

**Variétés. Division.** Les taches de la cornée sont distinguées, d'après leur siège, par rapport aux lamelles de la membrane, en *superficielles*, *moyennes* et *profondes*. D'après le degré d'épaississement de la lymphe plastique ou l'épaisseur du dépôt, on admet aussi trois espèces : le *néphéliion* ou *nuage*, suffusion légère troublant à peine la transparence du miroir oculaire; l'*albugo*, dans lequel l'opacité est plus prononcée; et le *leucoma*, qui diffère de l'*albugo* en ce qu'il est accompagné d'une cicatrice de la cornée et d'une synéchie antérieure, c'est-à-dire d'une adhérence de l'iris à la portion de cornée devenue opaque, et où s'est produite antérieurement une perforation.

Le *néphéliion*, *nuage*, *nubécule* est le résultat d'une phlegmasie superficielle; il succède souvent à la kératite phlycténulaire ou vasculo-plastique, aux ulcérations peu profondes de la cornée, à l'ophtalmie des nouveau-nés. Il est formé par l'exsudation d'une lymphe plastique *ténue* entre les lamelles superficielles. Il est d'un blanc bleuâtre d'autant plus clair qu'on examine la tache plus loin de sa portion centrale. Il ne proémine jamais au-dessus de la surface de la cornée. Se présentant communément sous l'apparence d'une suffusion générale de cette membrane, il offre, dans d'autres circonstances, une forme variable qu'on n'apprécie bien qu'en examinant l'œil par l'éclairage latéral à la lampe. Par ce mode d'investigation, on s'assure que, la suffusion n'étant pas égale dans les divers points de la cornée, la tache présente une forme linéaire, ou bien des espèces d'arborisations, ou bien encore une foule de petits points placés les uns à côté des autres. L'*albugo* est plus épais, d'un blanc plus mat, quelquefois jaunâtre, parfois encore d'aspect crétacé; il fait quelquefois saillie au-devant de la surface antérieure de la cornée; il peut être assez épais, lorsqu'il existe en face de la pupille, pour empêcher la vision, tandis que le *néphéliion* permet toujours l'exercice de cette fonction, à la condition que les objets ne soient pas trop éloignés. Le *leucoma* est aussi opaque que l'*albugo*; il offre généralement à son centre une petite dépression qui indique le point où la cornée s'est ulcérée dans toute son épaisseur, et où s'est formée la cicatrice. Il a une forme variable : linéaire, circulaire. Il présente souvent un aspect luisant qui rappelle la couleur de l'émail ou de la nacre.

Dans la pratique, il est rare de trouver aux taches de la cornée des caractères physiques tellement précis qu'on puisse les ranger exclusivement dans l'une des trois classes précédentes. Ces trois formes se combinent de façon à donner lieu à l'existence simultanée de plusieurs d'entre elles. Ainsi l'*albugo* est le plus souvent entouré d'une exsudation peu épaisse qui rappelle l'aspect du *néphéliion*; de là l'existence de *taches mixtes*.

On a désigné sous le nom de taches *pigmenteuses* celles qui présentent, indépendamment d'une coloration blanche ou jaunâtre, des points noirs formés par un dépôt de particules de pigment iridien. Leur mode de formation est facile à comprendre : lorsqu'à la suite d'une perforation de la cornée, l'iris s'engage dans la perte de substance, et qu'il s'établit consécutivement une cicatrice, celle-ci est constituée par une exsudation plastique organisée; le tissu propre de l'iris est absorbé, mais le pigment de

l'uvée est demeuré au milieu du tissu cicatriciel. Certaines taches reçoivent des vaisseaux; on les a appelées taches *vasculaires*.

**Troubles fonctionnels.** Ils sont subordonnés à la situation de la tache, à l'épaisseur du dépôt plastique. Le *néphéliion*, quelle que soit la portion de cornée qu'il occupe, rend seulement la vision moins nette. Les malades sont obligés de rapprocher les objets pour bien les voir, ce qui fait qu'ils se croient myopes. L'*albugo* et le *leucoma* abolissent la vision, lorsqu'ils occupent le centre de la cornée; lorsqu'ils ne masquent qu'une portion de la pupille, la vision est encore possible et s'exécute mieux à une lumière modérée, parce qu'alors la pupille se dilatant, cette ouverture se met en rapport, par une plus grande partie de son étendue, avec la portion de cornée demeurée transparente. Chez quelques sujets affectés de taches qui occupent une grande partie de la cornée, l'autre portion du miroir ayant conservé sa transparence, l'œil se dévie en dedans ou en dehors, c'est-à-dire qu'il y a *strabisme convergent* ou *divergent*, afin de permettre aux rayons lumineux partis des objets extérieurs de traverser la partie transparente du miroir. C'est encore dans les mêmes conditions qu'on observe le *nystagmus*.

**Diagnostic.** Il est facile. Les opacités de très-petite dimension, celles qui succèdent à la kératite pointillée, échappent à l'examen ordinaire; l'éclairage latéral à la lampe révèle leur présence et leur forme. Le même mode d'investigation permet aussi de bien se rendre compte de l'aspect des exsudats plastiques qui obscurcissent la cornée après les kératites chroniques (pour plus de détails, voy. mon *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 40).

**Pronostic.** Il est subordonné à la situation de la tache, à l'épaisseur du produit plastique infiltré entre les lamelles de la cornée. L'âge du sujet sera pris en considération. Chez les jeunes enfants, on obtient une résorption de produits plastiques qui résistent à toutes les médications chez les adultes.

**Traitement.** Les taches de la cornée étant le résultat d'une infiltration de lymphe plastique entre les lamelles de la membrane, il faut essayer d'en obtenir la résorption. On arrive à ce but par des topiques, dont l'application a pour effet de stimuler la vitalité de la cornée, c'est-à-dire d'activer le mouvement organique ou nutritif dont elle est le siège. Tous les médicaments qu'on emploie sont des stimulants plus ou moins énergiques, ou même des irritants. On les prescrit sous forme de collyres, de poudres, de pommades. Une préparation qui m'a fourni de bons résultats, et que j'emploie fréquemment, est une solution faible de nitrate d'argent, 5 centigrammes pour 30 grammes d'eau distillée. La *Pierre divine* a une certaine réputation. Le *sulfate de cuivre* est aussi employé seul ou associé à l'*ammoniaque*, ce qui constitue l'*eau céleste* ou collyre *azuré*; ou bien encore additionné au *laudanum*, préparation dont nous avons signalé les inconvénients en cas d'ulcères de la cornée (voy. mon *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 16). Le collyre au *borax* est employé seul ou avec addition de *laudanum*. Ansiaux préconise le *sulfate de cadmium*; d'Ammon vante l'*huile de noix* seule ou combinée avec l'*huile de foie de morue*; le sulfate de zinc associé avec la teinture thébaïque. Van Onsenoort préconise la *créosote*. Citons encore le collyre de *Conradi*, celui de *Gimbernat*, les bains d'œil



dans l'eau de Balaruc; le collyre à l'iodure de potassium. La plupart des agents médicamenteux qui viennent d'être énumérés peuvent être incorporés dans de l'axonge. Les pommades communément employées sont celles au *nitrate d'argent*, au *borax*, à l'*oxyde rouge de mercure* (précipité rouge), au *sulfate de zinc*, de *cuivre*, de *cadmium*, à la *Pierre divine*, à l'*iodure de potassium*. On emploie aussi certaines *poudres* en insufflations sur la cornée. Le *collyre sec* de Dupuytren se compose de tuthie préparée, calomel à la vapeur et sucre candi. On se sert encore du *sublimé* additionné de farine; d'*alun* ou de *Pierre divine*, associés au sucre candi; d'un mélange d'*oxyde rouge de mercure* et de *calomel*.

Les diverses médications que nous venons de passer en revue n'ont que peu d'action sur les taches épaisses de la cornée. Pour déterminer une stimulation plus énergique, on a eu recours à la *cautérisation* de la tache avec la pointe d'un crayon de pierre infernale, à de douces frictions circulaires avec un pinceau très-serré, coupé carrément et très-court, mouillé d'huile, et trempé dans la poudre de pierre ponce. L'acupuncture a été préconisée par Perez de la Flor; le galvanisme par Willebrand, Turck, Isiglio, Philipeaux.

**Moyens chirurgicaux.** Lorsque de gros vaisseaux aboutissent aux taches de la cornée, il est parfois avantageux de les diviser immédiatement en dehors de la circonférence de la cornée. Nous croyons préférable de faire les scarifications sur la tache même. Pellier et Weller ont proposé, lorsqu'un leucome a résisté à tous les moyens, de passer un séton à travers la substance de la cornée, au moyen d'une aiguille fine, courbe et aplatie. C'est un moyen à rejeter, parce qu'il donne lieu à une phlegmasie grave. Darwin a proposé la *trépanation* de la cornée, dans l'espérance que la portion opaque, ainsi enlevée, sera remplacée par une cicatrice transparente. Dieffenbach veut qu'après avoir *excisé* la partie opaque, on réunisse la portion restante par des points de suture simple, les fils ayant été passés au préalable à travers la cornée. Une pareille opération ne saurait donner un bon résultat durable, attendu qu'il est de règle que la cornée s'atrophie après les excisions partielles de cette membrane; d'ailleurs, si une portion de la cornée était demeurée transparente, il serait préférable de pratiquer une pupille artificielle. La *kératectomie* ou *abrasion de la cornée*, décrite par G. Pellier de Quengsy, désapprouvée par Wenzel, qui lui reproche d'exposer le malade à un staphylôme consécutif, a été remise en honneur, de nos jours, par Malgaigne. On a objecté à cette opération que, sur le vivant, il est impossible de distinguer si les taches ont laissé intactes les lamelles profondes de la cornée. Les expériences faites sur des lapins démontrent qu'après l'ablation des lamelles superficielles, le reste de la membrane ne demeure pas transparent, et qu'il se développe en général une phlegmasie grave, des kératocèles; on a noté également des perforations de la cornée, des hernies iridiennes, le staphylôme opaque. La *kératoplastie*, c'est-à-dire la *transplantation d'une cornée saine prise sur un animal*, recommandée par Meiser, expérimentée par Heusinger, Bigger, Dieffenbach, Feldmann, etc., n'a pas donné jusqu'ici, dans l'espèce humaine, de

résultats satisfaisants. L'adaptation d'une *cornée artificielle* proposée par G. Pellier, modifiée dans le manuel opératoire par J.-B. Nussbaum, Heuzer, Abbate, est une tentative ingénieuse, mais à laquelle il manque, pour entrer dans le domaine de la pratique, la consécration d'une série de faits recueillis sur l'homme (voy., pour plus de détails, mon *Traité des maladies des yeux*, t. II. p. 66).

L'opération de la *pupille artificielle* est éminemment rationnelle et bien préférable aux méthodes précédentes, lorsque la cornée a conservé la transparence dans une partie de son étendue, et que la pupille normale est masquée par des dépôts plastiques. Suivant les cas, on pratique une *iridectomie* ou une *iridodialyse*; ou bien on déplace simplement la pupille normale, c'est-à-dire qu'on la porte dans le sens où elle est en rapport avec une portion de cornée restée transparente. Lorsque la tache occupe le centre de la cornée seulement, et qu'en portant le globe fortement en haut ou en bas, le patient arrive à distinguer les objets, il est plus simple de provoquer un *strabisme artificiel*, par la section du muscle droit supérieur ou de l'inférieur, de façon à maintenir le globe constamment élevé ou abaissé.

## ARTICLE VI.

## Staphylôme opaque de la cornée.

On donne ce nom à une tumeur formée par une saillie anormale de la cornée et de l'iris accolés l'un à l'autre, que la tumeur occupe la totalité ou une portion seulement du miroir oculaire. Le staphylôme qui ne comprend qu'une partie de la cornée est dit *partiel*; celui qui s'étend à toute la cornée est *général*. Ce dernier a une forme tantôt *sphérique*, tantôt *conique*.

**Anatomie pathologique.** D'après Wharton Jones, le staphylôme ne résulte pas d'une dégénérescence de l'ancienne cornée, ni de la transformation d'une cornée mince et transparente en un tissu opaque et épaissi; c'est un *produit nouveau*, occupant la place de la portion de cornée détruite par un *abcès* ou par une *ulcération*, c'est-à-dire que l'iris adhère à une *pseudo-cornée*. Dans le staphylôme partiel, l'iris déplacé est recouvert par une cicatrice continue avec la portion d'ancienne cornée restée transparente; dans le staphylôme total, l'iris déplacé, formant une tumeur arrondie, est recouvert par une *cicatrice opaque* qui a toute l'étendue de la cornée normale. Cette opinion est trop exclusive: Lebert, Sichel, Szokalski, Testelin et Warlomont ont trouvé, dans le staphylôme, des fibres propres de la cornée altérées ou intactes; à la face externe du staphylôme, une couche épaisse de cellules d'épithélium pavimenteux, semblable à l'épithélium de la cornée. D'après Sichel, il ne reste de l'iris que des portions de pigment de l'uvée qui forment tantôt des plaques membraneuses plus ou moins étendues, adhérentes à la partie saine ou à la partie malade de la face postérieure de la cornée, tantôt de petits amas de globules de pigment. Testelin et Warlomont ont noté que le plus souvent des portions de capsule cristalline adhèrent à la cornée, dans le même point