

matin peut n'être plus appréciable le soir même. C'est là le témoignage d'une nutrition très active, et, d'un autre côté, nous voyons tous les jours avec quelle enteur désespérante se réparent certains ulcères de la cornée, ce qui prouverait une nutrition très languissante.

La preuve de l'activité nutritive se trouve encore dans la kératite ou inflammation de la cornée, maladie d'une extrême fréquence et qui revêt des formes nombreuses, dont la cause nous échappe le plus souvent, comme le mode de nutrition lui-même. Peu de membranes sont aussi sujettes à s'ulcérer que la cornée transparente.

La kératite peut être liée à l'affection décrite dans ces dernières années sous le nom de *zona frontal*, *zona ophtalmique*, et signalée pour la première fois en 1866 par Hutchinson.

Le *zona ophtalmique* est une éruption herpétique développée sur le territoire innervé par la première branche du trijumeau. Il est l'expression cutanée de l'irritation et de l'inflammation de cette branche nerveuse dont les filets peuvent être simultanément ou isolément atteints.

L'éruption cutanée et les lésions oculaires qui l'accompagnent sont des troubles trophiques, c'est-à-dire devant être attribués à une influence directe du système nerveux sur la nutrition.

Les ulcères de la cornée s'accompagnent ou non du développement de nouveaux vaisseaux et occupent des sièges divers. Tantôt, c'est la première couche ou couche épithéliale seulement qui est comme dépolie, ulcérée, et à l'éclairage latéral on voit à la surface de la cornée une multitude de petits points très rapprochés les uns des autres, ou bien on observe un petit ulcère dont le point de départ est souvent une phlyctène : l'ulcère détruit successivement la lame élastique antérieure, gagne le tissu propre, peut traverser la lame élastique postérieure et produire une perforation dans laquelle s'engage de suite l'iris. Ces ulcères ont une marche très lente, et restent longtemps limités à la couche moyenne : aussi voit-on parfois la membrane élastique postérieure, repoussée en avant par l'humeur aqueuse à travers l'ulcération, former à l'extérieur une petite hernie transparente. Ces ulcères déterminent une photophobie et un larmoiement des plus intenses, ce qui tient à l'action de la lumière sur l'extrémité terminale des nerfs de la cornée mise à nu.

Je rappellerai que l'indication principale à remplir dans les cas d'ulcère, et surtout d'ulcère central de la cornée, est de maintenir toujours l'iris dilaté à l'aide de l'atropine, pour faire obstacle à la production des adhérences de cette membrane avec la cornée, c'est-à-dire des synéchies antérieures.

La kératite interstitielle ou plastique peut être rapidement suppurative, comme dans les ophtalmies purulentes, par exemple, et déterminer la perte rapide de l'œil. Le plus souvent, la suppuration est localisée et donne lieu à un abcès intra-cornéen ; il faut alors pratiquer immédiatement la paracentèse avec un couteau lancéolaire pour donner issue au pus, qui, sans cela, perforera la cornée.

Mais la forme la plus fréquente de la kératite est celle qui s'accompagne d'épanchements plastiques plus ou moins abondants dans l'épaisseur du tissu propre de la cornée avec production de vaisseaux. Tous les chirurgiens connaissent l'extrême difficulté de la guérison de ces kératites, surtout quand elles sont anciennes, quand la cornée ne présente plus qu'une membrane rouge, charnue (*pannus*).