

énorme des vaisseaux destinés à la nutrition de la cornée, et par suite une mortification plus ou moins étendue de cette membrane.

Il existe toujours des symptômes généraux graves.

2<sup>e</sup> Période de suppuration. — La suppuration s'établit franchement et dissout les fausses membranes qui sont éliminées en lambeaux plus ou moins étendus ; leur chute transforme toute la conjonctive en une véritable plaie.

3<sup>e</sup> Période. — Souvent l'œil est détruit, mais parfois les altérations de la cornée et de l'iris sont réparables. Quant à la conjonctive, elle est remplacée, en partie, par du tissu cicatriciel dont la rétraction entraîne souvent les plus grands désordres dans les fonctions des paupières.

Le pronostic est très grave. — Parfois, en quelques heures, l'œil est perdu ; même dans les cas les plus favorables, cette conjonctivite laisse de terribles traces de son passage (altération des paupières, opacités de la cornée, staphylomes, synéchies, etc.).

**Traitement.** — C'est celui de l'ophthalmie purulente. On a vanté le chlorate de potasse, considéré comme le moyen le plus propre à faire résorber les fausses membranes.

## II. — LÉSIONS DIVERSES DE LA CONJONCTIVE.

XÉROPTHALMIE. — On donne ce nom à un état de sécheresse et de rétraction de la conjonctive et de la cornée observé parfois chez les gens atteints de conjonctivites chroniques (granuleuses, diphthéritiques). On a accusé aussi certaines affections cutanées (psoriasis, pemphigus).

Cet état débute par des plaques blanchâtres, sèches, qui occupent une partie de la conjonctive ; bientôt elles se généralisent comme le ferait un tissu cicatriciel dont elles ont la couleur, l'insensibilité, la sécheresse ; la cornée se prend à son tour et l'œil finit par s'atrophier.

On pourrait recourir, soit à des instillations répétées de glycérine, soit à l'occlusion prolongée de l'œil au moyen de la suture des paupières.

PTÉRYGION. — On donne ce nom à un épaissement partiel et très vasculaire de la conjonctive, épaissement qui a la forme d'un triangle dont la base correspond à la caroncule

lacrymale et la pointe à la cornée. On ignore les causes du ptérygion, qui paraît être plus commun dans les climats chauds ; son évolution est fort lente, et il ne constitue qu'une simple difformité, sauf dans les cas assez rares où il s'avance sur la cornée.

On peut détruire le ptérygion de plusieurs manières ; on peut l'*exciser*, puis on réunit la plaie conjonctivale par deux points de suture ; on peut en pratiquer la *ligature* (voy. fig. 144) ; pour cela, on prend un fil de soie muni d'une aiguille à chacune de ses extrémités, et, soulevant le ptérygion avec une pince, on passe une des aiguilles de haut en bas, au niveau de son sommet, et l'autre de la même façon, au niveau

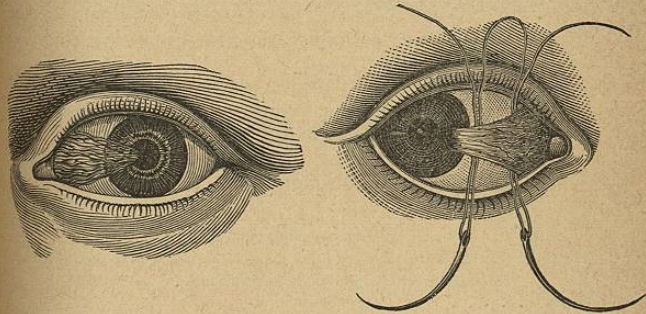


Fig. 143. — Ptérygion.

Fig. 144. — Ligature du ptérygion.

de sa base ; les fils sont coupés, et il reste ainsi trois anses avec lesquelles on fait trois ligatures.

Les récurrences sont fréquentes.

TUMEURS DE LA CONJONCTIVE. — *Polypes*. — On voit parfois, surtout au voisinage de la caroncule lacrymale, quelques papilles s'hypertrophier de façon à représenter un polype ; autour de lui la conjonctive est légèrement enflammée ; il faut exciser ce polype et cautériser son lieu d'implantation.

Le *pinguecula* est une petite tumeur grosse comme une tête d'épingle ou un pois, développée en dedans de la cornée ; elle est formée surtout par un amas de cellules épithéliales et ne réclame aucun traitement.



Les *lipomes* et les *kystes* de la conjonctive sont fort rares. Les *dermoïdes* sont de petites tumeurs d'un gris jaunâtre, du volume d'une lentille, parfois davantage, et donnant naissance

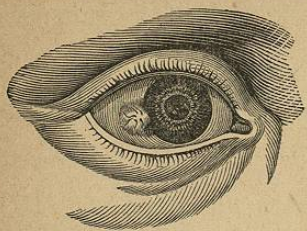


Fig. 445. — Dermoïde de la conjonctive.

à des poils. Les kystes dermoïdes sont congénitaux, et, abandonnés à eux-mêmes, ils ont une tendance incessante à s'accroître; il faut donc les exciser.

Les tumeurs érectiles et l'épithélioma de la conjonctive sont d'ordinaire le résultat de l'ex-

tension de tumeurs semblables développées sur les paupières; une excision complète est le seul traitement rationnel.

## II. — Maladies de la cornée <sup>1</sup>.

Les maladies de la cornée pourraient se grouper ainsi:

### A. Kératites.

- |   |  |
|---|--|
| 1. Kératites superficielles...                      | } phlycténoïde, en fusées, à bandelettes, etc. vasculaire ou pannus (tenuis, crassus, etc.). |
| 2. Kératites interstitielles ou profondes . . . . . |  |
| 3. Kératite suppurative ou abcès de la cornée.      |  |

B. Ulcères, taies, staphylomes de la cornée. — Gerontoxon.

### KÉRATITES.

On donne ce nom aux inflammations de la cornée.

**Pathogénie.** — Les diverses opinions émises sur la pathogénie des kératites se trouvent intimement liées aux idées qui, à diverses

1. La cornée est cette membrane transparente qui forme le sixième antérieur du globe oculaire. En avant, elle est tapissée par un épithélium qui se continue avec celui de la conjonctive; en arrière, par l'épithélium de la membrane de Demours. Elle se compose d'une substance fondamentale formée de faisceaux entre-croisés, circonscrivant des lacunes occupées par un liquide, par des corpuscules étoilés, et par des globules fort semblables à ceux de la lymphe. — Cette substance fondamentale se trouve placée entre deux lames élastiques: l'une antérieure, l'autre postérieure. — La cornée ne contient pas de vaisseaux mais elle reçoit un certain nombre de nerfs qui lui sont fournis par le plexus ciliaire.

époques, ont régné sur la nature de l'inflammation elle-même. Transparente, facilement accessible et dépourvue de vaisseaux, la cornée offre, en effet, un champ d'expérience très propice.

1<sup>re</sup> *opinion* (ancienne). — Au commencement de ce siècle, la doctrine de Broussais faisait d'un trouble vasculaire la condition nécessaire de toute phlegmasie; les kératites entraient dans la loi commune.

Lorsqu'il fut bien prouvé que la cornée ne possédait pas de vaisseaux, on adopta d'autres idées.

2<sup>e</sup> *opinion*. — La kératite aurait pour point de départ une irritation des éléments anatomiques (Kuss, Virchow). Sous cette influence, le contenu des cellules prolifère, elles se segmentent, se pressent les unes sur les autres, se détruisent par le fait d'une compression trop forte, et subissent la dégénérescence graisseuse, d'où les opacités, etc. (Hiss).

3<sup>e</sup> *opinion*. — Les vaisseaux de la conjonctive font tous les frais des kératites. Ces vaisseaux empiètent sur la cornée, et là, par le fait d'une stase sanguine, laissent directement passer à travers leurs parois les leucocytes (Cohnheim).

**Variétés.** — Les kératites offrent entre elles des différences nombreuses, qui en ont fait admettre plusieurs variétés basées, tantôt sur le siège de l'inflammation (*kératite superficielle, interstitielle, ou profonde*), tantôt sur le point de départ (*kératite primitive, kératite consécutive* à une conjonctivite).

Nous étudierons: 1<sup>o</sup> la *kératite phlycténoïde*; 2<sup>o</sup> la *kératite interstitielle*; 3<sup>o</sup> la *kératite ponctuée*; 4<sup>o</sup> la *kératite vasculaire ou pannus*; 5<sup>o</sup> la *kératite suppurative ou abcès de la cornée*.

Puis viendront les conséquences des *kératites*: *ulcères, taies, ramollissement de la cornée, staphylomes*.

### A. — KÉRATITE PHLYCTÉNOÏDE.

Elle offre la plus grande analogie avec la conjonctivite phlycténoïde. Ses causes sont les mêmes: *scrofule, éruption herpétique, etc.*; elle est surtout fréquente chez les *enfants lymphatiques*: c'est la plus fréquente des *kératites superficielles*.

**Symptômes.** — Sur la cornée se montre un *point grisâtre*



qui ne tarde pas à prendre l'aspect d'une vésicule opaline; les vaisseaux voisins de la conjonctive sont engorgés, et ils peuvent s'arrêter net sur les confins de la cornée, mais lorsque la phlyctène est proche du limbe scléro-cornéen les vaisseaux conjonctivaux forment un pinceau triangulaire dont la pointe aboutit à la phlyctène et dont la base est tournée vers la périphérie.

Il peut exister plusieurs phlyctènes simultanées ou successives<sup>1</sup>.

Les troubles fonctionnels consistent en larmoiement et surtout en une *photophobie intense* provoquant un véritable spasme des paupières (blépharo-spasme), ce qui rend l'examen très difficile et donne même au malade une attitude spéciale, sa tête est constamment enfoncée dans l'oreiller ou cachée dans le sein de sa nourrice.

L'écoulement constant de larmes irritantes provoque sur la joue des éruptions impétigineuses qui peuvent se généraliser à toute la face et provoquer à l'angle externe des paupières des fissures que l'on a comparées aux fissures anales et qui augmentent le spasme des paupières.

La *marche* est variable. La phlyctène peut s'effacer, mais souvent elle produit un ulcère; tantôt cet ulcère se répare en laissant une opacité, tantôt il se creuse de plus en plus au point de perforer la cornée et alors l'œil se perd ou bien l'iris vient fermer la perforation (*synéchie antérieure*).

Ces kératites ont une grande tendance à récidiver.

**Traitement.** — Il faut éviter la lumière, maintenir sur l'œil des compresses imbibées d'eau chaude, après avoir instillé dans l'œil un collyre à l'atropine. On peut encore utiliser la pommade à l'oxyde jaune de mercure (1 gr. d'oxyde jaune pour 20 gr. de vaseline) et cautériser la phlyctène avec une aiguille fine (thermocautère de Paquelin); si l'ulcération est

1. Ivanoff a démontré que la vésicule est formée par un amas de cellules embryonnaires développées dans la gaine lymphatique qui entoure l'extrémité des filets nerveux qui se prolongent sous l'épithélium cornéen. D'où le nom de *kératite lymphatique* donné par Panas à cette affection, nom doublement justifié par son siège et par la constitution des sujets qui en sont atteints.

profonde employer le collyre au nitrate de pilocarpine (1 p. 100).  
Le traitement général sera anti-scrofuleux.

B. — KÉRATITE VÉSICULEUSE (HERPÈS DE LA CORNÉE).

C'est une affection rare caractérisée par le développement sur la cornée d'une ou plusieurs vésicules à contenu blanchâtre et purulent.

D'*origine nerveuse* elle est consécutive, soit à une névralgie du trijumeau (zona ophthalmique), soit à des désordres glaucomateux, soit à des écorchures de la cornée.

Cette kératite détermine des douleurs névralgiques très vives; la vésicule peut se flétrir et disparaître, mais souvent elle s'ulcère et sa cicatrisation est fort lente, d'autant plus que la maladie procède parfois par poussées successives.

Le **traitement** consiste en instillations d'atropine, occlusion de l'œil, injections de morphine.

C. — KÉRATITE VASCULAIRE OU PANNUS (drap rouge).

Ici la cornée est envahie, dans une étendue plus ou moins grande, par les vaisseaux de la conjonctive. Si malgré la présence de ces vaisseaux sur la cornée, on peut encore apercevoir l'iris, la maladie porte le nom de *pannus tenuis*. Si le lacis vasculaire, épais, rougeâtre, semblable à un morceau de chair fongueuse, voile absolument les parties profondes, c'est le *pannus crassus* ou *sarcomateux*.

**Étiologie.** — La kératite vasculaire n'existe pas isolément; elle se complique toujours d'une conjonctivite plus ou moins intense (*kérato-conjonctivite*).

1° L'influence de la *scrofule* est toute puissante.

2° Le pannus est habituellement la conséquence d'une *irritation chronique* entretenue, soit par des *granulations palpébrales* (la conjonctivite granuleuse est la cause la plus ordinaire du pannus), par du *trichiasis* (renversement des cils), soit par un *entropion* ou un *ectropion*, soit même par certains ulcères de la cornée.

En somme, le pannus peut être engendré par toutes les causes d'irritation prolongée de la cornée.



**Symptômes.** — Que le pannus soit primitif ou consécutif, les vaisseaux qui le constituent se montrent d'abord au niveau de la jonction de la cornée ou de la conjonctive ; ils s'étalent peu à peu sur la cornée, dont la surface se trouve ainsi tapissée par un *voile d'un rouge vif* (il est probable que l'action de l'air n'est pas sans influence sur cette coloration si vive) <sup>1</sup>.

Dans les cas de *pannus crassus*, la cornée se trouve en quelque sorte transformée en une épaisse membrane bourgeonnante formée, comme les bourgeons charnus, par des anses vasculaires et des cellules embryonnaires, le tout plongé dans une sorte d'infiltration gélatiniforme.

**Troubles fonctionnels.** — *Photophobie, douleur.* — Lorsque le pannus se développe d'une façon aiguë sur un œil qui n'était point malade, il détermine du larmolement, une sensibilité très vive à la lumière et quelques douleurs spontanées généralement profondes. Mais, lorsqu'il est consécutif à une conjonctivite granuleuse, à un ulcère, il s'installe sournoisement sans éveiller de réaction appréciable.

Les *troubles visuels* sont directement en rapport avec l'étendue et l'opacité du pannus ; dans le pannus ténus, le malade distingue encore la lumière ; le pannus sarcomateux est imperméable aux rayons lumineux.

**Terminaisons.** — Si le pannus est léger, indépendant de toute autre altération chronique, il peut s'effacer au prix de quelques opacités cornéennes. Mais, lorsque le pannus a envahi les couches profondes de la cornée, qu'il est sans cesse irrité par des granulations palpébrales, sa durée est toujours fort longue, et si, dans certains cas, la réparation s'effectue, habituellement il se produit des ulcères, des abcès, des staphylomes.

Le pronostic est donc fort grave.

**Traitement.** — La première indication consiste à rechercher les causes du pannus et à les faire disparaître. Le traitement général anti-scrofuleux est indispensable.

<sup>1</sup>. Ces vaisseaux sont situés au-dessous de l'épithélium cornéen souvent altéré ; ils sont parfois disposés sur plusieurs plans : les uns, fins et rectilignes, sont artériels ; les autres, volumineux et tortueux, sont veineux. Au niveau des points envahis, les éléments de la cornée se sont opacifiés.

**Traitement local.** — Dans la période aiguë, employez le collyre à l'atropine et les compresses d'eau chaude (40 degrés) <sup>1</sup>.

Si le *pannus* est *chronique*, cherchez d'abord à faire disparaître ses causes (granulations, ectropion, etc.). Pratiquez des cautérisations légères au perchlorure de fer, au sulfate de zinc ou de cuivre <sup>2</sup>.

Lorsque le pannus est rebelle, s'il compromet très sérieusement la vue, on est en droit de recourir à des opérations sérieuses qui consistent à enlever la conjonctive voisine du pannus de façon à tarir les sources de sa nutrition.

Cette abrasion de la conjonctive, préconisée par Busnari, se pratique à l'aide de ciseaux courbes, à 1/2 centimètre de la cornée ; on la fait suivre du râclage de la sclérotique et de fomentations chaudes.

On a même conseillé l'inoculation du pus blennorrhagique, celui de l'ophtalmie des nouveau-nés ; on la remplacera avec avantage par la décoction de jequirity (Wecker), dont on peut mieux graduer l'intensité.

#### D. — KÉRATITE INTERSTITIELLE.

Cette forme de kératite se présente sous l'aspect d'*opacités grisâtres* développées dans la couche moyenne ou tissu propre de la cornée.

**Étiologie.** — Cette kératite est assez rare, elle atteint de préférence le sexe féminin. Hutchinson et Fournier la font dépendre de la *syphilis héréditaire* ; l'influence de la scrofule et du rhumatisme est moins bien démontrée. Elle est souvent accompagnée d'autres lésions (surdité, altérations des dents et des os du nez).

<sup>1</sup>. Mais, d'une manière générale, dans toute kératite, on évitera les collyres métalliques (zinc, cuivre, argent) qui peuvent déterminer des dépôts métalliques dans la cornée.

<sup>2</sup>. On recommande dans le cas de pannus la pommade au *précipité jaune* (1 gr. pour 30 gr. de vaseline) gros comme une tête d'épingle dans le cul-de-sac conjonctival inférieur ; après deux ou trois minutes, l'œil doit être lavé à grande eau. — On cessera l'usage de cette pommade si elle détermine une irritation trop vive (Pagensteher, Wecker, etc.).



**Anatomie pathologique.** — L'opacité est produite par une infiltration de corpuscules lymphoïdes dans le parenchyme de la cornée, sans lésions de ce parenchyme, ce qui explique comment, après la résorption de l'exsudat, la cornée peut reprendre une transparence à peu près parfaite.

**Symptômes.** — Le début est lent et insidieux. La cornée perd graduellement sa transparence, elle est parsemée de points grisâtres comparables à du verre pilé ; ces opacités restent circonscrites (K. circonscrite) ou se généralisent à toute la cornée (K. diffuse). Souvent elle frappe les deux yeux. Du reste cette opacité s'établit sans réaction, sans photophobie, sans douleur, à peine si la conjonctive est injectée sous forme de cercle périkératique, quoique souvent il y ait complication d'iritis séreuse ou d'irido-choroïdite ; le seul trouble fonctionnel consiste en un brouillard plus ou moins épais étendu au devant de la vue.

La *marche* de la maladie est très lente, mais après un certain temps se produit une évolution très remarquable, c'est la *vascularisation de la cornée*. De nombreux vaisseaux très déliés partent de la conjonctive, s'enfoncent dans les opacités cornéennes et leur donnent une couleur saumon ou rouge cerise, la vue est abolie, mais peu à peu ces vaisseaux s'effacent et la cornée reprend sa transparence en donnant au pauvre aveugle la joie de recouvrer la vue qu'il croyait définitivement perdue.

Cependant tous les cas ne sont pas aussi favorables et, surtout après la puberté, il est rare que la cornée reprenne une transparence parfaite.

**Traitement.** — Le traitement *général* sera anti-syphilitique (sirop de Gibert, onctions mercurielles, injections sous-cutanées de bichlorure de mercure) et anti-scrofuleux.

Le traitement *local* consiste en applications, plusieurs heures par jour, de compresses chaudes, en instillations d'atropine ; on prescrira le port de verres fumés. Dans les cas indolents on provoquera la diaphorèse par des injections de pilocarpine. Certains cas spéciaux ont été avantageusement

traités par l'abrasion de la conjonctive, par l'iridectomie, etc.

#### E. — KÉRATITE PONCTUÉE.

On nomme ainsi une inflammation de la couche profonde de la cornée (membrane de Descemet) caractérisée par un *pointillé nébuleux* affectant souvent une forme triangulaire.

Cette kératite existe rarement seule, elle accompagne une iritis séreuse <sup>1</sup>.

Ses *causes* sont la blennorrhagie et le rhumatisme.

Les **symptômes** sont, outre la fine ponctuation de la face profonde de la cornée, les symptômes ordinaires de l'iritis séreuse (cercle périkératique, douleurs ciliaires, etc., troubles de la chambre antérieure).

Le **traitement** sera celui de l'iritis.

#### F. — KÉRATITES SUPPURATIVES. — ABCÈS DE LA CORNÉE.

Les suppurations de la cornée sont d'origine infectieuse, mais elles peuvent se produire dans deux conditions différentes.

1<sup>o</sup> Une *plaie septique* produite par un objet septique quelconque, épine, instrument, ou infectée par l'état septique de l'œil (ainsi qu'on l'observait lorsque jadis on opérait la cataracte avant d'avoir guéri les inflammations suppurées de l'œil, telles que : inflammations des voies lacrymales, etc.) et ainsi que cela a si fréquemment lieu dans la conjonctivite purulente dont la kératite suppurée est une complication ordinaire.

2<sup>o</sup> Une altération de la 5<sup>e</sup> paire crânienne qui innerve la cornée. Le nerf altéré, la cornée devient insensible et soit par trouble trophique, soit plutôt à la suite de traumatismes auxquels, vu son insensibilité, la cornée échappe difficilement il se produit des ulcérations qui s'infectent : on a donné à cette variété le nom de kératite *neuro-paralytique*.

<sup>1</sup> Ce qui s'explique par les connexions étroites qui unissent la membrane de Descemet à la face antérieure de l'iris.