébral ainsi que de troubles visuels. Mais ces symptômes se présentent avec une intensité très diverse suivant les cas.

Les phénomènes *histologiques* de l'inflammation de la cornée ont été l'objet des plus actives recherches surtout au point de vue expérimental, parce qu'on a voulu résoudre par cette voie la question de l'inflammation en général. La cornée est tout indiquée pour servir de sujet à de semblables études en raison de sa transparence et de la forme caractéristique des éléments fixes de son tissu. Il n'y a pas de doute que toute kératite ne soit accompagnée d'une augmentation du nombre de ses éléments cellulaires. C'est l'accumulation de ces cellules qui provoque le

(1) ὕπὸ καὶ πύον, pus.

trouble de transparence cornéenne visible à l'œil nu, et qui, dans les cas où elle est particulièrement forte, amène la suppuration. Au contraire, on n'est pas parvenu à s'accorder sur l'origine des cellules nouvelles qui se montrent dans la cornée. Les uns, dont *Cohnheim* est le chef, les considèrent comme des globules blancs du sang sortis des vaisseaux du bord cornéen, pour pénétrer dans le tissu de la cornée. Les autres, *Stricker* à leur tête, considèrent ces cellules comme venant de la multiplication des corpuscules fixes de la cornée. Mes propres expériences m'ont donné la conviction qu'aussi bien dans la cornée que dans d'autres tissus ces deux facteurs entrent en jeu en même temps. À côté des corpuscules blancs du sang qui pénètrent dans le tissu cornéen, il y a aussi prolifération des cellules propres de la cornée. De cette manière, les nouvelles cellules que l'on remarque dans cet organe proviennent de l'une et de l'autre source, sans que l'on puisse distinguer plus tard d'où vient chacune d'elles.

Pour la cicatrisation définitive de la perte de substance produite par l'inflam-

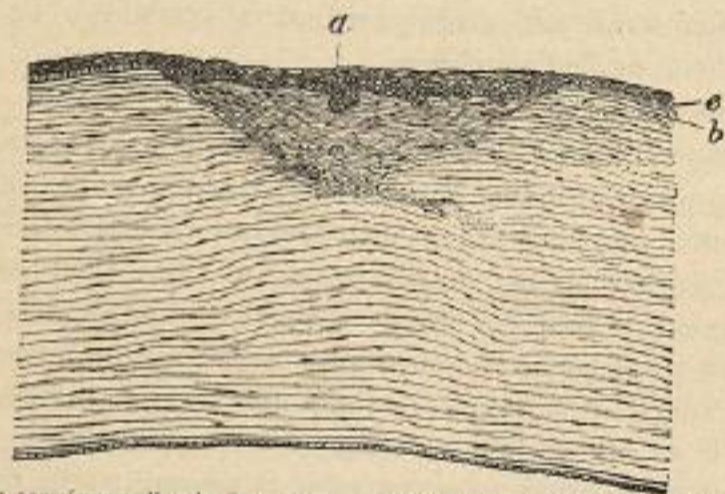


FIG. 32. — Cicatrice cornéenne, d'après Samson. — L'épithélium *e* existe partout; cependant sur la cicatrice, il est irrégulier, et, par places — en *a* — épaissi. La membrane de Bowman *b* manque à l'endroit de la cicatrice. Celle-ci se distingue du tissu normal de la cornée par sa texture plus dense et moins régulière.

ation, il faut prendre en considération autant la régénération de l'épithélium que celle de la trame cornéenne. L'épithélium cornéen est remplacé par une prolifération de l'épithélium des bords de l'ulcère. Si la perte de substance intéresse l'épithélium seul, celui-ci se régénère intégralement sans laisser aucune opacité. Au contraire, toute perte de substance de la trame cornéenne se comble par du tissu cicatriciel qui se forme aux dépens du fond et du bord. Le rôle principal, dans ce processus, est dévolu aux cellules fixes de la cornée situées dans le voisinage de l'ulcère. Ces cellules se multiplient par division et se transforment ultérieurement en fibres de tissu conjonctif. Le tissu ainsi formé diffère cependant essentiellement du tissu cornéen normal (fig. 32). Il lui manque la disposition régulière des fibres normales de la cornée, ainsi que les corpuscules étoilés fixes qui sont remplacés par des cellules ordinaires de tissu conjonctif. Jamais la membrane de Bowman (fig. 32, *b*) ne se régénère. L'épithélium (fig. 32, *e*) s'applique immédiatement sur le tissu cicatriciel et forme une ligne irrégulière parce qu'il n'est pas également épais partout. Il s'ensuit que le tissu cicatriciel ne possède

pas la transparence du tissu cornéen normal, et déjà, à l'œil nu, on peut le reconnaître comme une opacité. Lorsque le tissu cicatriciel existe depuis longtemps, sa structure se rapproche un peu plus de celle du tissu cornéen. Il gagne ainsi en transparence, et l'on constate un « éclaircissement » de l'opacité. Pourtant cet éclaircissement ne devient complet que lorsque la cicatrice est petite et superficielle.

Une perte de substance profonde n'attend pas qu'elle soit complètement comblée par du tissu cicatriciel pour se recouvrir d'épithélium. Au contraire, l'épithélium se reproduit déjà dès que l'ulcère est détergé et il se met à recouvrir celui-ci, à un moment où le tissu cicatriciel n'existe pas encore ou bien n'existe qu'en une couche très mince (fig. 30, *b*). A ce moment l'ulcère est encore presque transparent par suite de l'absence du tissu cicatriciel opaque, il est lisse et miroitant à cause de la couche épithéliale qui s'est reproduite. La formation de tissu cicatriciel continuant, l'épithélium qui couvre celui-ci remonte jusqu'au niveau normal. A mesure que la couche de tissu cicatriciel s'épaissit, l'opacité devient naturellement plus prononcée, mais ce serait une erreur profonde si le médecin en concluait à une aggravation de l'état de l'inflammation.

Pour diagnostiquer la nature de l'inflammation cornéenne, il faut s'en rapporter aux signes mentionnés plus haut, notamment à l'éclat, à l'égalité et à la transparence de la cornée. Cependant on ne trouve pas toujours ces signes aussi schématiquement réunis que nous l'avons dit. Quelques exemples serviront à montrer dans quels cas des exceptions pourront se rencontrer : Ainsi des troubles de la transparence cornéenne pourront être de vieille date, tandis que la cornée paraîtra mate et chagrinée, à cause de l'augmentation de la pression intraoculaire. D'autre part, la surface cornéenne n'est pas toujours unie en cas d'infiltration ou de cicatrice. En effet, s'il y a infiltration, la cornée est souvent bombée en avant, en raison de l'accumulation des exsudats dans son tissu, et lorsqu'il existe des cicatrices, elle présente souvent des facettes parce que la perte de substance n'a pas été complètement réparée. Dans les cas douteux, il est bon de s'en rapporter encore à d'autres éléments qui pourront fournir une base pour établir le diagnostic. Ainsi l'opacité cicatricielle est d'ordinaire plus nettement délimitée que celle provenant d'une inflammation en cours. La teinte de cette dernière opacité passe du gris au blanc jaunâtre et au jaune pur; au contraire, la cicatrice prend une teinte blanche pure ou, si elle est peu épaisse, blanc bleuâtre. D'ailleurs les processus inflammatoires récents sont accompagnés d'autres accidents réactionnels (injection ciliaire, etc.) qui manquent dans le cas de cicatrices. De l'ensemble de toutes ces circonstances, on pourra presque toujours déduire le diagnostic exact.

L'hypopyon est principalement formé de cellules de pus. Les auteurs diffèrent autant d'opinion sur sa provenance que sur l'origine de l'exsudat dans la cornée même. En effet, d'après les uns, il proviendrait surtout de la cornée, et, d'après les autres, l'uvée seule (iris et corps ciliaire) en fournirait les éléments. Ici encore, la vérité se trouve entre les deux opinions, puisque l'un et l'autre organe fournissent chacun son contingent. Les corpuscules de pus, sortant du foyer d'infiltration, passent par les couches postérieures de la cornée et finissent par tomber dans l'humeur aqueuse. On voit en effet souvent, notamment dans le cas d'abcès

de la cornée, que du point de ce dernier organe qui correspond au foyer purulent, le pus se continue sous forme de filaments minces vers l'hypopyon. C'est en raison de ce fait que celui-ci, vu de face, présente en haut une limite convexe et que le pus recouvre la paroi postérieure de la cornée, en s'y élevant beaucoup plus haut qu'à la face antérieure de l'iris (fig. 31, *c*). Dans ce cas, la vue peut pénétrer à une certaine profondeur derrière l'hypopyon. Une autre interprétation était donnée autrefois à ces phénomènes. Beaucoup d'auteurs plaçaient les filaments purulents ainsi que l'hypopyon lui-même dans l'épaisseur de la cornée et ils admettaient une fusion du pus entre les lamelles cornéennes. On expliquait la forme aplatie de l'hypopyon, ainsi que la convexité de son niveau, par ce que le pus était resserré entre les lamelles cornéennes. C'est pour ce motif qu'on comparait l'hypopyon à la lunule des ongles des doigts, d'où on lui donnait le nom d'onguis ou d'onix (ongle). Cette expression signifierait donc la descente d'un dépôt purulent entre les lamelles cornéennes. A l'occasion de l'incision d'un abcès de la cornée avec ouverture de la chambre antérieure (d'après Saemisch), on pourra facilement se convaincre que le prétendu onix est situé dans la chambre aqueuse et n'est autre chose qu'un hypopyon d'une forme particulière.

Une autre partie de l'hypopyon est fournie par l'uvée enflammée. Cela résulte de ce fait qu'un grand nombre de corpuscules purulents contiennent des granulations pigmentaires prises dans l'uvée enflammée. L'exsudat fourni par l'uvée (iris et corps ciliaire) se mêle à l'humeur aqueuse et finit par la troubler. Plus tard ces cellules tombent au fond de la chambre aqueuse et concourent à la formation de l'hypopyon. D'autre part, une partie de l'exsudat suspendu dans l'humeur aqueuse s'attache souvent à la paroi postérieure de la cornée (fig. 31, *b*; comp. aussi fig. 64, *b* et *f*). Dans ce cas, à côté de l'opacité circonscrite correspondant au foyer inflammatoire, on remarque encore dans toute l'étendue de la cornée un trouble de transparence diffus, résultant de la présence d'une mince couche d'exsudat qui recouvre sa paroi postérieure.

La résorption de l'hypopyon s'opère principalement à travers les mailles du ligament pectiné (§ 64). La rapidité avec laquelle cette absorption se produit n'est soumise à aucune règle. Maintes fois, un hypopyon fort étendu ne se retrouve presque plus au bout de vingt-quatre heures; ailleurs l'hypopyon persiste si longtemps qu'il finit par s'organiser. D'autres fois, on observe que le niveau de l'hypopyon change rapidement de hauteur; tantôt il s'élève, tantôt il s'abaisse.

Les vaisseaux sanguins qui se forment pendant la cicatrisation d'un ulcère semblent persister encore longtemps à l'état de vacuité. Prenons, par exemple, un œil couvert d'une cicatrice qui n'est plus tout à fait récente, mais qui, en apparence, ne contient plus que peu ou point de vaisseaux. Pratiquons à cet œil une iridectomie, ce qui produit dans l'œil un certain degré d'irritation. Alors il se fait souvent que, déjà dès le lendemain, non seulement la cicatrice, mais aussi les parties voisines de la cornée transparente sont parcourues par des vaisseaux. Il va sans dire qu'il est impossible que ces vaisseaux se soient développés en si peu de temps et que, pour expliquer leur présence, il faut admettre que d'anciens vaisseaux vides qui persistaient encore se sont de nouveau remplis de sang. — Également après les kératites non suppuratives, par exemple après la kératite paren-

chymateuse, il reste dans les couches profondes de la cornée des vaisseaux très fins, visibles seulement à la loupe, mais persistant souvent pendant plusieurs années (*Hirschberg*).

#### DIVISION DE LA KÉRATITE

§ 33. La division de la kératite en suppurative et non suppurative répond le mieux aux exigences de la pratique. Dès qu'elle occasionne une destruction du tissu cornéen, toute kératite suppurative entraîne une opacité qui, dans beaucoup de cas, trouble les fonctions visuelles. Mais aussi longtemps qu'il n'y a pas de fonte purulente du tissu cornéen — comme dans la kératite non suppurative —, on peut espérer le rétablissement complet de la transparence de la cornée, et, en fait, ce rétablissement est fréquent. La division admise ci-dessus correspond aux caractères essentiels des inflammations cornéennes. Ce n'est, en effet, pas le fait d'un accident que le passage d'une infiltration à la suppuration ou à la résorption. Le plus souvent, dès le début, dans les formes à tendance suppurative, on observe des caractères tout différents de ceux qui accompagnent les formes non suppuratives. La distinction entre ces deux catégories d'inflammation ne résulte donc pas seulement des conséquences qu'elles entraînent, mais encore des phénomènes cliniques dont elles sont accompagnées. A chaque catégorie appartient un certain nombre de formes différentes dont les plus importantes sont indiquées dans le schéma ci-dessous.

#### A. — KÉRATITE SUPPURATIVE

- 1° Ulcère de la cornée;
- 2° Abscess de la cornée;
- 2° Kératite, suite de lagophthalmos;
- 4° Kératomalacie;
- 5° Kératite neuroparalytique.

#### B. — KÉRATITE NON SUPPURATIVE

##### a) Formes superficielles

- 1° Pannus;
- 2° Kératite avec formation de vésicules.

#### b) Formes profondes

- 3° Kératite parenchymateuse;
- 4° Kératite profonde;
- 5° Kératite sclérosante;
- 6° Kératite venant de la paroi postérieure de la cornée.

#### A. — KÉRATITE SUPPURATIVE

##### 1° ULCÈRE CORNÉEN

§ 34. SYMPTÔMES ET MARCHÉ. — Tout ulcère de la cornée provient d'une infiltration superficielle de son tissu. D'abord on observe un point de la cornée qui se trouble et dont la surface est mate (infiltration). Puis on voit s'exfolier l'épithélium au niveau du point malade et bientôt, à la suite de la destruction du tissu cornéen aux points les plus fortement infiltrés, il se produit une perte de substance dans le parenchyme de la cornée, et l'ulcère est constitué. La cornée est d'abord infiltrée dans le pourtour de l'ulcère, ce qui se reconnaît à ce que le fond en est gris et inégal, en même temps que les bords présentent aussi un trouble de transparence grisâtre. Souvent aussi l'on voit les bords de l'ulcère entourés d'une zone grise assez étendue; d'autres fois des stries grises, partant de l'ulcère, s'étendent en différentes directions dans la cornée transparente. Nous avons ici affaire à un ulcère infiltré ou *progressif* (fig. 29). Dans les cas favorables, la destruction de la cornée ne s'étend pas au-delà de la portion qui, dès le début, était trop infiltrée pour conserver sa vitalité. Alors l'ulcère se nettoie rapidement sans acquérir de grandes dimensions. Cependant très fréquemment il arrive qu'en même temps que la dégénérescence des parties les plus infiltrées se produit l'opacité inflammatoire s'élargisse et que des points nouveaux de la cornée soient envahis par l'infiltration. Si ces points tombent à leur tour en fonte purulente, l'ulcère s'étend de plus en plus. L'extension se fait tantôt plus en profondeur, tantôt plus en largeur. Dans le premier cas, on doit craindre une perforation de la cornée; dans le second, une partie de plus en plus large de la cornée peut se détruire et occasionner une opacité étendue. L'extension de l'ulcère en largeur s'opère souvent de préférence dans une certaine direction, ce que l'on reconnaît facilement à ce que le côté correspondant du bord de l'ulcère est particulièrement gris ou jaune opaque. Quelquefois il arrive encore que l'ulcère s'étende constamment d'un côté, tandis que du côté opposé il se cicatrise dans la