

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE
DE CHIRURGIE

SECTION XI.

MALADIES DE LA CORNÉE.

CHAPITRE I.

ANOMALIES DE LA CORNÉE.

La cornée, tout en conservant des dimensions aussi étendues qu'à l'état normal, au niveau de son pourtour, tout en étant d'une transparence parfaite, est parfois plus saillante et se rapproche de la forme hémisphérique; ce vice de conformation a été appelé CORNÉE HÉMISPHERIQUE CONGÉNITALE, STAPHYLÔME HÉMISPHERIQUE PELLUCIDE OU TRANSPARENT DE LA CORNÉE; je l'ai désigné sous le nom de STAPHYLÔME TRANSPARENT ET SPHERIQUE DE LA CORNÉE, par opposition au staphylôme transparent et CONIQUE. On a rattaché ce vice de conformation à une hydropisie de la chambre antérieure; nous croyons que l'hydropisie est consécutive à la malformation de la cornée. Cet état coïncide généralement avec une faiblesse de la vision; parfois avec une scléro-choroïdite postérieure, ou avec une IRIDODONÈSE (oscillation de l'iris). En admettant que la rétine soit saine, l'augmentation de convexité de la cornée a tout au moins pour effet de produire une forte myopie, à laquelle on obvierrait par l'emploi de lunettes à verres très-concaves. Lorsque la vision est complètement perdue, il faut se préoccuper seulement de la gêne qui résulte, pour les paupières, de l'exubérance de la cornée et de la difformité. En excisant, comme je l'ai pratiqué dans un cas (V. mon *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 5), une grande portion de la cornée, on obtient une réduction de volume du globe, tout en conservant un moignon assez considérable pour permettre, dans les conditions les plus favorables, l'adaptation d'un œil artificiel.

Au lieu d'un segment de sphère, la cornée présente parfois la forme d'un cône: CORNÉE CONIQUE, CONICITÉ DE LA CORNÉE, CONOPHTHALME, HYPER-

KERATOSIS, KERATOCONUS, OCHLODES, STAPHYLÔME CONIQUE, PELLUCIDE OU TRANSPARENT, STAPHYLÔME DIAPHANE. La cornée a conservé sa transparence, elle s'avance en forme de pain de sucre ou de cône, dont le sommet, parfois aplati, correspond au centre de la membrane.

Le STAPHYLÔME OPAQUE congénial est plus rare que les deux variétés de staphylôme transparent. Dans d'autres cas, la cornée conserve sa forme normale; mais au lieu de présenter une transparence parfaite dans tous les points de son étendue, elle est *opaque*, en partie ou en totalité. Il n'est pas rare de voir, au niveau du point de réunion de la sclérotique et de la cornée, une ligne circulaire bleuâtre ou couleur de perle : ARC FŒTAL D'AMMON, EMBRYOTOXON. Elle ressemble à l'arc sénile ou GERONTOXON. Elle occupe tantôt toute la circonférence, tantôt une partie de la circonférence de la cornée. Parfois l'arc fœtal est plus prononcé en haut et en bas que sur les côtés; il offre alors l'aspect de deux demi-lunes. Il peut se faire que l'opacité envahisse une partie plus étendue encore de la cornée. Enfin, dans quelques cas, la cornée est opaque dans toute son étendue, et d'un bleu plus ou moins foncé : SCLÉROPHTHALMOS, SCLÉROPHTHALMIE, CORNÉE ALBUGINEUSE, OPACITÉ CONGÉNITALE DE LA CORNÉE. Nous pensons, avec Cornaz, que les prétendus faits d'ABSENCE DE LA CORNÉE doivent être rapportés à ce groupe. Il importe de noter que quelques-unes de ces cornées opaques, en partie ou en totalité, au moment de la naissance, finissent par recouvrer leur transparence, spontanément, au bout d'un certain temps, quelques mois par exemple.

Les variétés de dimensions de la cornée, en rapport avec l'augmentation dans le volume total de l'œil (*megalophthalmos*) ou avec l'exiguïté de l'organe (*microphthalmos*) n'ont besoin que d'une simple mention. Chez les *cyclopes*, Leveillé et Collomb ont constaté l'existence d'une CORNÉE DOUBLE. Tantôt, alors il y a un simple *rapprochement* des deux membranes, par suite de soudure congénitale des deux globes; tantôt les cornées sont soudées elles-mêmes d'une manière intime. Signalons encore diverses espèces de TUMEURS CONGÉNITALES de la cornée, notamment celles qui se rattachent au *dermoïde conjonctival* (voy. t. I, p. 976).

CHAPITRE II.

BLESSURES DE LA CORNÉE.

Parmi ces blessures, les unes ne traversent pas toute l'épaisseur de la cornée, d'autres arrivent jusque dans la chambre antérieure; les dernières sont dites *pénétrantes*. Toutes ces lésions peuvent être compliquées ou non de la présence de corps étrangers.

1° Les plaies par INSTRUMENTS PIQUANTS, qu'elles intéressent une partie ou toute l'épaisseur de la cornée, qu'elles soient accidentelles ou produites

par la main du chirurgien, n'ont généralement pas de gravité; on sait que les vulnérations de la cornée, dans la paracentèse de la chambre antérieure, dans la kératonyxis, sont exemptes d'inconvénients. Les blessures accidentelles sont occasionnées par divers instruments; la blessure est-elle non pénétrante, l'agent vulnérant n'est-il pas resté dans l'épaisseur de la cornée, la plaie se cicatrise promptement. C'est ce qui arrive dans les égratignures superficielles, par les ongles des petits enfants ou de petits animaux. Au moment même de la blessure, il y a une douleur vive, du larmolement, une sensation de corps étranger derrière les paupières. Au bout de deux à trois jours, la petite perte de substance de la cornée, réduite parfois à l'épithélium, est comblée. Quelquefois, quand ces blessures ne sont pas soignées, il se développe une inflammation vive qui peut se propager aux autres membranes de l'œil et entraîner la perte de l'organe. C'est surtout quand la blessure est compliquée de la présence d'un corps étranger qu'il y a lieu de redouter des suites fâcheuses.

Les piqûres de la cornée, avec pénétration de l'instrument vulnérant jusque dans la chambre antérieure, sont très-rarement suivies d'une hernie de l'iris, à cause de l'étroitesse de l'ouverture. Lorsque l'instrument atteint l'iris, le cristallin, il se développe tout au moins une cataracte limitée à une portion du cristallin, ou envahissant la totalité de la lentille. Parfois la phlegmasie consécutive est très-grave; l'œil est pris d'un phlegmon subaigu ou chronique et finit par s'atrophier.

Les indications à remplir sont très-simples: condamner l'œil au repos absolu pendant quelques jours; pratiquer des fomentations astringentes; éviter toutes les circonstances de nature à activer la circulation cérébro-oculaire; extraire immédiatement les corps étrangers implantés dans la cornée. Si, malgré ces précautions, il se développe une phlegmasie de l'œil, on la combat par un traitement antiphlogistique énergique.

2° Les plaies par INSTRUMENTS TRANCHANTS sont en général pénétrantes. La solution de continuité est horizontale, verticale ou oblique. Quelques-unes de ces plaies ont la forme d'un lambeau, c'est ce qui arrive dans la kératotomie. La blessure est suivie de l'écoulement de l'humeur aqueuse; si les lèvres demeurent au contact, si le malade ne fait pas mouvoir l'œil, le liquide de la chambre antérieure se reproduit dans l'espace de quelques minutes. Si l'affrontement des bords est secondé par un pansement convenable, la plaie se réunit par première intention. Ce travail exige un temps fort court; dans les opérations de cataracte par extraction, je me suis souvent assuré que, dès le lendemain, les lèvres du lambeau kératique sont accolées par une traînée de lymphé plastique. Toutefois, pour que la cicatrice soit solide, que les bords ne se désunissent pas, il faut au moins quatre jours. On se gardera donc, dans les plaies de la cornée par instruments tranchants, d'enlever trop tôt l'appareil. Lorsque les lèvres se désunissent, la plaie suppure, et si parfois elles se réunissent par seconde intention, bien plus souvent l'inflammation se propage soit au reste de la cornée, soit à la chambre antérieure, et il faut redouter des infiltrations plastiques de la cornée, une suppuration de la chambre antérieure, l'oblitération de la