

l'instrument tranchant. Autrefois, pour soulever ces vaisseaux afin de les saisir plus facilement, on se servait d'une anse de fil, passée, au moyen d'une aiguille, sous des nodosités veineuses. Aujourd'hui on s'en tient simplement à des pinces à dissection, avec lesquelles on saisit les varices, qu'on excise ensuite avec des ciseaux courbes sur leur plat. On laisse couler le sang qui ne tarde pas à s'arrêter, et, après avoir lavé l'œil avec de l'eau fraîche, on le couvre d'un peu de charpie et d'un bandeau. Si les varices étaient fort grosses et fort nombreuses, et si le sang que font couler les premières excisions gênait le chirurgien pour terminer l'opération, il pourrait la suspendre et ne l'achever que le lendemain.

§ 6. — De l'œdème de la conjonctive.

Malgré l'union assez intime de la conjonctive avec le globe de l'œil, et la texture fine et serrée du tissu cellulaire qui forme cette union, cette partie devient quelquefois le siège d'un gonflement œdémateux.

Outre les causes générales de la maladie, et qui sont les mêmes que celles qui produisent l'anasarque et toutes les hydropisies partielles, il est des causes spéciales qui la font naître : telles sont les contusions, les plaies, les ophthalmies, etc.

L'œdème occupe quelquefois un seul œil, plus souvent les deux yeux : rarement il est borné à la conjonctive oculaire, presque toujours les paupières participent à l'infiltration. Cette affection commence par un gonflement léger de la conjonctive, sans autre douleur que celle qui résulte mécaniquement de ce gonflement. La tuméfaction fait de jour en jour des progrès, et bientôt la conjonctive proémine entre les paupières. Deshaies-Gendron a vu un enfant dont l'œil surpassait le volume d'un œuf de poule. La couleur de la conjonctive est peu altérée; quelquefois elle est plus pâle, d'autres fois plus rouge; la tumeur est molle et conserve l'impression du doigt. Les larmes coulent en abondance et la vision est sensiblement gênée. Les mouvements du globe de l'œil et des paupières sont presque suspendus. Quelquefois l'œdème est accompagné d'une anxiété assez grande.

Cette maladie est rarement dangereuse. On a vu cependant la suppuration et la gangrène succéder à l'œdème, et déterminer la dénudation partielle du globe de l'œil. Cette espèce de terminaison est infiniment rare.

Le traitement consiste à faire sur l'œil des lotions aromatiques et astringentes, à donner à l'intérieur des diurétiques et des purgatifs, à tenir le corps chaudement, à éviter l'humidité. Mais si la maladie se prolongeait, et paraissait tendre à la suppuration ou à la gangrène, il faudrait appliquer un vésicatoire derrière le cou, et prescrire les boissons acidulées d'abord, puis les décoctions amères et aromatiques. Si, au contraire, elle semblait se joindre à un état inflammatoire, si l'infiltration de la conjonctive paraissait active, il serait convenable d'appliquer des sangsues autour de l'œil, ou même de recourir aux saignées générales. Enfin, on s'est bien trouvé quelquefois, lorsque la maladie se prolongeait, de petites mouchetures pratiquées sur les paupières et sur la conjonctive elle-même.

Nous ne terminerons pas cet article sans parler d'une espèce particulière d'œdème que Maître-Jan paraît avoir observée, et qu'il nomme *tumeur flatueuse* de la conjonctive. Cette maladie est caractérisée par un gonflement élastique de la conjonctive, qui cède à la pression du doigt, mais revient à son état naturel aussitôt que la pression cesse. Elle est remarquable aussi par la décoloration de la membrane, qui est transparente alors. Elle cède aux mêmes moyens que le gonflement œdémateux.

ARTICLE VII.

Maladies de la cornée.

Les principales maladies auxquelles la cornée est sujette sont l'inflammation, les phlyctènes, les pustules, les taches, les ulcères, les fistules, les excroissances fongueuses, l'hypopyon et le staphylôme. Nous allons parler successivement de chacune d'elles.

1. — De l'inflammation de la cornée ou kératite. (P. B.)

L'inflammation de la cornée ou kératite est rarement une maladie simple; le plus ordinairement elle est concomitante de la conjonctivite. Cette circonstance a été la cause de la lacune que l'on trouve dans un grand nombre d'écrits sur les maladies des yeux, lacune qu'il est d'autant plus nécessaire de remplir que les pathologistes, Boyer

lui-même, et les ophthalmologistes, décrivent les maladies qui sont la conséquence de cette inflammation.

Le siège de la kératite peut s'étendre à toute la cornée ou être borné à une partie de cette membrane; ce dernier cas est le plus fréquent. Mais il faut bien remarquer que la kératite partielle peut offrir un grand nombre de degrés en raison de l'étendue de la surface malade et de la profondeur à laquelle elle pénètre, de sorte qu'il existe des kératites partielles qui ont des conséquences aussi graves et même plus graves que des kératites générales.

Les causes de la kératite doivent être distinguées en internes et en externes. Les premières sont plus communes que les secondes. La plus fréquente parmi elles est le vice scrofuleux, qui fait naître une kérato-conjonctivite dans le plus grand nombre des cas, mais qui souvent aussi ne donne lieu qu'à une kératite simple. On pourrait peut-être avancer que ce vice est la seule cause interne de cette inflammation; car on ne peut la rapporter positivement au principe dartreux, et on ne la voit point survenir dans la syphilis. Les causes externes sont très-nombreuses, et on peut les nommer traumatiques. L'impression de l'air froid, l'introduction de corps étrangers très-fins entre les paupières, comme la poussière, le sable; l'action de la chaleur ou de la lumière du feu; les corps étrangers qui ont blessé la cornée, surtout quand ils y restent fixés; les opérations pratiquées sur la cornée, sont autant de causes de la kératite. Ces deux ordres de causes produisent des effets différents, comme on va le voir par l'exposé des symptômes.

Les symptômes de la kératite demandent à être étudiés dans la maladie simple et dans la kérato-conjonctivite. Dans la première, lorsqu'elle est le résultat d'une blessure de la cornée par un instrument piquant ou tranchant, on voit se manifester sur les bords de la plaie une teinte blanchâtre: elle dépend de la stase des liquides blancs que contiennent les vaisseaux sanguins de la cornée. Si la cause morbide est enlevée ou combattue, cette teinte blanche disparaît, parce que la circulation se rétablit, et le sang reprend son cours ordinaire. Mais si la cause persiste, il se fait dans la cornée, soit entre les lames qui la constituent, soit dans le tissu même de ces lames, un épanchement de lymphes plastique (fibrine et albumine), qui s'organise, et donne lieu à la formation des taches blanches ou blanchâtres qu'on observe si souvent sur la cornée. Lorsque la kératite simple dépend d'une

cause interne, le malade commence par éprouver un léger trouble de la vue, suivi de la sensation de la présence d'un fluide visqueux sur la cornée, et il sent une douleur dans les mouvements des paupières. Le chirurgien qui examine l'œil reconnaît que la cornée a perdu son éclat et son brillant ordinaires, dans une étendue plus ou moins grande de sa surface, et si la maladie existe déjà depuis quelques jours, la portion malade paraît rugueuse. Plus tard, il voit soit une phlyctène, soit une pustule, soit un ulcère, soit une tache, selon les progrès que l'inflammation a faits. La phlyctène et la pustule donnent à la cornée enflammée une teinte blanche qui le plus souvent disparaît dès qu'elles sont ouvertes, pour laisser un ulcère qu'on voit très-bien en regardant la cornée obliquement, mais dont le fond est aussi transparent que le reste de la membrane. Quelquefois néanmoins, lorsque l'inflammation est plus ancienne, cet ulcère a un fond et des bords blanchâtres. Si la kératite simple persiste longtemps, elle peut être compliquée des phénomènes de la kérato-conjonctivite. En effet, celle-ci ne consiste pas seulement dans la réunion des symptômes des deux inflammations, elle présente, indépendamment, des phénomènes propres à la kératite qui consistent dans le développement anormal des vaisseaux rouges sur la cornée. Ces vaisseaux paraissent appartenir à la conjonctive qui passe sur la cornée, car ils se continuent avec ceux de la première de ces membranes, et quelquefois on les voit s'étendre jusqu'au centre de la seconde.

Ces symptômes, qui dépendent de l'altération du tissu de la cornée, sont accompagnés d'autres symptômes résultant de l'altération des fonctions des membranes affectées. Dans la kératite simple, il y a trouble de la vue, puisque la cornée perd sa transparence dans le point malade; mais il n'y a pas crainte de la lumière ou photophobie, ni larmolement. Ces deux phénomènes appartiennent à la kérato-conjonctivite; le premier, parce que dans l'ophtalmie, à laquelle on doit le rapporter, les membranes intérieures de l'œil participent à la maladie; et le second, parce que la cornée n'est point une membrane sécrétante comme la conjonctive, et que la portion de celle-ci, qui passe au devant de la cornée, ne contient pas de follicules muqueux. La kératite simple ne produit aucune douleur; la kératite compliquée en occasionne, et cette douleur est souvent une sensation de pression du globe oculaire.

La kératite qui succède aux plaies se termine quelquefois par le

ramollissement de la cornée. Les lèvres de la solution de continuité s'enflamment et ne se réunissent pas : l'inflammation s'étend au reste de la membrane qui perd sa solidité et par conséquent sa forme convexe ; elle s'affaise, s'aplatit, et quelquefois elle devient concave en dehors et convexe en dedans ; dans ces derniers cas, elle laisse passer les humeurs de l'œil, qui, ainsi vidé, se réduit à un moignon. Quelques pathologistes disent avoir observé des productions crétacées dans les taches de la cornée.

La marche de la kératite diffère selon les causes. Dans la kératite traumatique, la maladie est terminée en huit ou dix jours, soit par le retour à l'état normal, soit par le ramollissement ; c'est ainsi qu'à la suite de la cataracte par extraction, on voit la kératite produire dans cet espace de temps le ramollissement complet de la cornée. Dans la kératite simple spontanée, la marche est toujours beaucoup plus lente. Cependant, si l'on étudie avec grand soin cette maladie, on voit souvent que dans le même espace de temps, c'est-à-dire en huit ou dix jours, il y a guérison, ou ulcère, ou tache de la cornée. Souvent ces ulcères donnent lieu à des cicatrices blanches indélébiles, et souvent aussi les taches ne peuvent être effacées. Dans la kérato-conjonctivite la marche est plus aiguë, parce qu'elle est subordonnée à celle de la conjonctivite, qui est toujours rapide.

Le diagnostic de la kératite est facile ; la perte du brillant de la cornée, et surtout la tache blanche qu'elle présente, sont des signes qu'on aperçoit sans peine. Il peut y avoir quelques difficultés quand la maladie est récente et quand l'ulcère qui succède à la kératite est très-peu profond.

Le pronostic est toujours grave, à cause des taches qui, succédant à cette inflammation dans le plus grand nombre des cas, apportent une perturbation dans les fonctions de l'œil.

Le traitement est celui de la conjonctivite aiguë, dans le principe de la maladie. Lorsque des ulcères ou des taches existent, il faut avoir recours au traitement qui sera indiqué à propos de ces maladies.

Il y a une espèce de kératite qui demande un traitement prophylactique : c'est celle qui survient après l'opération de la cataracte par extraction. On la prévient en ne mettant pas sur l'œil un tampon de charpie trop volumineux, de façon à ne pas comprimer l'œil ; en levant l'appareil le second ou le troisième jour, afin de ne pas laisser des corps étrangers s'interposer entre les lèvres de la plaie ; en ne

cherchant pas à examiner l'état de l'œil avec trop de soin, et surtout en ne faisant pas sur l'œil de nombreuses lotions.

§ 2. — Des phlyctènes de la cornée.

Nous avons dit, en parlant des maladies de la conjonctive et des phlyctènes en particulier, tout ce qu'il est important qu'on sache sur les phlyctènes de la portion de cette membrane qui couvre la cornée. Comme elles ont été décrites séparément par quelques auteurs, nous avons cru devoir les indiquer ici pour éviter les apparences d'une omission (voyez page 536).

§ 3. — Des pustules de la cornée.

On nomme ainsi de petites tumeurs qui se forment entre les lames les plus superficielles de cette membrane, s'ouvrent à la surface de l'œil, et rendent une petite quantité d'un liquide blanchâtre et puriforme.

Ces pustules se manifestent presque toujours à la suite ou vers le déclin de l'ophtalmie aiguë ; quelquefois aussi leur apparition semble liée à la suppression d'un exanthème, à une diathèse scrofuleuse, à une affection vénérienne invétérée.

Lorsque la maladie commence, on aperçoit, dans les lames de la cornée, une légère opacité qui s'obscurcit davantage, et forme, mais lentement, une petite tumeur, laquelle reste quelquefois stationnaire, souvent aussi s'élève en pointe, s'amincit et se rompt.

Cette maladie n'a de gravité que lorsqu'elle occupe la partie de la cornée qui couvre la pupille ; elle dérange alors plus ou moins la vision, laisse toujours après elle une petite cicatrice qui produit une difformité légère et nuit à la netteté de la vue.

Le traitement de cette espèce de pustule diffère peu de celui des phlyctènes de la conjonctive : l'ouverture de la tumeur au moyen d'une lancette serait peut-être préférable, quoi qu'en aient dit quelques auteurs, à l'application de la pierre infernale, dans les cas où la tumeur occupe le centre de la cornée ; mais on ne peut employer l'un ou l'autre de ces moyens que sur les adultes. Chez les enfants, ils auraient de grands inconvénients à cause de la mobilité excessive de l'œil, qui rendrait probablement l'incision ou la cautérisation tout à

fait impraticables. Il faut alors, je crois, se borner aux lotions émoullientes, aux cataplasmes mucilagineux, aux vapeurs aqueuses, et favoriser ainsi la rupture spontanée de la tumeur en la ramollissant. Lorsqu'elle est ouverte, il faut injecter dans l'œil de l'eau tiède pour en nettoyer le fond, et empêcher qu'elle ne se forme de nouveau.

§ 4. — Des taches de la cornée.

Les taches de la cornée varient beaucoup par leur couleur et par leur forme. Pour exprimer ces différences, on s'est plu autrefois à créer des espèces et à assigner à chacune d'elles un nom particulier. Aujourd'hui on s'en tient à trois variétés, qu'on désigne par les noms de *nuage*, d'*albugo* et de *leucoma*.

1° *Nuage*. — Le nuage est une tache superficielle, semi-transparente, semblable en quelque sorte à une fumée peu épaisse placée sur la cornée. Cette maladie est presque toujours la suite de l'ophtalmie chronique, et se développe particulièrement chez les individus d'un tempérament lymphatique, d'une constitution molle, et dont l'œil est habituellement plus humide et plus rouge qu'il ne doit l'être.

On distingue aisément, à travers la petite tache blanchâtre que forme le nuage, la couleur de l'iris, ou la teinte noire de la pupille. Le nuage n'est pas également coloré dans tous les points de son étendue, et sa circonférence n'est pas très-distincte des parties voisines; il n'a aucune saillie et peut occuper une partie quelconque, ou même la totalité de la cornée. Mais, en général, lorsque cette membrane est obscurcie tout entière, on voit que plusieurs nuages se sont formés isolément, et se sont rapprochés et réunis à mesure qu'ils ont acquis de l'étendue. La portion de la conjonctive oculaire qui entoure le nuage est plus rouge que le reste de cette membrane, et souvent parsemée de vaisseaux variqueux et noueux qui se dessinent sur la sclérotique.

Le nuage ne produit qu'un obscurcissement incomplet de la vue. Il n'empêche pas de distinguer la forme et la couleur des corps; mais il s'oppose à ce que l'image en soit bien nette et bien distincte. Quelques malades croient voir une mouche se reposer sur tous les objets où ils fixent leurs regards.

Abandonnée à elle-même, cette affection guérit rarement; elle tend

en général à s'aggraver pendant un certain temps, après lequel elle reste stationnaire. Ce que nous venons de dire du nuage ne permet pas de le confondre avec aucune des affections dont nous avons déjà parlé. Nous indiquerons bientôt en quoi il diffère de l'albugo et du leucoma.

Lorsque le nuage est récent et a peu d'étendue, les remèdes locaux, astringents et aromatiques, sont très-propres à combattre la dilatation des vaisseaux de la conjonctive, dilatation à laquelle le nuage est presque toujours lié et dont il semble être l'effet. Ainsi les collyres d'eaux distillées de rose, de plantain, de fenouil, auxquelles on ajoute de l'acétate de plomb, du sulfate de zinc, etc., pourront être employés avec succès dans le commencement de la maladie, aussi bien que l'onguent antiophtalmique de Janin. Mais quand le nuage dure depuis longtemps, qu'il a une étendue et une épaisseur peu considérables, lorsqu'il fait des progrès, malgré l'emploi des remèdes que nous venons d'indiquer, il faut promptement procéder à l'excision des vaisseaux variqueux de la conjonctive. A cet effet, on les soulève avec de petites pinces à l'endroit où cette dernière membrane s'unit à la cornée, et on les retranche avec des ciseaux courbes. Lorsqu'il y a deux nuages sur le même œil, on fait une double opération. Enfin, si la cornée est couverte en totalité par une ou plusieurs taches de cette espèce, on fait une excision circulaire de toute la portion de la conjonctive qui entoure la cornée. La simple incision des vaisseaux variqueux serait insuffisante: la cicatrisation trop prompte des extrémités de leur division rendrait l'opération inutile. Les soins consécutifs sont les mêmes que ceux dont nous avons indiqué l'emploi après l'excision de l'onglet. Nous ne reviendrons pas non plus sur le traitement interne qu'il conviendrait d'employer, si le nuage paraissait lié à une diathèse particulière. Disons en finissant qu'on n'a pas toujours attaché au mot *nuage*, *nubecula* ou *nephelion*, la même idée qu'aujourd'hui: les anciens désignaient sous ces noms une ulcération superficielle de la cornée.

2° *Albugo*. — L'albugo est une tache épaisse placée dans la substance de la cornée, entre les lames qui la composent, et qui produit la cécité lorsqu'elle en occupe le centre. L'albugo survient presque toujours pendant la durée de l'ophtalmie aiguë grave. Souvent il se dissipe, avec la cause qui l'a produit, sous l'influence du même traitement; mais quelquefois aussi il persiste après que l'inflammation a

disparu, et devient d'autant plus difficile à guérir, qu'il dure depuis un temps plus long. Le chémosis n'est pas la seule cause de l'albugo. Dans quelques cas, rares à la vérité, cette tache se montre et se développe lentement, sans aucune cause occasionnelle appréciable, chez les individus scrofuleux ou infectés du virus vénérien, d'un vice dartreux ou psorique, qu'on regarde alors comme cause prédisposante.

L'albugo se présente sous la forme d'une tache irrégulière, blanche, opaque et comme crayeuse, quelquefois avec un reflet bleuâtre ou nacré. Son opacité n'est pas la même dans toutes ses parties, et souvent elle offre dans quelques points de son étendue un peu de transparence. Son centre est en général très-opaque; sa circonférence, sans l'être également dans tous ses points, présente partout une couleur qui tranche fortement avec celle de la cornée, et ne se perd pas insensiblement comme celle du nuage. Cette tache n'offre au surplus aucune saillie et ne cause ordinairement aucune douleur.

Lorsque l'albugo occupe dans une certaine étendue le centre de la cornée, il peut arrêter entièrement l'accès de la lumière et produire la cécité. Souvent il cache seulement une portion de la pupille, et dans ce cas le malade peut encore distinguer les objets à travers la portion diaphane de la cornée; seulement le champ de la vision est plus ou moins rétréci. Quand l'albugo est situé sur la partie inférieure de l'œil, le malade est obligé d'abaisser cet organe ou d'élever l'objet pour le mieux distinguer; lorsque la tache est petite et occupe le milieu de la cornée, la vision s'exerce latéralement; elle est plus nette dans un lieu obscur qu'au grand jour, parce qu'alors la pupille dilatée est traversée par une grande quantité de rayons lumineux. Lorsque, au contraire, la tache est placée à quelque distance du centre, une lumière vive est plus favorable; car, dans ce cas, la tache ne correspond plus à la pupille rétrécie. L'albugo produit une difformité toujours désagréable: c'est le seul inconvénient qu'il offre quand il est situé près de la circonférence de la cornée.

Le diagnostic de l'albugo est facile. Son opacité le distingue du nuage; l'irrégularité de sa forme, sa couleur mate et inégale, ne permettent pas de le confondre avec les pustules et les abcès de la cornée qui ont une forme régulière et dans leur centre une saillie plus ou moins prononcée. On ne le confondra pas non plus avec les cic-

trices qui présentent toujours une dépression sensible et une couleur lisse et luisante.

Lorsque l'albugo commence à se former dans le cours d'une ophthalmie aiguë; il faut insister sur les remèdes antiphlogistiques. Plus tard on emploie les topiques astringents et légèrement irritants. On parvient souvent ainsi à dissiper l'albugo dès son origine, surtout chez les jeunes gens, et lorsque la tache n'a qu'une étendue et une opacité médiocres. Mais si ce premier moment favorable à la guérison de l'albugo est passé sans qu'on ait rien fait pour le détruire, il est rare qu'on parvienne ensuite à un heureux résultat. Cela est bien difficile encore lorsque les moyens convenables ont été employés sans succès. Néanmoins on a vu assez souvent, l'inflammation étant passée, l'absorption du liquide qui forme la tache de la cornée se faire spontanément. Les remèdes ont peu d'efficacité alors; on ne doit pourtant pas en négliger l'emploi. Les topiques stimulants et légèrement âcres, propres à favoriser la résorption de la matière qui forme l'albugo, conviennent particulièrement. Ceux qui ont été les plus avantageux sont le fiel de bœuf, de brebis, de brochet, de barbeau, la pommade de Janin ou autre analogue, l'espèce de suie humide de papier ou de vieux linge que l'on fait brûler entre deux assiettes, délayée avec un peu de salive; le collyre sec fait avec l'iris, le sucre candi, la myrrhe, un demi-gros de chacun, et quinze grains de sulfate de zinc, réduits en poudre impalpable, que l'on souffle dans l'œil au moyen d'un chalumeau de paille ou d'un tuyau de plume à écrire; l'huile de gaiac, de buis ou de noix un peu rance; le laudanum liquide de Sydenham, le suc miellé de petite centaurée, etc. On choisit parmi ces remèdes locaux ceux que l'on croit les plus appropriés à la nature du cas et à la sensibilité particulière de l'œil malade. Mais quel que soit celui dont on fasse choix, si l'œil en supporte l'action sans être trop irrité, il faut en continuer l'usage avec toute l'exactitude possible, pendant au moins trois ou quatre mois consécutifs, avant de perdre tout espoir de succès et de déclarer le mal incurable.

Si l'albugo s'est développé lentement et sans cause connue, on ne pourra diriger le traitement que contre la disposition générale de l'individu, ou d'après certaines circonstances commémoratives. Si l'on pouvait présumer que la maladie tint à une diathèse scrofuleuse, à une affection vénérienne ou dartreuse, on agirait contre ces maladies-là, et si l'albugo s'améliorait pendant le cours du traitement, on le con-

tinuerait avec persévérance; on l'abandonnerait, au contraire, si au bout d'un certain temps il n'avait produit aucun effet sensible. Il est à peine nécessaire de dire que toute opération tentée pour détruire l'albugo, soit en le raclant avec la lame d'un instrument, ou en l'enlevant par tranches très-minces, serait non-seulement inutile, mais encore très-nuisible.

3° *Leucoma*. — Le mot *leucoma* a longtemps, et avec raison, été employé comme synonyme d'*albugo*. C'est dans ces derniers temps seulement qu'il a été détourné de son acception première, et qu'on s'en est servi pour désigner toute espèce de tache produite par une cicatrice de la cornée. Nous nous conformerons à l'usage, et c'est dans ce sens que nous allons nous servir du mot *leucoma*.

Le *leucoma* diffère donc de l'albugo et du nuage par la cause qui le produit. Ceux-ci surviennent toujours spontanément et dans le cours d'une ophthalmie; le premier, au contraire, est toujours le résultat d'une lésion externe, ou d'un ulcère qui a rompu le tissu de la cornée. Il ressemble à l'un et à l'autre par la difformité qui l'accompagne constamment, et par les désordres qu'il peut déterminer dans la vision, selon le lieu qu'il occupe; mais il en diffère, comme nous l'avons dit dans le précédent article, par son aspect luisant et par la dépression qu'il offre constamment. Il en diffère encore par une autre circonstance, son incurabilité. En effet, on voit bien certaines plaies de la cornée se réunir assez exactement pour ne laisser qu'une cicatrice linéaire à peine apercevable; mais quelquefois aussi une cicatrice dure, large et épaisse succède à un ulcère. Quelle que soit au reste son étendue, la tache qu'elle forme est ineffaçable, et tout traitement devient absolument inutile.

Quelques auteurs joignent à ces taches de la cornée le cercle blanc-mat, ou blanc-opale, qui se trouve à la grande circonférence de la cornée transparente chez les vieillards, et que Mauchart (*Disput. chirurg. select. ab Hallero*) proposait d'appeler *cercle sénile* (*arcus senilis*). Mais ce n'est point là une maladie, c'est une disposition naturelle qui n'appartient point à la pathologie.

§ 5. — Des ulcères de la cornée.

La cornée est quelquefois le siège d'ulcérations plus ou moins étendues en profondeur et en largeur, et dont les anciens ont distingué un

grand nombre d'espèces, qui ne sont pour la plupart que des degrés différents de la même maladie. Nous n'en admettons que deux : des ulcères superficiels et des ulcères profonds. Ces deux espèces sont en général produites par des causes différentes et n'exigent pas le même traitement.

Les ulcères superficiels sont quelquefois le résultat de l'action d'un instrument tranchant ou aigu qui a soulevé et détaché une des lames externes de la cornée; d'autres fois ils sont la suite d'une brûlure, d'une phlyctène, ou d'une pustule, qui s'est rompue spontanément ou a été ouverte par une incision. L'ulcère profond, au contraire, succède presque toujours à un abcès qui s'est formé entre les lames de la cornée, ou bien il dépend d'une affection scrofuleuse, vénérienne, dartreuse, ou même il est cancéreux.

L'ulcère superficiel forme sur la cornée une tache grisâtre, très-peu déprimée, et qu'on n'aperçoit ordinairement qu'en regardant l'œil de côté. Quelquefois la couleur de la cornée n'est nullement changée; cependant, qu'elle conserve ou non sa couleur et sa lucidité, la vue est toujours un peu troublée.

L'ulcère profond occupe ordinairement le centre de la cornée, sa forme est quelquefois évasée, il a quelquefois l'apparence d'un trou; sa couleur est brune ou cendrée; sa circonférence est presque toujours irrégulière; ses bords sont tantôt plats et tantôt élevés. Il cause des douleurs vives et lancinantes, et, dans quelques cas, une chaleur brûlante; il s'exhale de sa surface un fluide séreux et purulent. La portion de la conjonctive qui l'entoure est rouge, gonflée, douloureuse; les larmes coulent abondamment, la vision est dérangée; la lumière cause une sensation incommode, pénible, et les mouvements de l'œil et des paupières excitent de la douleur.

L'ulcère superficiel, abandonné à lui-même, s'aggrave rarement; presque toujours il tend à la cicatrisation, et pour peu que l'art favorise les efforts de la nature, la guérison finit par s'opérer. Quelquefois pourtant l'ulcère s'élargit, détruit les parties qu'il occupe, et passe à l'état d'ulcère profond.

Celui-ci ne guérit point spontanément; il s'étend peu à peu, et sa cavité devient chaque jour plus profonde. Abandonné à lui-même, il détermine la perforation de la cornée, l'écoulement de l'humeur aqueuse, la procidence de l'iris, et quelquefois même la sortie du cristallin. On voit d'après cela que si l'ulcère superficiel est une maladie