

D^r A. DARIER

*L'infection reste l'élément redoutable de toutes
les plaies du bulbe.*

La gravité d'une plaie pénétrante quelconque du globe oculaire, quelle que soit sa situation, est absolument subordonnée au degré d'asepsie dans lequel a été tenue la plaie jusqu'à sa complète cicatrisation.

Tout ce que nous pouvons concéder aux théories anatomiques, c'est que, suivant la région intéressée, la plaie peut offrir une réceptivité plus ou moins grande aux éléments infectieux. Une plaie de la coque oculaire envisagée en elle-même offre à peu près partout la même résistance aux germes infectieux, qu'elle porte sur la région ciliaire ou ailleurs. Mais la coque oculaire une fois traversée, l'élément microbien trouvera un milieu de culture et des voies de propagation absolument différents, suivant la région intéressée. De la cornée, l'infection doit traverser la chambre antérieure, envahir l'iris, puis les procès ciliaires pour se propager au segment postérieur de l'œil. Une plaie infectée de la région ciliaire, au contraire, permettra la propagation immédiate du processus inflammatoire à la fois à la chambre antérieure et à tout le tractus uvéal.

Une particularité des plaies de la région ciliaire est aussi la difficulté que l'on a, dans certains cas, de savoir si, oui ou non, l'infection a eu lieu ; car l'infection peut faire son chemin en arrière, d'une manière lente, insidieuse, et envahir petit à petit tout le cercle ciliaire sans amener de phénomènes réactionnels bien marqués, jusqu'à ce qu'on s'aperçoive que l'œil est en train de s'atrophier, ou jusqu'à ce qu'éclate soudain une ophthalmie sympathique.

Pour les plaies de la cornée, au contraire, tout se passe le plus souvent au grand jour et une intervention opportune peut conjurer le danger. Voilà toute la différence qu'anatomiquement nous sommes forcés d'admettre et par expérience et par raisonnement. La loi générale de l'infectivité n'en est aucunement ébranlée.

QUINZIÈME LEÇON

SOMMAIRE

Maladies de la cornée (Suite). — Kératites superficielles, kératites profondes. — Kératite phlycténulaire ou pustuleuse. — Traitement général : quinine, tanin, fer, iode, arsenic. — Traitement local : pommade jaune toujours, atropine quelquefois. — Kératite fasciculaire. — Ulcère marginal, ulcère arthritique ; traitement général : salicylate, quinine, lithine. — Traitement local : dionine et pansement occlusif. — Kératite arborescente. — Herpès cornéen fébrile. — Zona. — Kératite bulleuse. — Kératite maculeuse. — Kératite parenchymateuse circonscrite par contusion. — Kératite en grillage. — Kératite striée. — Kératite parenchymateuse hérédospécifique. — Dents d'Hutchinson.

En divisant cliniquement les kératites en deux grandes classes, les *kératites superficielles* et les *kératites profondes*, nous établirons plus facilement les principales indications thérapeutiques des maladies de la cornée.

Pour les kératites superficielles, aboutissant presque toutes à l'ulcération plus ou moins étendue, plus ou moins profonde de la cornée, nous aurons à tenir compte de toutes les indications relatives à l'aseptisation du foyer morbide qui, forcément en contact avec l'air et les sécrétions oculaires, ne peut manquer de s'infecter, quelque antiseptiques que puissent être les larmes. Presque toujours aussi, il y a conjonctivite et quelquefois blépharite concomitantes.

Il sera donc, dans tous ces cas, recommandé de pratiquer une stérilisation aussi parfaite que faire se peut des culs-de-sac conjonctivaux et des bords palpébraux par des

D^r A. DARIER

*Kératite phlycténulaire ou pustuleuse.
Kératite lymphatique.*

lavages fréquents et surtout par des savonnages des paupières au protargol qui donnent, comme nous l'avons vu déjà souvent, des résultats excellents. (Voir page 152.)

Nous avons déjà parlé, à diverses reprises (voir pages 50, 118, 124), de la *kératite lymphatique, kératite phlycténulaire* ou *pustuleuse*, etc... Cette affection, où l'état général joue le principal rôle, mais où l'infection secondaire peut être redoutable, est le plus souvent rapidement guérie par le traitement classique à la pommade jaune (voir page 50) et le traitement général tonique dont nous allons parler.

Cependant il est des cas graves avec *infiltration profonde* et *abcès cornéens* contre lesquels il n'est pas de meilleur moyen que l'injection sous-conjonctivale de sublimé. SECONDI (1) et beaucoup d'autres après lui ont démontré l'action bienfaisante de cette intervention locale, qui a non seulement l'avantage d'enrayer le processus pathologique, mais qui provoque une résorption rapide des infiltrations pathologiques et augmente la transparence du tissu cornéen intéressé. MELLINGER a noté le même fait à la suite des injections d'eau salée, auxquelles nous nous plaisons à reconnaître une action stimulante sur la circulation de la lymphe nutritive de l'œil, donnant à cette humeur une plus grande fluidité, un pouvoir dissolvant et résorbant plus marqué.

Nous avons déjà eu à nous occuper de cette action dite lymphagogue quand nous avons étudié ce nouvel et bien curieux topique oculaire, la Dionine. Voir leçon VI.

(1) SECONDI. — Les injections sous-conjonctivales de sublimé dans les maladies de la cornée. (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, 1889.)

THÉRAPIE OCULAIRE

Traitement général indiqué par la nature de l'infection endogène.

Tout récemment LEBER (1), par des recherches anatomiques et expérimentales fort intéressantes, a laissé entrevoir que les phlyctènes kératiques ou conjonctivales pouvaient être causées par une infection endogène, dont on pouvait trouver la première localisation périphérique dans la paroi interne des petits vaisseaux. De nombreuses cellules géantes et un aspect nettement tuberculoïde de la phlyctène pourraient faire penser à une infection tuberculeuse, sans pourtant qu'on ait pu trouver de bacilles ni de dégénérescences caséuses. Scrofule et tuberculose sont membres d'une même famille.

Il est donc naturel, comme la pratique nous l'a enseigné dès longtemps, d'insister particulièrement sur le traitement général quand nous avons à soigner des enfants atteints de kératites pustuleuses.

Une bonne hygiène, une bonne alimentation, les arsenicaux, le fer, le quinquina, seront à recommander en première ligne ; l'huile de foie de morue et les *préparations iodotanniques* rendront aussi les plus grands services. Dans certaines formes rebelles, on se trouvera très bien de doses presque homéopathiques de sublimé, comme dans la formule suivante :

Iodure de potassium 5 gr.
Bichlorure d'hydrargyre 0 gr. 05
Cognac et sirop de fl. d'or 30 gr.
Eau 120 gr.

Une à quatre cuillerées à café par jour suivant l'âge.

Nous avons émis en passant l'hypothèse que le lymphatisme pourrait bien être dû à une insuffisance du tonus

(1) Société d'ophtalmologie de Heidelberg, août 1901 (dans la *Clinique Ophtalmologique*, 10 sept. 1901).

D^R A. DARIER

Ulcère marginal de la cornée se rencontrant surtout chez les arthritiques.

des vaisseaux capillaires, sanguins et lymphatiques, et que une insuffisance de fonctionnement des capsules surrénales pourrait bien être pour quelque chose dans cette atonie vasculaire. L'opothérapie de ces glandes aura peut-être un jour une certaine importance dans le traitement de la scrofule et du rachitisme. Nous avons vu toute la pratique que l'on peut tirer de l'application de la surrénaline dans les kératites vasculaires, les pannus, le cataracte printanier, etc... (voir page 124). En tous cas, nous pourrions, en attendant, nous servir de vaso-constricteurs puissants tels que la *quinine*, l'*ergotine* et le *tanin*, qui font la base de presque toutes les préparations classiques : ratanhia, raifort, brou de noix, etc.

La *kératite fasciculaire* n'est en somme qu'une forme de la kératite strumeuse ou lymphatique et relève du même traitement. Dans ces cas, comme dans ceux qui s'accompagnent d'un ulcère central de la cornée, l'atropine est indiquée, tandis que nous rejetons complètement son emploi dans toutes les phlyctènes de la périphérie de la cornée et du limbe qui guérissent avec une grande facilité sans atropine. (Voir page 11.)

L'*ulcère marginal* dit aussi *ulcère arthritique de la cornée* parce qu'il survient en général chez des personnes âgées, plus ou moins rhumatisantes, s'accompagne souvent de phénomènes irritatifs violents, se cicatrise en général d'une façon complète sans laisser de leucomes, mais récidive assez facilement.

Il faut se garder d'employer contre ces ulcères des collyres irritants et des caustiques violents. L'état général doit être l'objet de soins particuliers : si l'on a affaire à un arthritique ou à un goutteux, on prescrira les *préparations* salicylées et, en particulier l'*aspirine* dont l'action antinévralgique est des plus utiles dans ces cas, à la

THÉRAPIE OCULAIRE

Médication interne par les alcalins, le salicylate, la lithine, etc...

dose moyenne de 2 ou 3 grammes par jour. Le *benzoate de soude* ou les *sels de lithine* seront utiles chez les goutteux, mais si leur action n'est pas suffisante, on se trouvera bien de l'emploi de la *Colchicine* (1), à la dose de un à trois milligrammes par jour.

Chez les artério-scléreux, l'*Iodure de sodium*, à la dose de 0,50 cent. par jour, joint au régime lacté, donnera de bons résultats.

Comme applications locales, M. ABADIE recommande de simples lotions alcalines avec de l'eau de Vichy ou une solution de bicarbonate de soude à 4‰. L'asepsie des bords palpébraux sera facilement obtenue par le protargolage des cils.

Si les douleurs sont violentes, il y aura lieu de prescrire le collyre suivant :

Dionine.....	0,10
Chl. de cocaïne.....	0,10
Bicarbonate de soude.....	0,20
Eau dist.....	10 gr.

Une goutte dans l'œil malade 5 à 6 fois par jour.

J'ai vu des *ulcères marginaux* de la cornée, ayant résisté à bien des traitements et s'accompagnant de douleurs violentes, guérir en très peu de jours par ces simples instillations qui, presque toujours, amènent dès leur première application la cessation définitive des douleurs.

Mais tous les cas ne se ressemblent pas et ne sont pas influencés de la même façon par nos agents thérapeutiques, aussi devons-nous avoir de nombreuses réserves.

(1) DARIER : De la Colchicine dans les maladies oculaires rhumatismales ou goutteuses. (*Bulletin de la Société d'Ophthalmologie de Paris*, 1889.) (Voir aussi page 254.)

D^R A. DARIER

Traitement local de la kératite arborescente.

Quand les douleurs ne cèdent pas à l'emploi de la dionine, du salicylate de soude, de l'aspirine, seuls ou combinés à la quinine, on se trouvera bien, selon les indications de M. ABADIE, de l'emploi de la *teinture de Rhus toxicodendron* à la dose de 5 gouttes, à boire dans un peu d'eau sucrée 3 ou 4 fois par jour.

Le pansement occlusif rend parfois de signalés services dans ces cas.

Quant aux ulcères infectieux de la cornée, nous les avons passés en revue en même temps que les érosions traumatiques de la cornée. Nous voulons dire seulement quelques mots en passant au sujet d'une forme particulière, la *kératite superficielle arborescente* qui, sans être très grave, est souvent rebelle à tous les traitements, surtout quand elle survient chez des sujets âgés et décrépits. Dans ces cas, toutes les médications générales se sont montrées inefficaces et la multiplicité des topiques locaux préconisés prouve qu'aucun n'a une action spécifique jusqu'à présent. Aussi, ne saurait-on s'armer de trop de précautions pour arriver à une guérison aussi prompte et aussi radicale que possible.

Voici la conduite que je tiens habituellement en pareille circonstance. Après avoir délimité par la fluorescine l'étendue et la topographie de la lésion; je procède à une aseptisation aussi complète que possible de la cornée, de la conjonctive et des voies lacrymales; puis ayant légèrement effleuré avec le galvanocautère faiblement rougi, les points les plus malades de la cornée, je pratique une injection sous-conjonctivale de Cn. Hg. à 1/5000 (1/2 seringue avec acéine). (Voir page 77.)

Un pansement occlusif au xéroforme est alors laissé en place pendant 2 ou 3 jours. Si, après cela, la fluorescine colore encore une notable partie de l'ancienne ulcération,

THÉRAPIE OCULAIRE

Kératites à forme vésiculeuse, herpès cornéen, zona ophtalmique.

je répète la même intervention que ci-dessus, et cela à 2 ou 3 reprises, s'il le faut, pour obtenir une guérison complète.

Nous ne pouvons nous étendre longuement sur les *kératites à forme vésiculeuse*, dont la cause première relève en général d'une action neurotrophique.

L'*herpès cornéen fébrile* bien étudié par HORNER est le plus souvent un syndrome d'affections fébriles s'accompagnant d'herpès labial ou cutané. La thérapeutique de cette affection se bornera à des soins de propreté, à une antiseptie bien comprise et au traitement général indiqué par la maladie. La guérison s'obtient ainsi très rapidement avec ou sans application de pommade jaune.

Bien autrement graves sont les *vésicules d'herpès cornéen* dans le *zona ophtalmique*. Il s'agit, dans ces cas, d'une maladie du trijumeau que vous connaissez tous et qui, selon M. ABADIE, aurait sa cause première dans une lésion du grand sympathique dont les filets trophiques accompagnent les gros troncs nerveux. La cornée, dans ces cas, est le plus souvent insensible, ce qui n'empêche pas les malades de souffrir quelquefois cruellement.

On pourra essayer de calmer les douleurs par des applications locales de Dionine en collyre à 1 % dans une solution de Cn. Hg. 1‰ pour maintenir l'ulcération cornéenne dans un état d'asepsie aussi complète que possible.

Les pommades à l'iodoforme ou au xéroforme seront d'un bon effet, et le bandeau occlusif protégera la cornée contre les irritants extérieurs. La quinine et l'électricité (courant continu) feront la base du traitement général.

Les *kératites vésiculeuses* ou *bulleuses* se montrent souvent sur des cornées ayant déjà subi des troubles

D^R A. DARIER

Kératites bulleuses survenant le plus souvent sur des yeux glaucomateux.

trophiques ; dans le glaucome absolu, par exemple, on voit parfois l'épithélium de la cornée soulevé sur une assez grande étendue par un liquide transparent ; mais ces cas ne présentent qu'un intérêt thérapeutique secondaire, l'œil étant déjà perdu. Néanmoins, l'énucléation étant une ressource par trop suprême, il sera bon de savoir guérir ou prévenir les vésicules cornéennes.

Il est aussi des cas où des vésicules petites, transparentes, se produisent sur des cornées saines sans qu'on puisse bien en trouver la cause.

Ces kératites vésiculeuses se présentent presque toujours avec des rechutes fréquentes, laissant, après la chute de la pellicule qui recouvre les bulles, un ulcère qui n'est sans doute que cette forme appelée communément *ulcère récidivant*.

L'élément nerveux dans ces cas est une des causes principales de l'affection. Le réflexe peut être provoqué par un irritant périphérique ou par des vices de réfraction et en particulier l'astigmatisme. Le traitement général tiendra compte des indications causales. Localement, on aura recours aux analgésiques oculaires et au bandeau occlusif.

La *kératite maculeuse* ou *kératite ponctuée superficielle* est caractérisée par la présence de nombreuses petites taches grises siégeant dans les couches antérieures du tissu cornéen, sorte d'éruption de foyers d'infiltrations parenchymateuses, d'origine évidemment infectieuse. Le traitement de cette affection sera le même que celui que nous allons indiquer dans les formes de kératites parenchymateuses circonscrites.

Quant à ce que l'on a appelé la *kératite ponctuée*, caractérisée par un pointillé plus ou moins marqué sur la membrane de Descemet, c'est loin d'être une entité morbide, c'est un signe physique qui dénote

THÉRAPIE OCULAIRE

*La kératite maculeuse est superficielle.
La kératite ponctuée est profonde.*

la présence d'une *iritis* soi-disant *séréuse*, et qui peut relever des causes les plus hétérogènes, (syphilis, rhumatisme, tuberculose et même simplement de l'ophtalmie sympathique). Dans ces cas, la thérapeutique dépendra du diagnostic et nous en reparlerons à propos du traitement des maladies de l'iris.

*

**

Nous arrivons maintenant à la classe si importante des *kératites profondes*, *kératites parenchymateuses*, *kératites interstitielles*.

Il faudrait bien se garder de vouloir faire une seule et même espèce de tous les cas d'infiltration cornéenne plus ou moins profonde, plus ou moins diffuse, plus ou moins étendue, etc... Il y a des infiltrations cornéennes (*mesokératites*) d'origines bien différentes.

Il est des *kératites parenchymateuses* bénignes à forme circonscrite, à évolution rapide, il en est de très graves pouvant durer des années et entraîner parfois la cécité, à la suite de complications variées.

La *kératite quadrillée* ou *kératite en grillage* (1), mise en lumière dans ces dernières années, est due très probablement à une infiltration de leucocytes dans les espaces cornéens dont on voit à l'œil nu les plus grandes stries simulant des canaux se coupant et s'entrecroisant sous différents angles. Cette dernière forme d'infiltration cornéenne s'améliore quelquefois très rapidement sous l'influence des injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium et même sous la seule influence des instillations de Dionine (2).

(1) HAAB (Deutschmann's Beiträge, 1899).

(2) DARIER et DAULNOY. — Observations sur les effets thérapeutiques de la Dionine (*La Clinique Ophthalmologique*, n° 6, 1900).