

participe à la déformation; plus souvent le cône, de petite dimension, s'élève d'une façon abrupte de la surface de la cornée. Le sommet du staphylôme présente communément, mais non constamment, une opacité plus ou moins étendue. On découvre quelquefois un nuage sur toute l'étendue de la saillie conique; en examinant la cornée par l'éclairage latéral à la lampe, ce phénomène est bien plus apparent. Les dissections ont démontré que le sommet du cône est aminci, pendant que le reste de la cornée a conservé son épaisseur normale ou a même augmenté d'épaisseur.

Symptômes. La cornée, au lieu de présenter sa forme naturelle, ressemble à un cône plus ou moins aigu (fig. 179). C'est en examinant l'œil de profil qu'on découvre bien cette conformation; il semble alors qu'il y ait au-devant de l'œil une goutte d'eau, un morceau de verre étincelant. Si on regarde l'œil de face, en mettant le malade vis-à-vis d'une fenêtre, le centre du cône réfléchit la lumière, de façon à paraître étincelant; cet effet est moins marqué, ou pas du tout, lorsqu'il existe une opacité au sommet du cône. Si la trans-

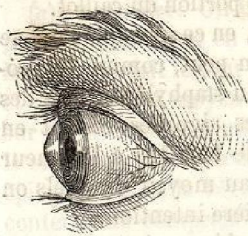


Fig. 179.

parence est conservée, la saillie conique brille comme un diamant, lorsque le sujet se trouve le soir dans un appartement bien éclairé. La saillie cornéenne est généralement peu prononcée; quelquefois elle acquiert un développement assez considérable pour proéminer au-devant de l'espace interpalpébral. Il existe constamment des troubles de la vision à un degré variable. Au commencement du mal, le phénomène prédominant est la myopie. Plus tard, le sujet ne voit plus que par les parties latérales de la cornée dans une étendue bornée. En comprimant fortement l'œil avec le doigt à travers les paupières à demi fermées, de façon à rétrécir l'ouverture pupillaire, et en rapprochant les objets des parties latérales de l'œil affecté, il arrive quelquefois encore à lire. A une plus grande distance, la vision est confuse, les objets usuels ne sont plus reconnus. Parfois il existe de la diplopie ou de la polyopie.

Les complications qu'on observe communément sont le strabisme et le tremblement de l'iris; plus rarement un trouble de la pupille, une concavité de la face antérieure du diaphragme oculaire, la cataracte, un staphylôme du corps ciliaire, l'amaurose.

Causes. Il a été question précédemment (p. 1 de ce volume) du staphylôme conique *congénital*. Le staphylôme pellucide *acquis* affecte généralement un seul œil d'abord, l'autre se prend plus tard. White Cooper admet que les deux yeux sont affectés simultanément dans presque tous les cas, mais que l'affection n'existe pas au même degré des deux côtés. Wilde croit que la cornée conique affecte les deux yeux quand elle est congénitale; un seul œil, quand elle se développe postérieurement à la naissance. On l'observe à tous les âges, plus fréquemment cependant chez de jeunes sujets. Les femmes y sont, dit-on, plus exposées que les hommes. Le climat semble exercer une certaine influence: l'affection, d'après White Cooper, est

presque inconnue dans le nord de l'Allemagne; moins commune dans le nord de l'Angleterre qu'au sud et à l'est de cette contrée; plus rare en Ecosse qu'en Angleterre; beaucoup plus fréquente en Chine.

Rien de plus obscur que la cause de cette affection. Sichel pense que toujours elle a pour point de départ une *ulcération* de la cornée suivie d'un amincissement et d'une cicatrice, cette dernière caractérisée par la tache qui occupe le sommet de la tumeur. Mais la tache n'est pas constante; ce mode de production du mal est donc inadmissible pour tous les cas. D'ailleurs, si le staphylôme pellucide se développait par ce mécanisme, on l'observerait bien plus souvent après ces ulcères par abrasion (p. 14), qui ont pour effet d'enlever une portion de l'épaisseur de la cornée. Il n'est pas démontré que la tumeur doit être précédée d'un travail inflammatoire; Dixon rapporte un cas où aucune phlegmasie n'a été notée. Lorsque la kératite précède le mal, la conicité occupe la totalité de la cornée, qui ressemble à un pain de sucre, à sommet arrondi et non pointu. En l'absence de phlegmasie de la cornée, le cône est plus aigu et n'occupe qu'une portion de la surface de la membrane. Qu'il y ait un trouble dans la nutrition de la cornée; que le staphylôme pellucide reconnaisse pour cause prochaine un amincissement d'une portion du miroir oculaire, amincissement qui a pour effet de diminuer la résistance de cette partie à la pression intra-oculaire, nous l'admettons volontiers. Mais il reste à se rendre compte de la cause de cet amincissement; tout ce qu'on a rapporté à ce sujet est tellement hypothétique, qu'il est préférable de confesser notre ignorance.

Marche. Terminaisons. Le plus souvent la maladie reste stationnaire. Dans un cas, elle s'est guérie après une rupture spontanée de la cornée.

Diagnostic. Il est facile, surtout en examinant la cornée de profil; on a recours à l'éclairage latéral de l'œil lorsque le staphylôme a un petit volume.

Le pronostic est grave, parce que la vision est notablement troublée, et que les divers modes de traitement ne donnent que des résultats incomplets.

Traitement. Il est palliatif ou curatif. Partant du principe que les troubles de la vision sont la conséquence des changements survenus dans la réfraction de l'œil, quelques médecins conseillent de rétablir la régularité de cette dernière par l'emploi de verres très-concaves (Brewster); ou bien en faisant regarder à travers un diaphragme percé d'un trou ou d'une fente étroite, auquel on ajoute ou non une lentille concave (Mackenzie); ou bien encore une petite lunette de spectacle (Hull).

Moyens chirurgicaux. Ils sont nombreux: nous nous contentons de les énumérer, renvoyant pour la description du manuel opératoire à notre *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 80 et suiv.: ponctions répétées de la chambre antérieure combinées ou non avec la compression du globe à travers les paupières (Chélius); cautérisation fréquente de la cornée au niveau de l'opacité (Sichel), afin d'établir une cicatrice solide; excision partielle de la cornée à la circonférence de cette membrane (Fario, Middlemore, van Roosbroeck); extraction du cristallin pour corriger la réfraction vicieuse de l'œil (W. Adams); déplacement de la pupille, que l'on met en rapport avec une portion de cornée ayant conservé sa forme normale

(Tyrrell); pupille convertie en une fente verticale, en attirant les deux extrémités à la circonférence de la cornée où on les fixe (Bowman).

ARTICLE II.

Tumeurs diverses de la cornée.

1° Sous le nom de *lipômes* de la cornée on a décrit des tumeurs qui appartiennent au *dermoïde conjonctival* (t. I, p. 976) ou aux productions graisseuses nées dans le tissu cellulaire sous-conjonctival et anticipant sur la cornée.

2° Les tumeurs *fibro-cartilagineuses* de certains auteurs se rapportent également au dermoïde conjonctival ou à de véritables tumeurs cancéreuses qui, nées aux dépens d'un autre tissu que celui de la cornée, ont fini par envahir cette dernière membrane.

3° La même remarque est applicable à certains *sarcomes* de la cornée. On leur a appliqué cette dénomination, en ayant simplement égard à la ressemblance de la tumeur avec un morceau de chair.

4° Nous croyons qu'il n'existe pas de *kystes* de la cornée proprement dite. L'affection décrite sous ce nom est plutôt un kyste des parties voisines anticipant plus ou moins sur cette membrane.

5° Le nom d'*opacité verruqueuse de la cornée* a été donné par Bowman à une affection caractérisée anatomiquement par un épaissement de l'épithélium et par la production d'un tissu de nouvelle formation ayant la plus grande analogie avec celui des papilles de la peau.

6° Il ne nous est pas démontré que le *cancer* de la cornée débute par cette membrane. Celle-ci n'est envahie que postérieurement, et la dégénérescence morbide naît probablement dans un point du ligament ciliaire ou de la grande circonférence de l'iris. Les auteurs notent le point de départ du mal à la *circonférence* de la cornée, l'aspect noirâtre de la tumeur, dès le principe, ce qui donne tout lieu de présumer qu'elle provient d'un tissu renfermant normalement du pigment. Un *fungus mélanique* de la cornée, opéré par Pétrequin, avait aussi très-probablement pour point de départ la grande circonférence de l'iris. D'autres fois, le *cancer mélanique* de la cornée semble naître aux dépens de la conjonctive.

7° On a décrit récemment, sous la dénomination fort équivoque de *kératome* (on sait que l'on désigne sous le nom de *kératotome* l'instrument avec lequel on taille un lambeau à la cornée, dans l'opération de la cataracte par extraction), une affection caractérisée anatomiquement par l'hypergénèse de quelques-uns des éléments du tissu de la cornée. La maladie débute sur l'un des yeux, à l'âge de la seconde dentition, chez des enfants robustes et nés de parents bien portants, par l'apparition de vaisseaux sur la sclérotite, une kératite ponctuée, avec photophobie, brouillards, douleurs circumorbitaires. Au bout de deux à trois mois, on voit se former, dans la chambre antérieure, à l'implantation de l'iris sur la sclérotique, une tumeur

bosselée, d'un gris noirâtre et un *staphylôme sclérotidien* au même niveau, pendant que la cornée se dépolit, se ramollit, et que les taches qui occupent ses couches lamelleuses s'agrandissent. Peu à peu la tumeur *intérieure* prend l'aspect grisâtre, purulent, une forme oblongue, s'avance au-devant de la pupille qu'elle déforme, et finit par masquer complètement l'iris. Les vaisseaux sclérotidiens deviennent nombreux et animés; l'œil commence à s'atrophier. Alors surgit, sous la conjonctive cornéo-scléroticale, soit en dedans, soit en dehors, une tumeur jaunâtre, ocreuse, striée de filaments blanchâtres, parcourue de fins capillaires émanés de la sclérotique, du volume d'un grain de millet. La tumeur peut arriver en quelques semaines aux dimensions d'un pois. Si on excise l'hémisphère antérieur de l'œil, on reconnaît que la tumeur qui remplit la chambre irido-cornéenne est aplatie ou repliée, d'un blanc grisâtre, semi-transparente, homogène, luisante, demi-élastique, qu'elle adhère par un *pédicule au point de jonction de la cornée et de la sclérotique*, et qu'elle se continue avec la tumeur sous-conjonctivale, qui est un peu plus jaunâtre. Au microscope, le tissu morbide est composé : 1° de faisceaux cellulux semblables à ceux de la cornée; 2° de cystoblastions groupés en abondance au milieu d'une matière amorphe transparente; 3° de noyaux fibro-plastiques; 4° de plaques à noyaux multiples ou *myéloplaxes*; 5° d'épithélium de la surface qui compose la membrane de Descemet. Il suffit de lire attentivement cette description, pour reconnaître qu'il s'agit d'une autre affection que de celle de la cornée, puisque la tumeur débute à l'endroit où l'iris s'implante sur la sclérotique, qu'elle reste dans la chambre antérieure avant d'envahir la cornée. Que l'on ait reconnu dans la production morbide, à un grossissement de cinq à sept cents diamètres, des éléments anatomiques ressemblant à ceux que renferme la cornée à l'état normal, cela ne suffit pas pour admettre qu'il s'agit d'une tumeur propre à la cornée. La marche chronique de la maladie montre qu'il s'agit d'une tumeur née aux dépens du ligament ciliaire ou de la grande circonférence de l'iris, tumeur qu'il faut ranger dans la classe des cancers.

CHAPITRE VIII.

1° **Cholestérie de la cornée.** On trouve peu d'observations de dépôt de cholestérine dans l'épaisseur de la cornée. Il est probable que les faits enregistrés sous ce nom sont des cas de cholestérie de la chambre antérieure.

2° **Ossification de la cornée.** Cette altération est rare. Parmi les faits rapportés par divers auteurs, nous mentionnerons ceux de Middlemore, de Wardrop, de Chélius, de d'Arcet, de Voigtel.

3° **Arcs et cercles séniles.** On rencontre très-souvent, chez les sujets