

Il n'est pas douteux que l'obstacle à la guérison provienne de la présence dans l'épaisseur de la cornée des nombreux vaisseaux artériels de nouvelle formation : aussi le meilleur mode de traitement consiste-t-il à les détruire. Un bon moyen pour cela est de toucher chacun des troncs principaux sur la conjonctive avec un crayon de nitrate d'argent. Un moyen radical est la *tonsure* de la conjonctive, proposée par Furnari, c'est-à-dire l'ablation, avec des ciseaux courbes, de la conjonctive, tout autour de la cornée.

La tonsure de la conjonctive réussit parfois merveilleusement à rendre à la cornée sa transparence, et par là même un certain degré de vision, mais elle peut aussi échouer, et je pense que la maladie est alors au-dessus des ressources de l'art. Voici ce qui se passe, selon moi, dans ce dernier cas : les vaisseaux qui se développent dans la cornée lui viennent, au début de la maladie, de la conjonctive seule ; ils sont superficiels et situés dans la couche élastique antérieure ; la couche de tissu propre n'est pas encore vascularisée. Si on intervient à cette période, les moyens ordinaires de traitement, et, en cas d'échec de ces moyens, la cautérisation et la tonsure conjonctivales, ont ordinairement raison de la maladie. Mais, avec le temps, les vaisseaux gagnent les couches profondes de la cornée ; il s'établit des connexions nouvelles entre eux et ceux de la sclérotique, et ils finissent également par communiquer avec le système vasculaire irido-choroïdien. Dès lors, la cornée, la sclérotique, la choroïde et l'iris ont une circulation commune sous l'influence de laquelle des modifications de texture surviennent dans la cornée et restent permanentes, quoi qu'on fasse.

La guérison des kératites interstitielles laisse à la suite des taches indélébiles plus ou moins apparentes et plus ou moins opaques (néphélium, leucome, albugo) contre lesquelles ont été proposés beaucoup de moyens, dont quelques-uns ridicules, que je n'ai pas à rappeler ici. L'abrasion de ces taches n'a pas donné de résultats, et M. de Wecker, ne se préoccupant que du côté cosmétique, en a fait le tatouage, avec succès, à l'aide de l'encre de Chine. Panas a toutefois observé que cette petite opération pouvait être suivie d'accidents inflammatoires sérieux et en particulier de l'irido-cyclite.

Les kératites interstitielles, vasculaires ou non, sont presque toujours d'origine scrofuleuse, et constituent un triste apanage de la jeunesse. Un chirurgien anglais de grand mérite, Hutchinson, a pensé qu'un certain nombre de ces kératites étaient le résultat d'une diathèse syphilitique héréditaire, et, d'après cet auteur, elles s'accompagneraient constamment d'une déformation caractéristique des dents incisives. Le bord libre de ces dents présente d'abord au centre une saillie conique, qui s'use avec l'âge et laisse à sa place une dépression, en sorte que ce bord est concave au lieu d'être droit.

Bien que la manière de voir d'Hutchinson ne paraisse pas absolument démontrée, on devra néanmoins donner à ces malades un traitement spécifique, si les moyens ordinaires n'amènent pas de résultat favorable.

L'absence de vaisseaux dans la cornée nous permet de comprendre cette singulière et grave affection désignée sous le nom de gangrène, nécrose de la cornée, caractérisée par le ramollissement progressif et la destruction de cette membrane, qui paraît être infiltrée de pus, mais dont les éléments subissent en réalité une dégénérescence graisseuse. Sans nous dissimuler ce que cette explication a de vague, nous dirons avec les auteurs que la nécrose