

se loue du mucilage tannique. Buys dit avoir retiré de grands bénéfices de l'acétate de plomb pulvérisé. Les instillations d'huile de foie morue sont préconisées par F. Cunier. On a aussi employé le laudanum pur, les fumigations d'iode, le collyre au sublimé, à la pierre divine, les préparations tanniques, le collyre de Conradi, le perchlorure de fer, le nitrate d'argent en crayon ou en solution très-concentrée.

Moyens chirurgicaux. Deval pratiquait l'*occlusion méthodique* des paupières avec le collodion, afin d'exercer sur les vaisseaux de la cornée une compression douce et soutenue. On a vanté le séton à la tempe entretenu pendant plusieurs mois; la *section des vaisseaux* perpendiculairement à leur direction, au moment où ils passent sur la cornée; la cautérisation de la petite surface cruenta qui succède à cette section avec le crayon de nitrate d'argent taillée en pointe (van Roosbroeck). L'excision d'un lambeau plus ou moins considérable de la conjonctive scléroticale, autour de la cornée, est recommandée par Scarpa. Ce procédé a été récemment remis en honneur par Kuchler, sous le nom de *circumcision* de la cornée. S. Furnari a obtenu la guérison de pannus rebelles, en disséquant toute la conjonctive bulbaire, depuis la circonférence de la cornée jusqu'à une petite distance du cul-de-sac oculo-palpébral, en emportant ensuite cette membrane, ainsi que les vaisseaux [qui rampent dans le tissu cellulaire sous-conjonctival (*tonsure conjonctivale*). L'*extirpation* du pannus est une opération impraticable, à cause des adhérences de la production morbide avec le parenchyme de la cornée. On n'arrive qu'à enlever des lambeaux.

Inoculation du pus de la blennorrhée oculaire. Cette méthode a été introduite dans la pratique en 1812 par F. Jæger, qui employait le pus de l'ophthalmie des nouveau-nés. Warlomont prend le pus blennorrhagique qu'il peut se procurer, sans s'inquiéter de ses caractères, ce que nous désapprouvons formellement, parce que le pus d'une blennorrhagie urétrale peut recéler du virus syphilitique.

Sur plus de cent cas de pannus traités par l'inoculation du pus de la blennorrhée oculaire, van Roesbroeck n'a pas eu un seul accident. « Tous les malades soumis à ce traitement ont éprouvé une très-grande amélioration; et, chez la plupart, la guérison a été si complète, que, quoiqu'ils eussent été aveugles pendant cinq, six ans et plus, il eût été impossible, à l'œil le plus exercé, de découvrir dans leurs yeux aucune trace de maladie antérieure. » Les résultats obtenus dans les trente cas rapportés par Warlomont sont moins satisfaisants. Nous pensons donc que, pour les pannus anciens, épais, qui ont résisté aux diverses médications, à la scarification des vaisseaux, l'inoculation est une méthode qui a une grande valeur. Nous croyons qu'il convient de s'abstenir de l'inoculation de pus urétral, et qu'il est préférable de se servir de celui qui a été recueilli sur la muqueuse d'enfants nouveau-nés atteints d'ophthalmie purulente franche.

ARTICLE II.

Kératocèle.

Le mot *kératocèle* s'applique à de petites tumeurs, constituées par une portion de l'épaisseur de la cornée, le reste des lamelles de cette membrane ayant été détruit par un travail ulcératif. De là plusieurs variétés, d'après la portion de cornée demeurée saine: le *kératocèle postérieur* et l'*antérieur*.

KÉRATOCÈLE POSTÉRIEUR. Il existe au fond d'une ulcération plus ou moins large de la cornée une saillie qui n'est généralement pas plus grosse qu'une tête d'épingle, tantôt de couleur verdâtre sale, tantôt très-transparente et ressemblant à une espèce de vésicule. Si le reste de la cornée a encore sa transparence, on constate que la chambre antérieure est conservée, que l'iris n'a pas changé de place, que la pupille a la forme normale. Le plus souvent unique, le kératocèle peut être multiple, lorsqu'il existe des ulcérations nombreuses de la cornée.

Le kératocèle postérieur ne se développe qu'à la suite d'ulcérations profondes de la cornée. Il est la conséquence de la pression à laquelle les lamelles postérieures sont soumises et à leur perte de résistance, non-seulement par le fait de l'amincissement, mais encore du ramollissement dont le tissu de la portion restante est affecté.

Le KÉRATOCÈLE ANTÉRIEUR a été révoqué en doute, par quelques ophthalmologues. Dans cette variété, la portion restante de la cornée est aussi poussée en avant, par la pression des liquides intraoculaires. On a encore admis un kératocèle *pseudo-membraneux*, constitué par la propulsion d'une membrane de formation nouvelle qui couvre une perforation de la cornée. On l'a observé sur des cicatrices cornéales peu solides, sur des staphylômes iridiens ou cornéo-iridiens; après la kératotomie.

Abandonné à lui-même, le kératocèle tend généralement à faire des progrès: sous l'influence de la pression intraoculaire, la tumeur augmente peu à peu de volume jusqu'à ce qu'enfin elle s'ulcère ou se rompe dans un point de son étendue. Cette perforation survient le plus souvent tout d'un coup, pendant un effort plus ou moins violent; elle est alors quelquefois annoncée par un petit bruit de claquement et s'accompagne de la projection d'un jet d'humeur aqueuse. Celle-ci s'écoule toujours au dehors en certaine quantité; mais l'iris, entraîné lui-même par le flot de liquide, vient former un bouchon qui s'oppose à ce que cette émission soit permanente. La portion d'iris engagée dans la petite solution de continuité adhère promptement: de là une *synéchie antérieure*. Si la perforation est plus large, l'iris fait hernie par une plus grande portion et il se forme parfois un *staphylôme iridien* ou *cornéo-iridien*.

Le traitement du kératocèle est le même que celui des ulcérations de la cornée et des perforations de cette membrane. Qu'on s'abstienne de porter sur la tumeur des caustiques, parce que ceux-ci produisent une escarre, à la chute de laquelle existe une plus large perforation de la cornée. De plus,

cette cautérisation, loin d'arrêter la marche de la phlegmasie, la rend parfois plus violente. Il faut se contenter de combattre l'affection de la cornée par les moyens appropriés, sauf à se comporter ultérieurement, s'il y a menace de perforation de la cornée, ou si cette perforation est effectuée, comme nous le dirons dans l'article suivant.

ARTICLE III.

Perforations de la cornée.

Les perforations de la cornée sont une des conséquences de la kératite ulcéreuse. Les unes se font vers le centre, les autres vers la circonférence de la cornée. Ces dernières sont plus communes. Il en est de multiples : en général la cornée est alors ramollie et ulcérée dans la plus grande portion de son étendue. Dès que la solution de continuité est établie, l'humeur aqueuse s'écoule au dehors ; l'iris entraîné par le flot du liquide s'engage dans la plaie par une portion plus ou moins grande de son étendue, et, faisant office de bouchon, s'oppose à un nouvel écoulement d'humeur aqueuse. Si l'ulcération occupe la circonférence de la cornée, la portion excentrique de l'iris s'engageant dans la perte de substance, la pupille est entraînée du côté de la perforation et reste déformée, mais conservée. Dans les cas heureux, la petite portion herniée de l'iris contracte des adhérences solides avec le pourtour de la plaie cornéale ; il se forme une cicatrice d'abord blanchâtre, puis blanche-grisâtre, et la vision s'exerce à peu près comme dans l'état normal, si le reste de la cornée recouvre la transparence. D'autres fois, une nouvelle portion d'iris est entraînée dans la plaie et fait saillie au-devant de la cornée, en formant une tumeur (voy. *Hernie de l'iris*), ou bien encore la portion de cornée avoisinant l'ulcération se ramollit, et il se forme une tumeur constituée à la fois par l'iris et la cornée (voy. *Staphylôme cornéo-iridien*). La pupille peut encore être conservée dans ce cas, si la perforation n'est pas trop large et si une trop grande portion d'iris n'est pas entraînée au dehors. Si l'ulcération occupe le centre de la cornée et est très-petite, il est encore possible que la pupille subsiste avec une déformation prononcée ; mais si l'ulcération est large, toute la portion d'iris avoisinant la pupille peut s'y engager et contracter des adhérences avec la cornée. Après la cicatrisation, l'iris présente, au lieu d'un diaphragme situé verticalement, la forme d'un entonnoir à sommet correspondant à la cicatrice cornéale, à base tournée en arrière et correspondant à la circonférence cornéo-scléroticale. La pupille est effacée complètement et la vision réduite à distinguer la lumière des ténèbres.

Traitement. Il est préservatif et curatif. Le premier se confond avec celui de la kératite et nous n'avons pas à y revenir. Lorsqu'une perforation de la cornée est imminente, l'indication la plus importante est de conserver la pupille, qui peut disparaître consécutivement, en partie ou en totalité. La conduite à tenir varie suivant la place occupée par la perforation : celle-ci est-elle excentrique, qu'on se garde, comme on le fait commu-

nément, d'employer les *mydriatiques*. En dilatant la pupille, on entraîne une plus grande portion d'iris à travers l'ulcération et une portion de la pupille elle-même. C'est aux *myosiques*, c'est-à-dire aux instillations répétées d'extrait de fève de Calabar, qu'il faut avoir recours en pareille circonstance. Si la perforation se rapproche du centre de la cornée, il y a tout avantage au contraire à maintenir la pupille aussi dilatée que possible, ce qu'on obtient par l'instillation répétée de la solution de sulfate d'atropine. En même temps qu'on agit sur l'iris par l'une des médications précédentes, il est bon d'exercer sur le globe une compression douce et uniforme, en maintenant les paupières rapprochées par des bandelettes agglutinatives. On ne perd pas de vue l'affection de la cornée, que l'on traite par les moyens précédemment exposés. Si, malgré l'emploi de ces divers moyens, l'iris continue à s'engager dans la perforation, s'il se forme une hernie de l'iris ou un staphylôme cornéo-iridien, on se comporte comme nous le dirons plus tard (voy. *Hernie de l'iris*, *Staphylôme cornéo-iridien*).

ARTICLE IV.

Fistules de la cornée.

Les fistules de la cornée sont très-rares ; cela tient à ce que les perforations ou les plaies de cette membrane se cicatrisent, soit d'elles-mêmes, soit à la faveur d'un bouchon iridien qui s'y engage. Si la cicatrice ne se fait pas, ou si elle n'est pas assez forte pour résister à la pression intra-oculaire, la plaie se rouvre et il s'établit une solution de continuité qui donne incessamment passage à l'humeur aqueuse. De là résulte un effacement de la chambre antérieure ; la cornée est plissée, chagrinée, l'iris en contact avec la face postérieure de cette membrane, l'œil mou, la vision mauvaise. La compression méthodique de la face antérieure du globe, par l'intermédiaire des paupières, suffit quelquefois pour obtenir une cicatrice solide, c'est-à-dire la fermeture de la fistule. Si ce moyen est inefficace, on touche la plaie avec le bout olivaire d'un stylet d'Anel trempé dans une solution forte de nitrate d'argent ; si le travail de réparation de la fistule semble languir, par suite de l'état de débilité générale du sujet, on administre les toniques, une alimentation corroborante.

ARTICLE V.

Taches de la cornée.

On désigne, sous ce nom, les opacités qui se forment dans l'épaisseur du miroir oculaire et qui y sont depuis longtemps à l'état stationnaire. Cette dernière considération suffit pour les distinguer des épanchements plastiques qui se produisent pendant la durée de la kératite vasculo-plastique, et qui se résorbent souvent à la période de déclin du mal.