

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 : SCLÉROPTHALMOS, SCLÉROPTHALMIE, 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'exiguité 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 lymphes 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

pupille par de la lympe. D'autres fois, les accidents sont beaucoup plus graves ; il se développe un phlegmon de l'œil suivi de l'atrophie de l'organe.

Un accident très-fréquent, dans ces sortes de blessures, est la hernie de l'iris. Elle se produit d'autant plus facilement, que la solution de continuité est plus rapprochée de la circonférence de la cornée. La portion herniée est d'autant plus considérable, que la plaie est plus étendue. La pupille est attirée du côté de la blessure, et par suite déformée ; elle prend en général une forme ovalaire. Si la plaie est grande et très-rapprochée de la circonférence cornéale, tout le segment correspondant de l'iris sort à travers cette ouverture, et après la cicatrisation, la pupille est réduite à un demi-cercle, au lieu de représenter un cercle parfait, comme dans l'état normal. Si la blessure est convenablement traitée, la portion d'iris herniée, après s'être gonflée, revient peu à peu sur elle-même et se recouvre d'une pellicule cicatricielle qui se continue avec l'épithélium du reste de la cornée.

Toutes les fois qu'une solution de continuité de la cornée est compliquée de hernie de l'iris, il convient de chercher à en obtenir la réduction immédiate. Pour cela, on fait renverser la tête du malade en arrière, on soulève avec précaution la paupière supérieure, en même temps qu'on fait abaisser l'inférieure ; s'il existe, comme cela arrive parfois, un spasme des muscles de l'œil, on se hâte de réappliquer les paupières, pour éviter une nouvelle issue des parties. Dès que le spasme est calmé, on écarte de nouveau les voiles, et on cherche, au moyen d'une curette, à repousser la portion d'iris herniée dans la chambre antérieure. Si ces tentatives, faites à deux ou trois reprises, échouent, on s'en tient là. On rapproche les paupières, en prenant la précaution que le lambeau cornéal, s'il en existe un, ne soit pas soulevé par ces voiles, et on les maintient au contact l'un de l'autre par des bandelettes agglutinatives, comme après l'opération de la cataracte par extraction. Une saignée générale sera faite, si le blessé est robuste ; autrement on se contente de la diète, de sinapismes sur les membres inférieurs, de révulsifs sur l'intestin, d'applications d'extrait de belladone sur les paupières. L'appareil contentif est enlevé le quatrième jour. Qu'on se garde de faire des attouchements, sur la partie herniée, avec le crayon de pierre infernale ; ces cautérisations, dont il est difficile de limiter l'action, parce qu'il est impossible d'immobiliser l'œil, sont généralement suivies d'une phlegmasie grave. La ponction de la hernie iridienne, l'excision de la portion prolabée, augmentent la vulnération et l'inflammation consécutive.

Mackenzie a signalé un mode particulier de terminaison des plaies pénétrantes de la cornée, par instruments tranchants : lorsque la solution de continuité est située tout près de la sclérotique, il arrive parfois que la portion de conjonctive qui la recouvre se réunit, sans que les lèvres de la plaie cornéale s'agglutinent elles-mêmes. Il en résulte que l'humeur aqueuse, s'écoulant par l'ouverture de la cornée, soulève la muqueuse oculaire, sous forme d'une vésicule. Si on retranche celle-ci, il s'écoule de l'humeur aqueuse, la plaie conjonctivale guérit, mais la tumeur se reproduit. Il y a donc une espèce de *fistule borgne interne cornéo-conjonctivale*.

Pour en obtenir la fermeture, on excise la portion de conjonctive qui forme la tumeur, et on touche les bords de la solution de continuité de la cornée avec un stylet trempé dans une solution concentrée d'azotate lunaire.

3° Les CORPS CONTONDANTS qui atteignent la cornée exercent sur celle-ci des effets comparables, jusqu'à un certain point, à ceux qu'ils produisent sur les os ; ils la rompent dans une étendue plus ou moins considérable. Tantôt la section est nette et comprend toute l'épaisseur de la membrane ; d'autres fois elle est encore nette, mais tandis qu'elle intéresse toute l'épaisseur de la cornée, dans une certaine étendue, selon l'un des diamètres du miroir oculaire, elle ne s'étend, dans le reste de la solution de continuité, qu'aux lamelles superficielles, les profondes étant restées intactes dans ce point. Chez d'autres sujets, la lésion se présente sous une forme différente : d'un point central, on voit partir plusieurs solutions de continuité qui se portent en divers sens, et qui rappellent la configuration des fractures en *étoile*. Dans d'autres cas encore, un segment de la cornée, d'une forme et d'une dimension variables, mais ne comprenant que les lamelles superficielles, est détaché du reste de la membrane : il semble que si la face postérieure de cette lame ne tenait pas au reste des lames profondes demeurées intactes, elle devrait se détacher spontanément, à la façon de certaines *esquilles* osseuses, dans les fractures comminutives.

Si ce n'était pas forcer l'application de certaines dénominations usitées en pathologie, il y aurait lieu de se demander s'il ne serait pas possible d'appeler ces sortes de lésions des *fractures* de la cornée. L'expression, au surplus, ne serait pas plus étrange que celle de *luxations* donnée à certains déplacements du cristallin. Il y aurait alors, pour la cornée comme pour les os, des fractures *complètes, incomplètes, mixtes, en étoile*.

Dans les blessures de la cornée par instruments contondants, il se produit communément des lésions des parties profondes de l'œil, des extravasations dans la rétine et la choroïde, ce qui explique la perte instantanée de la vision. Les phénomènes réactionnels consécutifs sont plus ou moins intenses. Ils se terminent souvent par l'atrophie de l'œil.

4° Les PLAIES CONTUSES de la cornée offrent parfois moins de gravité que les contusions simples, probablement parce que l'effort de l'agent contondant s'épuise sur la cornée elle-même. Dans d'autres cas, les suites sont plus graves ; il se forme, plus ou moins rapidement, une cataracte. Parfois la blessure est accompagnée de l'issue d'une très-grande portion d'iris qui ne tient plus au reste de cette membrane que par un pédicule.

Dans les plaies contuses de la cornée, on recommande, plus encore que dans les autres genres de blessures, le repos de l'organe ; on pratique l'occlusion des paupières avec des bandelettes de taffetas. Des saignées générales ou locales (ventouses ou sangsues à la tempe), sont indiquées d'après le degré de réaction. Des onctions sur l'orbite avec l'extrait de belladone, le badigeonnage des paupières avec un pinceau trempé dans une solution de sulfate d'atropine, des révulsifs répétés sur le canal intestinal, préviendront une terminaison grave. Les indications relatives à la hernie de l'iris ne diffèrent pas de ce qu'elles sont dans les plaies par instruments