

cornée. Cette opacité a beaucoup de ressemblance avec l'arc sénile, mais elle s'en distingue cependant surtout en ce qu'elle n'est pas séparée du bord de la sclérotique par une bandelette transparente, mais se confond avec elle sans limites bien marquées. Cette kératite n'est pas accompagnée d'iritis et n'est pas non plus suivie d'ulcère de la cornée; deux fois seulement j'ai pu observer un petit ulcère superficiel sur la cornée. En raison de la situation marginale de l'opacité, cette kératite est sans danger pour la vue. Je n'ai pas rencontré dans les traités la description de cette kératite, sauf dans le *Manuel de Art* qui la décrit comme appartenant à la kératite sclérosante, bien que jamais je n'aie rencontré de symptômes de sclérite coexistant avec cette inflammation de la cornée.

II. — BLESSURES DE LA CORNÉE

§ 43. 1° CORPS ÉTRANGERS DANS LA CORNÉE. — L'introduction de petits corps étrangers dans les couches les plus superficielles de la cornée doit être comptée parmi les accidents les plus fréquents. Ceux qu'on observe le plus souvent dans la cornée sont de petits fragments de fer, notamment chez certains ouvriers tels que : serruriers, forgerons, tourneurs en fer, etc. Ces particules n'ont pas l'apparence du fer métallique, mais paraissent d'un brun foncé ou noir. Les particules de fer, notamment celles qui se détachent par exemple sous l'effort du marteau, s'échauffent et sautent sous forme d'étincelles. De plus ces particules s'oxydent et deviennent un oxydoxydure de fer et c'est sous cette forme qu'on les trouve dans la cornée. Dans le cas où le fragment de fer reste fixé dans la cornée, il s'entoure promptement d'un anneau brun, parce que les parties immédiatement limitrophes de la cornée s'imbibent de cet oxyde et prennent ainsi une teinte brunâtre. On rencontre encore souvent dans la cornée des fragments de charbon, par exemple chez les chauffeurs, ou après un voyage en chemin de fer, ou des fragments de pierre chez les tailleurs de pierre, les casseurs de pierres, etc.

Les corps étrangers introduits dans la cornée doivent être enlevés le plus tôt possible. S'ils sont situés superficiellement, on réussit facilement à les extraire au moyen d'un instrument approprié. A cet effet, on se sert d'une aiguille spéciale, élargie à son extrémité ou d'un instrument ayant la forme d'un petit ciseau creux; à défaut de ces instruments, on peut se servir d'une aiguille à coudre bien effilée ou de la pointe d'un fin couteau, en y mettant naturellement toute la prudence voulue. Il est très avantageux de rendre au préalable la cornée insensible, en instillant plusieurs gouttes d'une solution de cocaïne à 5 0/0. Quand il s'agit de fragments de fer, outre le corps étranger, il faut encore enlever par le grattage l'anneau limitrophe de tissu cornéen teint en brun.

Si le corps étranger n'est pas extrait à temps, il s'élimine par voie suppu-

rative. Tout autour du corps étranger il se produit une infiltration inflammatoire qui entoure le corps étranger sous l'aspect d'un anneau gris. Plus tard le tissu cornéen se détruit, le corps étranger devient libre et finit par tomber. L'ulcère qui en résulte se nettoie généralement avec rapidité et se cicatrise en laissant dans la cornée une légère opacité. Ce processus éliminateur s'accompagne de phénomènes irritatifs violents, notamment d'hyperémie ou même d'une inflammation de l'iris et se trahit par la formation d'un hypopyon et de synéchies. Ce n'est que quand il s'agit de grains de poussière ou de chaux que l'on a observé que, sans provoquer une inflammation, ces corps étrangers ont pu séjourner dans la cornée et s'y enkyster définitivement.

Des cas plus rares, mais aussi plus sérieux, sont ceux où un petit corps étranger a pénétré dans les couches profondes de la cornée. Alors il est souvent nécessaire, pour réussir à extraire le corps étranger, d'inciser les lamelles cornéennes qui le recouvrent, afin de le saisir au moyen d'une pince. Si la pointe du corps étranger plonge jusque dans la chambre antérieure, on court le danger qu'en essayant de le saisir on le pousse plus en avant, et que par sa pointe il blesse la capsule cristallinienne. Dans un tel cas, il est quelquefois indiqué d'ouvrir d'abord la cornée à sa périphérie, d'introduire un instrument dans la chambre antérieure, et de pousser ainsi le corps étranger d'arrière en avant, afin de parvenir à le saisir et à l'extraire.

2° SOLUTIONS DE CONTINUITÉ DANS LA CORNÉE. — Les lésions superficielles de la cornée qui entraînent une simple perte de substance du revêtement épithélial sont désignées sous le nom d'érosions: elles appartiennent aux lésions les plus fréquentes. Elles résultent d'une égratignure avec l'ongle, avec un essuie-mains rude, une feuille rigide, ou une petite branche, etc. Des lésions de ce genre sont ordinairement accompagnées de phénomènes inflammatoires passablement violents, tels que photophobie, larmoiement et surtout de douleurs vives. A l'examen de l'œil, on observe, à côté de l'injection ciliaire, une perte de substance de l'épithélium dont le fond est parfaitement transparent; aussi n'est-ce qu'en faisant miroiter la cornée qu'on parvient à découvrir cette perte de substance. La guérison s'opère le plus souvent au bout de quelques jours par une régénération de l'épithélium, procédant du bord de la perte épithéliale vers le centre et il ne reste pas d'opacité permanente. — Ces érosions traumatiques n'ont véritablement de l'importance que parce qu'il n'est pas rare qu'elles soient la source d'un ulcère ou d'un abcès, quand par exemple elles ont eu l'occasion d'être infectées. C'est notamment le cas quand il existe une affection de la conjonctive avec sécrétion anormale ou une blennorrhée du sac lacrymal.

Une chose remarquable, c'est que quelquefois on observe des *récidives* d'érosions cornéennes, sans nouvelle lésion (*Art.*). La lésion est en apparence bien guérie et, au bout de quelques semaines ou quelques mois, tout à coup, sans cause appréciable, de nouveaux phénomènes irritatifs intenses se déclarent, et sur la cornée, à l'endroit où se trouvait autrefois la lésion, on observe une perte de substance épithéliale. De telles récidives peuvent se répéter plusieurs fois. La cause en réside sans doute en ce que, à l'endroit primitivement blessé, l'épithélium ne s'est pas régénéré d'une manière absolument normale, de façon qu'il a suffi d'une cause tout à fait anodine pour le soulever de nouveau et le faire tomber. Peut être cette érosion est-elle précédée de la formation d'une vésicule qui éclate si promptement que seule la perte de substance épithéliale peut être observée (voir page 189).

Le meilleur traitement des érosions consiste dans l'application d'un simple bandeau protecteur, qu'il faut laisser jusqu'à ce que l'épithélium soit entièrement régénéré. C'est aussi le meilleur moyen à opposer aux récidives qui exigent, quand elles arrivent, l'application à nouveau du bandeau, même pendant un temps assez long. Y a-t-il de violents phénomènes inflammatoires concomitants que le bandeau seul ne parvient pas à combattre, alors on peut y ajouter les instillations d'atropine.

Toute blessure plus profonde de la cornée se cicatrise toujours en laissant une opacité correspondante. Ces sortes de blessures deviennent particulièrement dangereuses dans deux circonstances, à savoir : quand elles s'infectent et quand elles sont perforantes. Dans le premier cas, dans la cornée se produisent des infiltrations qui peuvent se transformer en ulcères ou en abcès. Dans le second cas, si la perforation est assez large, on voit se produire un prolapsus de l'iris. L'iris d'ailleurs ou le cristallin peuvent être blessés en même temps, et alors naît le danger, comme dans toute lésion du bulbe, qu'il survienne une infection et par suite une inflammation des parties profondes de l'œil, inflammation qui se termine très fréquemment par la perte complète de l'organe.

Le traitement de toute blessure récente de la cornée consiste avant tout à prévenir l'infection. A cet effet, l'on nettoie l'œil au moyen de solutions antiseptiques, on saupoudre la blessure d'iodoforme finement pulvérisé et, après avoir instillé de l'atropine comme moyen préventif contre l'explosion éventuelle d'une iritis, on applique un bandeau protecteur. S'il s'agit d'une plaie perforante de la cornée, il faut exiger du patient le repos le plus complet (le lit), dans le but d'obtenir l'occlusion la plus prompte et la plus solide de la blessure. Y a-t-il prolapsus iridien, on l'excisera après l'avoir soigneusement détaché des bords de la plaie, de façon à prévenir tout enclavement de l'iris dans la cicatrice, absolument comme s'il s'agis-

sait d'un prolapsus iridien spontané (pour plus de détails sur les plaies perforantes de la cornée, voir § 54 et 55).

3° CORROSIONS ET BRULURES DE LA CORNÉE. — Elles se présentent en même temps que des lésions analogues de la conjonctive et elles sont produites par les mêmes causes (voir page 143). Le pronostic, dans les lésions de cette nature, dépend entièrement de la part que la cornée y a prise, puisque les suites les plus funestes de ces lésions sont les opacités qu'elles laissent dans ce dernier organe. La cornée corrodée ou brûlée paraît mate et trouble. L'étendue de l'opacité dépend de celle de la brûlure ; son intensité, de la profondeur à laquelle le tissu cornéen est détruit. Dans les cas les plus légers, la teinte de l'opacité cornéenne est grise ; au contraire, elle est blanchâtre dans les cas graves. Dans les cas les plus graves enfin, la cornée est complètement blanche comme de la porcelaine, sèche à la surface, et tout à fait insensible. Une pareille cornée est absolument nécrosée. Il n'est cependant pas toujours facile, immédiatement après l'accident, de déterminer jusqu'à quelle profondeur la cornée est détruite, d'où il suit qu'on recommande d'être prudent pour établir le pronostic.

Le plus souvent la lésion est suivie de douleurs violentes. Elle se cicatrise par élimination du tissu mortifié. Dans les cas les plus légers, où la lésion n'intéresse que l'épithélium, l'élimination et la cicatrisation s'opèrent rapidement (comme dans les cas fréquents de brûlure par le fer à friser). Si la destruction va jusqu'à atteindre le parenchyme de la cornée, alors il survient une inflammation éliminatrice qui produit la séparation de l'escarre, et la perte de substance qui en résulte se cicatrise, en laissant une opacité permanente. La destruction va-t-elle jusqu'à atteindre toute l'épaisseur de la cornée, après élimination de l'escarre, il y aura perforation de cet organe. Alors il se produit un prolapsus de l'iris, qui finit par s'enclaver dans la cicatrice et se souder à la cornée (cicatrice cornéenne avec synéchie antérieure). De même, il se développe souvent des adhérences cicatricielles entre la cornée et la conjonctive palpébrale, lorsque la conjonctive est également le siège d'une perte de substance (symblépharon). — Le traitement des brûlures et des corrosions de la cornée a été indiqué à propos des lésions analogues de la conjonctive.

III. — OPACITÉS DE LA CORNÉE

§ 46. Les opacités cornéennes sont les compagnes constantes de toute inflammation de cet organe et sont alors produites par une infiltration du tissu cornéen.

L'opacité inflammatoire récente est de sa nature changeante, puisqu'elle