

des granuleux vrais les mêmes poussées périodiques saisonnières que celles qui composent le type particulier du catarrhe printanier.

VIII. CONJONCTIVITE INFECTIEUSE ANIMALE. — *Streptocoque?* — Abadie et Parinaud ont, en 1889 (*Bull. de la Soc. d'ophtalmologie de Paris*), appelé l'attention sur une variété particulière de conjonctivite, pouvant survenir chez les enfants, mais dans des conditions spéciales, à la condition que les sujets se trouvent au voisinage de boucheries, de magasins de viande, d'étables d'animaux domestiques; ils l'ont dénommée *conjonctivite infectieuse animale*. Un enfant de 5 ans, observé par Parinaud, habitait dans une vieille maison au-dessus d'un magasin de viande; Abadie avait étudié une épidémie d'ophtalmie survenue dans un asile où 80 sur 100 des enfants étaient pris, et où l'origine du contagion lui avait paru se trouver dans une porcherie toute voisine, d'où s'échappaient des odeurs nauséabondes et qui était décimée par une épidémie de rouget.

Symptômes. — La maladie a pour caractère constant d'être monoculaire. Elle occupe presque toujours la paupière supérieure qui est son siège d'élection; le plus souvent il n'y a rien sur la conjonctive bulbaire et les lésions ne gagnent que tardivement la paupière inférieure. L'affection ressemble, au premier abord, à une conjonctivite granuleuse. La conjonctive est le siège de végétations rouges ou jaunâtres, demi-transparentes au début, opaques à un degré plus avancé, qui peuvent atteindre le volume d'une grosse épingle. Certaines, plus petites, sont tout à fait jaunes. La cornée, selon Parinaud, ne paraît avoir aucune tendance à être intéressée. Il y a de la sécrétion muqueuse avec dépôts fibrineux assez denses, mais pas de suppuration proprement dite. Les paupières sont tuméfiées, dures au toucher; la région parotidienne devient assez rapidement le siège d'un empatement inflammatoire qui peut s'étendre jusqu'au cou et au milieu duquel on découvre des ganglions tuméfiés et souvent ramollis. Il y a de la fièvre, avec frissons irréguliers; mais celle-ci reste toujours modérée et ne retentit pas gravement sur l'état général. D'après Parinaud, l'éruption conjonctivale guérit seule au bout de 5 ou 6 mois, ce qui la distingue du trachome vrai; les ganglions disparaissent par résorption ou suppurent, et la présence de cette adénopathie constante constitue un caractère très particulier de cette affection. La cornée reste ordinairement indemne.

Pathogénie et traitement. — L'origine de cette maladie paraît être une infection d'origine animale d'après la concordance des observations qui toutes se rapportent à des sujets vivant dans le voisinage d'animaux vivants ou morts, mais la nature du principe infectieux n'est pas encore nettement déterminée. Deux observateurs, Rohmer et Villeneuve, ayant trouvé du streptocoque en abondance dans les produits de la sécrétion ou dans des lambeaux excisés des granulations conjonctivales, font de cette maladie une conjonctivite à streptocoques. Toutefois H. Coppez, dans son travail (*Des conjonctivites pseudo-membraneuses*, Bruxelles, 1897), représente cette maladie conjonctivale comme une tuberculose conjonctivale diffuse, et le streptocoque constaté ne serait là qu'à titre d'association secondaire. De nouvelles recherches sur ce point sont nécessaires, mais il faut reconnaître

que l'épidémie si forte observée par Abadie parle plutôt en faveur d'une infection streptococcique que d'une dissémination de la tuberculose conjonctivale.

Le traitement se ressent de ces incertitudes des notions pathogéniques: il est mal défini. On emploiera une médication de symptômes et avant tout antiseptique: irrigations, scarifications, applications iodoformées. Le traitement sérothérapique n'a pas encore été essayé en pareil cas.

IX. TUBERCULOSE DE LA CONJONCTIVE. — La tuberculose de la conjonctive est très rare, malgré que l'œil soit un réceptacle ouvert aux microbes, et ce fait tient à ce que l'inoculation du virus tuberculeux ne peut se produire tant que l'épithélium de la muqueuse est resté intact, ainsi que nous l'avons démontré par des expériences déjà anciennes (*Études sur la tuberculose*, de Verneuil, fasc. II). Il faut supposer avec Fuchs qu'un grain de poussière chargé de bacilles pénètre dans le cul-de-sac conjonctival où, par ses angles aigus, il occasionne une lésion de l'épithélium qui s'infecte. Ce qui plaide en faveur de cette hypothèse, c'est que les ulcérations tuberculeuses de la conjonctive siègent ordinairement au fond des culs-de-sac, là où séjournent toujours les corps étrangers. De plus, les tubercules de la conjonctive bulbaire, où les corps étrangers ne s'arrêtent presque jamais, sont tout à fait exceptionnels. J'en ai observé un cas, mais qui s'était produit à la faveur d'une inoculation très particulière, par le fait d'un pansement placé sur un tubercule ulcéré de la joue et recouvrant l'œil en même temps. La portion de la conjonctive bulbaire, située en face l'entre-bâillement des paupières, s'était trouvée en contact continu avec le virus tuberculeux venu de la joue, et l'inoculation avait fini par se faire, grâce à une éraillure probable de la muqueuse.

Symptômes. — La paupière, un peu rouge, est un peu enflée au niveau du cul-de-sac, et, si on la retourne, on voit dans le cul-de-sac une ulcération irrégulière, à fond lardacé, avec des bords déchiquetés surplombants, parfois bourgeonnants en forme de crêtes de coq. Cette ulcération, au lieu de guérir d'elle-même, progresse, mais avec lenteur, en surface et en profondeur, jusqu'à intéresser toute l'épaisseur de la paupière. Le fond de l'ulcère est occupé par une masse caséuse jaunâtre. Lorsqu'on saisit entre les doigts la région palpébrale à laquelle correspond l'ulcération, on constate une induration assez marquée, mais moindre que dans le chancre syphilitique. Les ganglions préauriculaires ou sous-maxillaires se prennent de bonne heure. À la conjonctive bulbaire, la tuberculose se présente sous la forme d'un nodule tuberculeux qui a moins de tendance à s'ulcérer qu'au niveau de la conjonctive des culs-de-sac. Chez l'enfant que j'ai observé, la petite gomme tuberculeuse, sans s'ulcérer, avait gagné en profondeur et dissocié la paroi scléroticale et la choroïde sous-jacente. Il n'y a pas de ganglions engorgés en ce cas. Le diagnostic est assez facile à faire dans les deux circonstances, mais d'ailleurs il devra toujours être vérifié par la recherche du bacille tuberculeux et l'inoculation expérimentale. Cette inoculation permettra de différencier la tuberculose conjonctivale de l'infection morveuse qui se présente avec les mêmes caractères à peu près que la tuber-

culose, mais reste exceptionnelle. On n'en connaît qu'un cas indiscutable.

Traitement. — Comme la tuberculose de la conjonctive est presque toujours secondaire à des lésions situées en d'autres points du corps, on ne peut espérer une guérison complète; on doit néanmoins chercher la guérison locale et pour cela enlever ou détruire sur place le foyer tuberculeux.

Les bourgeons qui environnent l'ulcère seront excisés et lui-même sera raclé ou détruit par la cautérisation ignée ou chimique, puis pansé avec des applications d'iodoforme. Le nodule tuberculeux bulbaire sera extirpé même si l'on doit enlever, pour l'avoir, une portion de la coque oculaire. Dans notre cas, où il s'agissait d'un enfant de 5 ans, nous avons ainsi pratiqué une fenêtre à la sclérotique et mis, pour la fermer ensuite, trois points de suture. La guérison locale fut parfaite et l'œil ne resta même pas déformé.

Comme traitement général, on administrera de l'iodoforme à l'intérieur, à la dose quotidienne de 0,05 à 0,10 centigrammes.

X. OPHTALMIE IMPÉTIGINEUSE (*Conjonctivite et kératite phlycténulaires, ophtalmie scrofuleuse, staphylocoques*). — A) OPHTALMIE PHLYCTÉNULAIRE. — Nous groupons sous ce nom toutes les formes de phlyctènes de la conjonctive et de la cornée qui s'accompagnent de manifestations de même nature du côté des téguments externes et que l'on désigne sous le nom d'impétigo (Morax). L'ophtalmie phlycténulaire forme le trait d'union entre les maladies de la conjonctive et celles de la cornée, car elle comporte des lésions de ces deux membranes, d'une égale importance pour le diagnostic. Certains auteurs font la division et décrivent séparément la *conjonctivite* et la *kératite phlycténulaire*; c'est là une erreur, selon nous, car les deux processus, s'ils apparaissent parfois séparés, sont le plus souvent réunis et mêlés intimement sur le même œil. Fuchs fait remarquer, avec juste raison, qu'en réunissant les deux descriptions en une seule, on répond à la réalité anatomique, vu qu'il s'agit d'une lésion épithéliale d'origine et que les couches superficielles de la cornée peuvent être regardées comme la continuation de la conjonctive sur la cornée. On donne aussi à cette maladie le nom d'ophtalmie scrofuleuse, en raison du caractère lymphatique que présentent le plus souvent les sujets qui en sont atteints; toutefois, nous réservons plus spécialement ce nom d'*ophtalmie scrofuleuse* à une forme de la maladie à exsudation très abondante, qui naît dans les mêmes conditions que l'ophtalmie phlycténulaire après certaines fièvres éruptives.

Symptômes. — La *phlyctène*, qui constitue la lésion type de cette maladie, et qui d'ailleurs, anatomiquement, n'est qu'une infiltration cellulaire, se présente avec les caractères suivants : *Sur la conjonctive*, c'est une petite élévation rouge et conique d'abord, dont le sommet s'ouvre rapidement en cratère pour donner l'apparence d'une petite ulcération grisâtre, un peu proéminente par ses bords. Au pourtour, la muqueuse est fortement injectée, mais, quand la phlyctène est isolée, cette injection ne s'étend qu'à une faible distance, ce qui fait de cette conjonctivite une lésion conjonctivale très localisée. Les phlyctènes conjonctivales se guérissent toujours sans laisser de traces. *Sur la cornée*, la phlyctène apparaît comme une petite nodosité grise, demi-transparente, qui ressemble à s'y méprendre à une bulle

d'herpès, ce qui a valu à cette maladie des dénominations en rapport avec sa nature supposée : herpès (Stellwag); eczéma de la cornée (Horner). La bulle s'ulcère, donnant lieu à une petite perte de substance arrondie et peu profonde, qui se guérit sans complications et sans plus laisser de traces qu'à la conjonctive si l'affection est prise dès le début et soignée convenablement. Au limbe, dans la portion qui correspond au segment cornéen sur lequel se trouve la phlyctène, se voit une injection vasculaire réactionnelle, en général peu vive. Telles sont les lésions types de l'ophtalmie phlycténulaire; leurs manifestations isolées ou combinées permettent de reconnaître à la maladie plusieurs formes :

a). *Phlyctènes de la conjonctive.* — C'est la forme isolée de la maladie, et dans celle-ci les phlyctènes affectent absolument la physionomie que nous avons décrite plus haut. Quand la phlyctène siège au niveau du limbe, elle est au sommet d'un triangle rouge formé par la vascularisation conjonctivale. C'est la phlyctène *périkératique*. Dans cette forme isolée, les phlyctènes sont ordinairement volumineuses et ne donnent lieu à aucune sécrétion.

b). *Conjonctivite phlycténulaire.* — Les phlyctènes sont nombreuses, mais plus petites que dans la variété précédente : c'est une forme confluente. Les pustules sont disposées ordinairement au niveau du limbe et quelques-unes, moins nombreuses, siègent sur la conjonctive bulbaire. Par le fait de la multiplication des phlyctènes, la conjonctive est tout entière vascularisée et très rouge; il existe de la photophobie surtout si la phlyctène siège sur le limbe, du larmolement et parfois même une sécrétion muco-purulente très abondante, qui permet de douter qu'il s'agisse d'une conjonctivite phlycténulaire ou d'une ophtalmie catarrhale due au bacille de Weeks. Dans cette forme de conjonctivite phlycténulaire confluente, et surtout dans la variété qui s'accompagne de beaucoup de sécrétion, il est rare que la cornée soit envahie par les pustules.

c). *Phlyctènes de la cornée.* — La cornée peut être atteinte d'une seule, ou de deux ou trois pustules, qui se présentent suivant la physionomie que nous avons indiquée plus haut, mais sans qu'il existe de phlyctènes conjonctivales, ou même que la conjonctive réagisse de façon notable. En pareil cas, il se manifeste souvent une photophobie plus marquée que dans les variétés précédentes, encore que cette photophobie n'atteigne pas les degrés qu'on observe dans la forme de la maladie qui nous reste à décrire, et qui est la plus importante comme aussi la plus commune.

d). *Kérato-conjonctivite phlycténulaire.* — La kérato-conjonctivite représente la réunion de phlyctènes de la conjonctive et de la cornée, mais sa gravité se tire moins du nombre même des pustules, qui n'est pas toujours très considérable, que de la tendance que peuvent avoir les lésions cornéennes à augmenter d'étendue en surface et en profondeur.

Ainsi parfois l'ulcération se propage dans les couches superficielles de la cornée et devient serpiginieuse; en même temps, des vaisseaux venus du limbe envahissent l'ulcération et en suivent le parcours (*kératite en bandelletes*). Cet ulcère reste toujours superficiel.

D'autres fois, avant ou sans que la pustule ne s'ulcère, il se forme une

infiltration plus ou moins profonde des couches propres de la cornée, et on observe une tache cornéenne, jaune au centre, grisâtre et nébuleuse sur les bords: c'est un véritable *abcès de la cornée* qui est constitué. Cet abcès peut tendre à s'ouvrir dans la profondeur en même temps qu'à s'ulcérer à l'extérieur, et, quand la membrane de Descemet est perforée, on voit apparaître, dans la chambre antérieure, du pus (*hypopyon*) qui va se loger dans les parties déclives de cette cavité. Outre l'éventualité d'une hernie ou d'une adhérence de l'iris, qui sont les deux résultantes d'une perforation de ce genre, ces abcès profonds se terminent par l'établissement d'une taie indélébile toutes les fois qu'il y a eu ulcération extérieure. Si l'abcès ne s'ulcère pas, au contraire s'il a existé simplement une infiltration des lames cornéennes (*onyx*), quelque purulente que celle-ci ait paru, il se fera une résorption, ordinairement totale, de tous les produits d'infiltration de la cornée, et la transparence y reviendra à peu près parfaite.

Une troisième complication de la kérato-conjonctivite phlycténulaire est le pannus, dit *pannus scrofuleux* pour le distinguer du pannus granuleux. Ce pannus consiste dans l'altération vasculaire plus ou moins étendue et superficielle de l'épithélium cornéen. Il n'est généralement pas uniforme, et de gros vaisseaux se voient à côté de surfaces moins vascularisées.

Symptômes subjectifs et marche. — Les yeux ne sont pas collés le matin dans l'ophtalmie phlycténulaire, sauf quand il coexiste un catarrhe conjonctival. Mais il existe presque toujours du larmolement et souvent du blépharospasme et de la photophobie, surtout quand il existe des lésions cornéennes. Cette photophobie peut être si intense qu'elle constitue à elle seule le symptôme capital de la maladie, et il y a des enfants qui restent les yeux fermés et cachés dans leurs mains la plus grande partie du jour, recherchant les coins obscurs. Dans certains cas extrêmes, on a vu le blépharospasme amener une contraction permanente des paupières pendant plusieurs mois, à ce point que les enfants, tenant perpétuellement la paume de leurs mains appliquée sur leurs yeux, finissaient par avoir des déformations de ces mains et de la face. Ce qui est à noter, c'est que le blépharospasme n'est nullement en rapport avec la gravité des lésions cornéennes; le blépharospasme le plus intense et le plus prolongé répond souvent à une cornée très peu altérée, et généralement c'est un peu de pannus qui existe. Cet état est plutôt la conséquence d'un tempérament névropathique; il rend très difficile l'examen des yeux, et pour y parvenir on doit se servir d'écarteurs et parfois même employer l'anesthésie générale.

La maladie, prise au début et soignée convenablement, ne durerait pas longtemps par elle-même, mais de nouvelles poussées se produisent souvent les unes après les autres, et il en faut prévenir les parents des enfants. S'il existe du blépharospasme, l'affection devient beaucoup plus longue à faire disparaître.

Étiologie. — Cette affection, très fréquente chez les enfants, devient exceptionnelle chez les adultes. Elle est surtout très commune chez les enfants malpropres et misérables, en proie à la misère physiologique, et pour cette raison on a rangé l'ophtalmie phlycténulaire au nombre des affections

scrofuleuses qui naissent surtout dans ces conditions. Pour nombre d'auteurs récents, toutefois, la lésion originelle, la phlyctène, serait une formation microbienne, due à des staphylocoques, née d'une infection du voisinage, et la scrofule n'y aurait aucune part. Il est certain que l'on observe des phlyctènes de la conjonctive ou de la cornée chez des enfants très vigoureux et tenus très proprement, quoique le fait soit beaucoup plus rare.

Les enfants atteints d'ophtalmie phlycténulaire présentent très souvent des éruptions impétigineuses, voire des ulcérations à la face ou au cuir chevelu; plus souvent encore, on constate, à l'orifice des narines, des exulcérations et une humidité constante qui témoigne de l'existence d'une rhinite à staphylocoques (Augagneur). Il est à remarquer que, quand la maladie est limitée à un seul œil, il est presque constant de voir la rhinite n'exister que de ce côté.

Toutes ces constatations ont conduit un grand nombre d'auteurs à admettre que la phlyctène était, non pas l'expression d'un état général, la scrofule, mais le résultat d'une infection primitive, staphylococcique, de même nature que l'impétigo, et, par conséquent, une maladie locale. Certains pensent que l'origine de l'infection est plus particulièrement la rhinite, et d'autres font jouer un rôle aussi important à l'état de malpropreté ou de maladie de la peau; la croûte de l'impétigo, la phthiriasse du cuir chevelu constituent des conditions favorables à l'éclosion de ces accidents.

Traitement. — Le *traitement local* est simple parce qu'il est unique dans tous les cas. Il consistera à laver à l'eau bouillie tiède les yeux malades, plusieurs fois par jour, et à introduire, deux fois par jour, également dans la cavité conjonctivale, une certaine quantité de pommade au précipité jaune de 1 à 5 pour 100⁽¹⁾ (Pagenstecher). Si la cornée est atteinte en même temps que la conjonctive, on ajoutera l'instillation, une fois par jour, d'un collyre à l'atropine à un demi pour 100.

On défendra l'usage d'un bandeau quelconque et on prescrira le port de lunettes à coquilles fumées.

Certains cas particuliers réclament toutefois un traitement spécial. Ainsi le catarrhe purulent qui marque parfois le début de l'ophtalmie phlycténulaire sera traité par les moyens ordinaires, sulfate de zinc, nitrate d'argent à 1 pour 100, jusqu'à ce qu'il ait cessé. Au bout de deux ou trois jours on laissera les caustiques pour la pommade jaune.

Les ulcérations de la cornée, sauf l'atropinisation, ne demandent aucun traitement spécial, excepté la kératite en bandelettes. Si elle se montre longue à guérir, on précipitera la guérison en sectionnant au niveau du limbe les vais-

⁽¹⁾ Le calomel en poudre est également un excellent topique de cette affection, et il est moins irritant que la pommade jaune. Mais il est plus difficile d'insuffler ou de projeter le calomel que d'introduire la pommade avec un pinceau, et de plus ce médicament peut être dangereux. En effet si (comme c'est la règle) on administre en même temps que le calomel, sel instable, des préparations iodurées aux enfants, il peut s'opérer, au niveau de la conjonctive, une combinaison d'iodure de mercure très corrosive et on a observé en pareil cas des accidents graves. Pour ces raisons on donnera la préférence à la pommade jaune, mais on aura soin de la formuler ainsi :

Lanoline hydratée.	16 grammes
Huile de vaseline	4 —
Oxyde jaune d'hydrargyre (<i>fraîchement préparé et lavé</i>).	0,20 à 1 gramme

L'oxyde jaune fraîchement préparé et lavé n'étant pas d'une application irritante.

seaux de nouvelle formation avec la pointe rougie d'un crochet à strabisme.

Le blépharospasme est parfois si intense qu'il exige un traitement particulier. On fera, chaque matin, à l'enfant une douche forte et glacée sur ses paupières fermées; le jet d'un irrigateur à la distance de 10 centimètres fait très bien l'affaire. Pour remplacer la douche il peut suffire de plonger brusquement la tête de l'enfant dans l'eau froide, en l'y maintenant jusqu'à ce qu'il soit nécessaire de le faire respirer. On essaiera aussi de frictionner les paupières avec l'onguent napolitain belladonné. Enfin, comme ces moyens échouent dans certains blépharospasmes rebelles, il faut en venir alors aux remèdes chirurgicaux et, avant d'arriver à la section de la commissure externe qui en constitue l'ultima ratio, on exécutera la dilatation forcée de la fente palpébrale au moyen d'un blépharostat puissant laissé chaque jour en place pendant 10 à 15 minutes. En même temps on administrera du brome à l'intérieur.

Le *traitement général* de l'ophtalmie phlycténulaire est non moins important que l'application de la pommade jaune. On veillera d'abord à ce que l'enfant soit tenu avec une extrême propreté, surtout en ce qui regarde son cuir chevelu, sa figure et ses mains. Ses ongles seront coupés et soignés.

La rhinite recevra le traitement qu'elle comporte; on se trouvera bien de douches nasales à l'eau boriquée tiède.

Ensuite on aura recours à la médication tonique et reconstituante habituelle à ces âges, à la lumière, au grand air (pas de séjour à la chambre même en cas de photophobie), bains salés, thalassothérapie, préparations iodurées.

B). OPHTALMIE SCROFULEUSE. — Nous décrivons un peu à part, comme ophtalmie scrofuleuse, une affection qui se produit dans des conditions de terrain ou d'infection de voisinage qui sont analogues aux précédentes, et qui offre de la ressemblance avec l'ophtalmie purulente, tout en ayant certains des caractères de l'ophtalmie phlycténulaire. On n'observe pas de phlyctènes, en effet, et la muqueuse est tout entière épaissie, mais pas rouge comme dans la conjonctivite purulente franche; il s'échappe pourtant hors des paupières une assez notable quantité de sécrétion séro-purulente. Les paupières sont gonflées et rouges, mais peu tendues et leur mode de gonflement fait songer à la tuméfaction torpide de la lèvre supérieure des enfants scrofuleux. Les altérations de la cornée se présentent avec autant de fréquence et de gravité que dans l'ophtalmie purulente ordinaire et de la même façon. Cette affection se voit comme la précédente chez les enfants misérables, malingres ou scrofuleux; mais elle a une origine très particulière, elle naît presque toujours dans la convalescence, de la rougeole. Pour cette raison, H. Coppez pense que le microbe originel de cette conjonctivite doit être le staphylocoque.

Traitement. — Plus que les symptômes, le traitement de cette affection montre qu'elle ne doit pas être assimilée à la conjonctivite purulente.

Ici point de caustiques, pas de médication substitutive qui ne sert qu'à exaspérer les symptômes de chémosis conjonctival. On se contentera de lavages antiseptiques tièdes et d'applications de pommade jaune.

PEMPHIGUS DE LA CONJONCTIVE. — Il ne faut pas confondre avec la conjonctivite phlycténulaire une affection très grave et très rare, décrite autrefois par de Graefe sous le nom de *phthisie essentielle* de la conjonctive et qui est le pemphigus conjonctival.

Cette maladie se caractérise par l'apparition de bulles pemphigoïdes sur la conjonctive, coïncidant ordinairement avec une éruption cutanée analogue; elles aboutissent à l'opacification de la cornée, à la destruction du sac conjonctival et quelquefois à son oblitération sous la forme d'ankylo-blépharon.

La production des bulles est excessivement rapide, et tout aussitôt leur paroi cède laissant une érosion qui peut devenir le siège d'une exsudation diphtéroïde. Chez un enfant observé par M. Dufour, il ne fallait pas plus de cinq minutes pour que la bulle arrivât à son complet épanouissement; en même temps survenait de la photophobie, un larmolement intense, une rougeur vive du point affecté. Il est rare que la cornée ne soit pas atteinte au cours de la marche fatalement progressive de cette maladie.

Après chaque éruption bulleuse la conjonctive se rétracte, prend une apparence de sécheresse, devient blanche et fibreuse; de même la cornée s'épaissit lentement jusqu'à être transformée en un tissu cicatriciel porcelané.

Dans aucun des cas observés on n'a vu la maladie s'arrêter ni les lésions s'atténuer ou disparaître.

XI. KÉRATITES. — Les kératites secondaires aux conjonctivites ou aux inflammations du segment externe de l'œil ont été décrites dans les chapitres précédents comme complications des ophtalmies; nous traiterons seulement ici des kératites primitives.

KÉRATITE INTERSTITIELLE DIFFUSE (*K. parenchymateuse*; *K. vasculaire profonde*; *K. hérédo-syphilitique*). — Cette affection s'observe dans la troisième enfance, de 6 à 15 ou 16 ans, et parfois même plus tard, mais rarement plus tôt. Elle survient chez des sujets qui souvent n'ont rien présenté antérieurement du côté des yeux, aucune atteinte de kérato-conjonctivite phlycténulaire.

Symptômes. — La kératite interstitielle ou parenchymateuse s'annonce, au début, sans grandes douleurs ni sensations pénibles, par une infiltration profonde de la cornée sous forme de taches grises, diffuses, qui souvent paraissent confluentes, mais qui sont séparées les unes des autres par des espaces plus clairs, appréciables à la loupe. La maladie peut débiter par le centre de la cornée ou par la périphérie, ce qui est le cas le plus fréquent. En même temps la vascularisation réactionnelle s'annonce au niveau du limbe de la cornée sous la forme d'un cercle rouge, d'un rouge grenat foncé, qui semble d'une teinte uniforme, tellement les vaisseaux de néoformation sont fins et serrés. Ces vaisseaux siègent dans l'épaisseur de la cornée et vont gagnant peu à peu du terrain, de la périphérie vers le centre. A la période d'état, la cornée est presque tout entière envahie par la vascularisation profonde (*kératite vasculaire profonde* de Horner) et le centre seul paraît grisâtre. A ce moment, l'iris n'est plus appréciable à l'éclairage