

Middlemore a observé des faits semblables chez les vieillards, à la suite d'une légère inflammation. Le même auteur note des gangrènes spontanées de la cornée.

J'ai vu la cornée tomber en gangrène complète, et dans le court espace de douze à quatorze heures, après une opération de cataracte par extraction très heureuse, ou après une blessure qui n'intéressait pas les membranes internes. Dans d'autres cas, même accident m'est arrivé à la suite d'une paracentèse de la cornée sur deux vieillards, et dans une opération de kératonyxie. Chez un opéré par extraction que j'ai vu avec M. le docteur Morel, de Strasbourg, la gangrène de la cornée a été aussitôt accompagnée d'accidents typhoïques, qui ont bientôt après été suivis de la mort du malade. Cependant rien ne pouvait faire prévoir un pareil résultat, car la santé ne laissait rien à désirer avant l'opération. Doit-on ranger ces divers cas parmi ceux de *dissolution organique* ou parmi ceux *par excès d'inflammation*? Le parti est assez difficile à prendre. Quoi qu'il en soit, la cornée, dans ces blessures, est immédiatement réduite à l'état de corps étranger et rapidement éliminée sans qu'un phlegmon s'empare du globe.

*Gangrène par excès d'inflammation.* — Saunders, Travers, Mirault, M. Velpeau, en citent plusieurs exemples. Sanson rapporte le cas suivant (*Dictionnaire* en 15 volumes, tome X, page 610) : « Dans le cas que j'ai observé, dit ce professeur, onze heures ont suffi pour amener ce résultat chez une vieille femme affectée d'érysipèle à la face, et dont les yeux étaient sains la veille au soir. Le lendemain, à la visite du matin, les paupières étaient rouges, gonflées ; la conjonctive formait un chémosis des plus marqués ; la cornée des deux yeux était opaque, d'un gris sale, noirâtre, molle et fétide : la malade succomba dans la journée. A l'autopsie, nous la trouvâmes sans consistance et se laissant déchirer avec la plus grande facilité. »

**TRAITEMENT.** — Il varie nécessairement selon la cause qui a amené la maladie. Dans la variété de gangrène produite par étranglement chémosique, le bourrelet phlegmoneux, aussitôt qu'il commencera à se montrer, sera divisé selon la méthode que nous avons indiquée (voy. *Chémosis*, page 224). On prescrira en même temps le traitement de la conjonctivite aiguë. Dès que l'inflammation de la muqueuse sera tombée, on se hâtera d'appliquer quelques excitants sur la cornée.

Lorsque la gangrène de la cornée sera produite par une sorte de dissolution organique, avant que la suppuration éliminatrice se montre, les toniques seraient employés à l'intérieur et à l'extérieur avec quelque succès, ainsi que Middlemore, Wardrop et Travers le recommandent, si la maladie marchait avec moins de rapidité.

S'il arrivait que l'eschare ne fût que superficielle, et qu'il fût reconnu avantageux d'en retarder la chute, on la toucherait avec de l'eau chlorurée, selon le conseil qu'en a donné Dupuytren ; elle deviendrait plus dure, et une cicatrisation des lamelles profondes, s'organisant en arrière, s'opposerait à la procidence de l'iris. Je n'ai jamais expérimenté ce moyen.

---

### ARTICLE XIII.

#### TACHES DE LA CORNÉE.

« Il n'existe point de taches de la cornée sans kératite » : telle est l'opinion de M. de Walther ; elles sont toujours, en effet, un des résultats des épanchements, des abcès et des ulcères de la membrane qui les porte. Dans l'abcès (*kératite suppurative*), la matière épanchée s'organise quelquefois et prend une densité considérable, par suite de la résorption de ses parties liquides. Dans l'ulcère (*kératite ulcéreuse*), une partie de cette matière même se combine avec une exsudation fibro-albumineuse, qui vient remplir l'excavation. La tache de la cornée, dans les deux cas, intercepte un nombre de rayons lumineux en rapport avec sa surface et avec son épaisseur.

Les taches, de même que les abcès et les ulcères, sont divisées en *superficielles*, en *moyennes* et en *profondes*.

Au point de vue de leur marche, on reconnaît deux variétés principales d'abcès et d'ulcères : ceux qui sont à l'état aigu, et ceux qui sont chroniques. Dans les taches, cette division n'est pas rigoureusement admissible, puisqu'elles sont toujours le résultat d'une inflammation plus ou moins aiguë, et une sorte de cicatrice.

Cependant il est impossible de ne point accepter une classification qui se rapproche jusqu'à un certain point de celle-ci.

Quelques mots pour nous faire comprendre. Toutes les taches sont loin de se ressembler : les unes, anciennes, datant de très

loin, ne sont parcourues d'aucun vaisseau sanguin, et constituent, comme le dit le professeur Riberi, *un produit froid*; les autres, de formation plus ou moins récente, sont quelquefois vascularisées, et présentent un travail à la fois de sécrétion et de résorption, ou bien elles ne laissent voir aucun vaisseau dans leur tissu, et l'on reconnaît qu'elles offrent, à n'en pas douter, un diamètre de moins en moins grand dans tous les sens, et qu'elles tendent incessamment à une résorption complète.

Il est donc indispensable d'admettre deux grandes divisions en dehors de celles de l'épaisseur, savoir : l'une qui comprendra les taches dans lesquelles un travail de résorption très actif se fait encore, qu'il s'accompagne ou non de la formation d'une matière opaque toujours nouvelle; l'autre qui renfermera cette classe de taches constituées par des matières définitivement organisées, qui ne sont plus susceptibles d'être résorbées.

C'est cette dernière variété de taches que M. le professeur Ph. Fr. de Walther, de Munich, considère comme une sorte d'*induration* de la cornée (1).

Revenons à la division selon l'épaisseur.

#### A. — Taches superficielles (néphélie, nubécule, nuage).

Il est fort important de ne pas confondre les taches superficielles de la cornée avec des épanchements encore récents, susceptibles de résorption. Les taches sont le résultat d'une kératite datant d'une ou plusieurs années et complètement guérie.

Elles se présentent en général sous la forme d'une opacité d'un blanc bleuâtre ou grisâtre, ordinairement uniforme, sauf vers la circonférence, où la teinte morbide se fond insensiblement avec la couleur normale de la cornée; quelquefois le centre de ces taches est un peu plus opaque que le reste de leur étendue.

Elles sont d'un diamètre assez petit, et qui n'excède pas ordinairement 3 à 4 millimètres. Il en est pourtant, et le fait est loin d'être rare, qui recouvrent une grande partie de la cornée.

Lorsqu'elles sont situées dans le champ pupillaire, elles gênent la vision, particulièrement pour les objets éloignés. Le malade voit

(1) Ph. Fr. de Walther, *Mémoire sur les taches de la cornée* (Ann. d'oculistique de M. Fl. Cunier, t. XV, p. 69 et suiv.).

à travers une sorte de gaze d'une épaisseur variable; toujours il est plus ou moins myope, et peut se servir quelquefois avec avantage de verres concaves faibles.

Lorsque la tache s'est montrée de manière à ne recouvrir qu'une partie de la pupille, il n'est pas rare, surtout chez les enfants, que l'œil se dévie du côté même où elle est située: cette dernière observation s'applique surtout aux taches plus larges et plus profondes.

Les taches de la cornée ne sont pas toujours facilement reconnues à l'œil nu; mais avec l'ophthalmoscope elles ne peuvent absolument pas échapper à l'observateur. Elles se dessinent alors en noir sur la pupille, et, en examinant l'œil dans diverses directions, on s'assure qu'elles sont placées sur la cornée, et non dans le cristallin. L'instrument de Helmholtz, celui de Coccius ou le mien (pourvu qu'avec les deux derniers on ne se serve pas du verre convexe libre) sont parfaitement bons pour cet objet.

#### B. — Taches moyennes (albugo).

Elles peuvent occuper simplement les couches moyennes de la cornée ou occuper à la fois les couches moyennes et les couches superficielles.

Dans le premier cas, qui est le plus rare, la lamelle externe de la cornée conserve toute sa transparence et demeure lisse et polie: c'est le résultat ordinaire des abcès dont la matière s'est organisée.

Au contraire, dans le second, qui est le plus fréquent, l'opacité siège à la place d'une excavation ulcéreuse; elle est ordinairement crayeuse, inégale à sa surface, et fait quelquefois saillie au delà de la surface normale de la cornée.

C'est cette variété que Beer et Schmidt considèrent comme une cicatrice.

A moins que l'albugo ne soit très petit, il est à peu près impossible de reconnaître si les lamelles profondes ont été ou non intéressées.

L'albugo ne peut être traversé par les rayons lumineux: s'il est large et placé au-devant de la pupille, il produit la cécité; si, de même que le nuage et le leucome, il ne masque qu'une partie de cette ouverture, il s'accompagne souvent de strabisme.

## C. — Taches profondes (leucome).

De toutes les taches de la cornée, ce sont les plus épaisses. L'opacité, dans le leucome, a envahi à une étendue variable toute l'épaisseur de la membrane, dont la surface, à l'endroit de la tache, est rugueuse, dure au toucher, et élevée au-dessus de son niveau ordinaire. Il n'est pas toujours facile de reconnaître, sur le vivant, si l'on a affaire à l'albugo ou au leucome, surtout quand la tache est de peu d'étendue et qu'il n'y a point d'adhérence entre l'iris et la cornée: la dissection seule peut souvent éclairer le médecin sur ce fait; mais on comprend combien peu d'intérêt mérite ici cette recherche.

Les anciens oculistes admettaient plusieurs variétés de leucomes, pour différencier le degré d'opacité: la première variété était nommée *obscuratio leucomatosa*; la seconde, *leucoma cretaceum*; la troisième, *macula margaritacea*. Ces divisions, peu intéressantes au point de vue pratique, n'ont point été conservées.

Le *leucome* est le plus souvent la suite d'abcès de la cornée ou d'ulcérations profondes de cette membrane; il est simple ou compliqué de synéchie antérieure. Dans le premier cas, si la tache est peu étendue, on reconnaît par la portion de cornée encore transparente que la pupille est restée libre; dans le second, au contraire, cette ouverture s'est déformée ou a complètement disparu. Il n'est pas rare de voir alors le leucome présenter çà et là quelques éminences plus ou moins élevées: c'est la trace évidente d'une perforation multiple recouverte par de fausses membranes plus ou moins épaisses, qui permettent le plus souvent de reconnaître à sa couleur noire l'iris, qu'elles masquent et qu'elles retiennent.

La cornée offre encore d'autres taches que celles dont nous venons de parler: ce sont les taches métalliques, les taches osseuses, et l'opacité particulière qui a reçu le nom de *cercle sénile*.

## D. — Taches métalliques.

Elles sont formées, le plus souvent, par l'application intempestive de collyres contenant un sel métallique avec du laudanum. Cette combinaison, efficace dans certaines inflammations de la conjonctive, devient dangereuse dans les ulcérations de la

cornée, en ce sens qu'un sel insoluble vient se fixer dans l'excavation, où il se recouvre bientôt d'une fausse membrane qui en empêche l'expulsion.

Les collyres de sous-acétate de plomb seul, sans addition de préparations opiacées, produisent souvent aussi ce fâcheux résultat: c'est un fait signalé depuis longtemps par Weller et par M. Stæber. M. Cunier a enlevé de nombreuses taches de plomb, de zinc, etc.; il a imaginé à cet effet un instrument fort simple et très commode. Nous-même nous en avons extrait un assez grand nombre, dont M. Bouchardat a bien voulu faire l'analyse.

Les taches métalliques anciennes se présentent ordinairement sous la forme d'une opacité irrégulière, anguleuse, d'une teinte jaunâtre quand les corps étrangers ont déterminé une suppuration abondante, et qu'ils se sont recouverts d'une fausse membrane épaisse; et d'un blanc brillant tout particulier, quand les taches sont récentes et que l'inflammation a été modérée. Les premières font saillie au-dessus du niveau de la cornée; les secondes tapissent une excavation de profondeur variable, et s'élèvent peu à peu, à mesure que le malade fait usage du collyre qui a produit l'opacité, jusqu'à ce qu'elles soient complètement enveloppées d'une exsudation plastique.

Les taches métalliques nouvelles s'accompagnent d'ophtalmies photophobiques qui apparaissent à des intervalles rapprochés. En général, les taches anciennes laissent l'œil en repos; pourtant elles sont parfois encore le point de départ de kératites que, d'ordinaire, on prend pour des abcès cornéens sans complication de corps étrangers. Ces ophtalmies aiguës amènent assez fréquemment une inflammation active des parties sur lesquelles s'est formé le corps métallique qui, alors entraîné par une suppuration abondante, est remplacé par une cicatrice solide.

Voici, en peu de mots, le résumé d'un des derniers faits de ce genre que j'ai observés, et que je fais suivre d'une courte note de M. Ch. Robin.

*Observation.* — Un homme d'une cinquantaine d'années portait depuis longtemps déjà une tumeur enkystée placée dans l'épaisseur de la paupière supérieure gauche; fatigué de la difformité qu'elle occasionnait, il s'adressa à un médecin qui l'enleva en partie et cautérisa le reste avec le crayon d'azotate d'argent. Des lotions d'eau froide furent prescrites; mais l'inflammation n'en

devint pas moins intense, et la conjonctive rougit beaucoup dans toute son étendue. Des purgatifs, des onctions mercurielles belladonnées, la diète, ne produisirent aucun résultat. On ordonna alors au malade d'appliquer sur son œil des compresses trempées dans l'eau blanche. Mais il ne s'en tint pas à cette recommandation et baigna souvent l'œil ouvert dans un vase rempli de ce liquide.

Dès ce moment une tache d'un blanc mat, brillante, de couleur argentée, à bords inégaux, apparut sur le tiers interne de la cornée, masquant à peu près la moitié de la pupille.

Le 8 août 1853, ce malade se présente à la clinique; l'inflammation étant très intense, une ventouse scarifiée est appliquée entre l'œil et l'oreille.

Le surlendemain, 10 août, j'enlevai la tache avec mon scarificateur, manœuvré comme un grattoir, et parvins à rendre presque entièrement à la cornée sa transparence. Les accidents ne se reproduisirent plus et le malade guérit complètement.

Voici la note que m'a remise M. Robin, que j'avais prié de faire l'analyse des matières ainsi enlevées :

Le produit examiné est formé entièrement d'une épaisse couche d'épithélium pavimenteux de la conjonctive, qui, ainsi que cela s'observe souvent pour les substances organisées combinées avec les matières métalliques, offre une coloration différente suivant qu'on l'examine par lumière réfléchie ou transmise. Blanc dans le premier cas, il est noir brun sous le microscope. Cette coloration est celle que donnent à ces substances organiques les sels de plomb et d'argent, qui s'unissent ou mieux se combinent molécule à molécule à ces substances, mais ne cristallisent pas en leur présence. La coloration brun noirâtre est uniforme, homogène, sans trace de cristaux nulle part dans le produit.

#### E. — Taches osseuses.

Elles sont très rares, aussi n'en parlons-nous ici que pour les mentionner. Wardrop, de Walther et M. Bowman (voy. *Annal. d'oculist.*, t. XXX, p. 32) en ont cité des exemples authentiques. On rencontre le plus souvent cette variété de taches après les atrophies complètes de l'œil. Dans le musée de M. de Walther, à Berlin, on conserve une cornée ossifiée qui a 7 millimètres de long sur 5 de large, et qui pèse 10 centigrammes (2 grains).

#### F. — Arc ou cercle sénile (gérontoxon).

De même que les taches métalliques et osseuses, cette tache ne présente aucun rapport avec les opacités proprement dites de la cornée. L'arc sénile n'est point une maladie, car il ne trouble en rien les fonctions de l'organe de la vision. C'est une espèce d'atrophie, de marasme sénile, qui amène à la fois l'opacité et l'adhérence des lamelles de la cornée. M. de Walther, qui a exposé cette opinion pour différencier du gérontoxon les taches de la cornée, résultat ordinaire de la kératite, ajoute : « La disparition de la séparation interlamellaire et la cessation de toute sécrétion en cet endroit sont les causes de cette altération. On ne doit pas la considérer comme un produit morbide, mais comme une métamorphose nécessaire et ultime que la circonférence de la cornée éprouve naturellement; c'est un état ordinaire, régulier, partant uniforme, et qui s'annonce toujours de la même manière. » (Mémoire cité, p. 72 du tome XV des *Annales d'oculistique*.)

L'arc se présente sous la forme d'un anneau opaque placé à 2 millimètres environ de la circonférence de la cornée, qui reste parfaitement transparente en deçà et au delà de la portion de cercle qu'il mesure; il commence d'ordinaire à la partie supérieure ou inférieure de la cornée, assez souvent à ces deux endroits à la fois. Ces deux demi-cercles finissent ainsi par se réunir et former un anneau entier. Il ne faut pas confondre l'arc sénile avec l'hypertrophie de la conjonctive kératique (voy. p. 184), affection dans laquelle la circonférence de la cornée devient opaque dans une petite étendue, ni avec l'anneau conjonctival, états de la cornée qui n'ont de commun avec le gérontoxon que le lieu qu'ils occupent.

On attribue en général la formation de l'arc sénile, d'après MM. Schon et d'Ammon, à l'altération des vaisseaux sanguins, aussi l'arc sénile s'observe-t-il le plus communément sur les vieillards; cependant on l'a vu sur des jeunes gens, et même, au dire de Mohrenheim, sur un nouveau-né. Lorsque l'arc sénile existe sur la cornée, on le retrouve le plus ordinairement sur la capsule postérieure, toujours selon MM. Schon, d'Ammon et Høring; mais M. Walther n'admet pas ce fait. (Mémoire cité, p. 72.)

TRAITEMENT. — Lorsque l'opacité est *superficielle* et encore récente, on est en droit d'espérer qu'on en obtiendra la disparition par les résolutifs.

Aussitôt que l'ophtalmie qui aura produit la tache sera éteinte, on pourra, avec précaution, employer les pommades de Régent, de Desault (de Lyon), ou celle qui est connue à Paris sous le nom de pommade de madame la duchesse de Montebello, etc. Les pommades composées avec le borax, le sous-acétate de plomb, le zinc, réussiront souvent dans cette circonstance.

On emploiera encore certains collyres, outre celui de laudanum dont l'usage est devenu si commun. On pourra prescrire les sulfates de zinc, de cuivre, ou mieux encore celui de cadmium, beaucoup vanté par Rosenbaum et par Graefe; une pommade composée avec ce même sulfate rendra peut-être aussi quelques services.

On a beaucoup préconisé dans ces derniers temps, et pour ces mêmes cas, l'iodure de potassium; nous l'avons employé à la dose de 1/20<sup>e</sup> à 1/10<sup>e</sup>, et nous en avons obtenu d'assez bons résultats; cependant ce sel ne nous a point paru l'emporter sur les autres moyens analogues.

Nous devons citer encore l'huile de foie de morue, qui peut être très utile.

Nous n'avons point reconnu plus d'avantage à employer contre ces opacités l'acide cyanhydrique affaibli, que conseille le docteur Turnbull, de Londres; et, moins heureux que Cunier, ceci soit dit en passant, nous n'avons pas réussi même contre la photophobie avec cette préparation.

Les collyres secs, tels que le calomel vanté par Boerhaave et par Dupuytren, la tuthie préparée et d'autres corps insolubles analogues, nous ont toujours paru d'une utilité au moins contestable, en ce sens qu'ils agissent plutôt mécaniquement que de toute autre façon.

Les corps insufflés dans l'œil et la plupart des autres moyens donnent plus de vitalité à l'organe, jusqu'à leur expulsion complète de la surface de la membrane muqueuse, et ce n'est qu'en augmentant l'action des vaisseaux résorbants qu'ils sont utiles dans les taches de la cornée. Il est à peu près prouvé pour nous que toute cette quantité de prétendus spécifiques, y compris même les pommades et les collyres dont nous avons parlé plus haut, n'agissent pas d'une autre manière, et que l'excitation journalière de l'œil au moyen des barbes d'une plume promenées sur la conjonctive peut produire de tout aussi bons effets. Nous avons d'ailleurs fait préparer une pommade d'axonge et de pierre ponce

porphyrisée, et les résultats en ont été exactement ceux de tous les autres topiques.

Le traitement des taches moyennes étroites est absolument le même que celui des taches superficielles; on pourra seulement y ajouter, à quelques jours de distance, selon la tolérance de l'œil, la cautérisation avec le nitrate d'argent même, quoi qu'en ait dit Weller, dans le cas où il existerait un dépôt opaque sous les lamelles externes demeurées saines dans la cornée. Si l'on reconnaît que l'épanchement est entretenu autour de l'albugo par un faisceau vasculaire, on pourra, au moyen de ciseaux, couper ces vaisseaux ou les oblitérer par la cautérisation superficielle avec le nitrate d'argent en crayon.

Lorsque l'albugo est très étendu, le traitement médical seul est insuffisant, surtout si la tache recouvre complètement la cornée, circonstance qui empêche de pratiquer l'opération de la pupille artificielle. Il est rare alors que l'albugo ne se complique pas de leucome; aussi allons-nous étudier en même temps le traitement employé contre ces deux espèces d'opacités. Il comprend une multitude de moyens; de ce nombre sont :

1<sup>o</sup> Les *scarifications*. Elles ont été recommandées par Weller et par Demours, et dernièrement encore M. Holscher publiait en Hollande l'observation de plusieurs cas dans lesquels il avait obtenu ainsi une transparence de la cornée assez large vers sa circonférence pour pratiquer plus tard une pupille artificielle. Nous avons vu bon nombre d'opacités dans lesquelles des ponctions et des incisions que nous avons faites au centre de la tache ont amené une transparence notable du pourtour de la cornée. C'est un moyen à plus forte raison applicable aux taches leucomateuses centrales entourées d'épanchements interlamellaires de formation récente, et l'on devra compter plus encore sur son efficacité, si chaque ponction ou incision est suivie d'un écoulement de sang, phénomène qui indique de la manière la plus certaine que la tache n'est point un produit inerte, et qu'ainsi elle est jusqu'à un certain point susceptible de résorption.

2<sup>o</sup> Le *séton*, que recommandent Pellier et Delarue, et qu'on passe au travers de la tache au moyen de petites aiguilles à suture, paraît avoir produit de bons résultats entre les mains de ces médecins. On l'a abandonné complètement aujourd'hui, parce que l'application en est assez difficile pour le chirurgien, douloureuse

pour le malade, et surtout qu'elle peut entraîner la fonte purulente de la cornée.

3° L'*excision de la partie opaque et ensuite la réunion par suture*, est un moyen conseillé par Dieffenbach, qui a osé le mettre en pratique sur un enfant de deux ans. Le succès qui a suivi cette opération, que le cas ne nécessitait aucunement, parce qu'on pouvait pratiquer une pupille artificielle, n'a engagé jusqu'ici aucun praticien à imiter la conduite un peu plus que hardie peut-être du célèbre chirurgien de Berlin. Nous n'en parlons donc ici que pour mémoire.

4° L'*abrasion*, opération autrefois très répandue, a été de nouveau tentée, il y a quelques années à peine, en Allemagne, et essayée en 1846 par M. Malgaigne, en France. Blâmée par Saint-Yves, par Scarpa, par Demours, et par bien d'autres encore, elle paraît avoir réussi dans quelques cas très rares. M. Gulz, ancien chef de clinique du professeur Rosas, et aujourd'hui médecin très répandu à Vienne, l'a pratiquée avec succès sur un homme complètement aveugle, et M. Malgaigne sur une jeune fille dont l'autre œil était sain. L'œil opéré par le chirurgien de l'hôpital Saint-Louis présentait autour de la tache une très large portion de cornée parfaitement transparente, circonstance qui eût suffi pour nous empêcher de risquer une opération aussi périlleuse.

L'abrasion ne doit être tentée, après que tous les autres moyens ont échoué, que sur des yeux complètement aveugles, pour lesquels on ne peut recourir à la pupille artificielle. C'est là, du moins, le résultat auquel nous sommes arrivé, à la suite de nombreuses expériences que nous avons publiées. (*Mémoire sur la kératectomie, ou abrasion de la cornée, dans Annales d'oculistique, t. X, p. 5.*)

5° Enfin, la *kératoplastie* a été conseillée et pratiquée sur l'homme.

Cette opération, qui consiste à remplacer la cornée opaque par une cornée saine prise sur un animal, n'a point encore réussi, du moins d'une manière certaine. Seul, le professeur Wutzer, de Bonn, est parvenu à souder sur l'homme la cornée d'une brebis vivante; mais cette cornée malheureusement est devenue opaque.

Si donc l'opération est intéressante au point de vue physiologique, en ce sens qu'elle montre un exemple très curieux de greffe animale, elle est loin jusqu'ici d'offrir le même intérêt au point de vue pratique, non-seulement parce que le lambeau devient opaque,

mais encore parce qu'en perdant sa transparence, il se résorbe le plus ordinairement dans toute son étendue.

Les expériences que j'ai faites à ce sujet m'ont prouvé que la kératoplastie ne peut être en réalité qu'une opération exceptionnelle, applicable seulement aux cas désespérés. Elles m'ont conduit à reconnaître un fait très curieux, qu'on observe assez souvent aussi après l'amputation du staphylôme opaque de la cornée, je veux dire l'allongement du lambeau épargné vers la circonférence de la cornée, ou peut-être même la reproduction partielle de cette membrane. (Voyez ma lettre à l'Académie des sciences, insérée dans la *Gazette des hôpitaux* du 19 octobre 1843, et dans les *Annales d'oculistique, t. X, p. 183.*)

De tous ces moyens, l'*abrasion* seule est applicable aux taches métalliques. Lorsque l'œil a été convenablement fixé par des pinces ou par des ériges implantées dans la sclérotique, on se sert d'une sorte de grattoir assez semblable au grattoir de bureau, mais plus petit et beaucoup plus tranchant. Au moyen de cet instrument, et par des mouvements prudents, on dégage peu à peu le corps étranger de la fausse membrane qui l'enveloppe, puis on recommande au malade de faire des fomentations froides sur l'œil, jusqu'à ce que la rougeur et la douleur aient disparu. (Voy. plus haut *Taches métalliques, p. 334.*)

Quant aux taches osseuses et à l'arc sénile, ils sont au-dessus de toutes les ressources de l'art.

A part les taches métalliques ou osseuses et l'arc sénile, le chirurgien prudent ne se hâtera pas, pour les cas les plus désespérés de taches survenues à la suite d'abcès et d'ulcères, de recourir aux moyens extrêmes dont nous venons de parler, spécialement à l'abrasion et à la kératoplastie. Il n'oubliera pas que la résorption des taches de la cornée se fait avec une excessive lenteur, et qu'il ne suffit pas de jours, ni même de mois, pour obtenir un résultat favorable; il se rappellera toujours ce que Fabini a dit avec tant de raison : « *Notandum tamen, in optatissimo quoque casu, pelluciditatem corneae lente et fere insensibiliter tantum restitui, ita ut quandoque non per menses, sed per annos, curatio duret.* »

## ARTICLE XIV.

## OSSIFICATION DE LA CORNÉE.

Cette maladie est fort peu commune, et rarement la dégénérescence s'étend à toute la membrane. Cependant, ainsi que nous l'avons vu plus haut (voy. p. 334), on conserve dans le musée de Walther, à Berlin, une cornée ossifiée qui a 7 millimètres de long sur 5 de large, et qui pèse 10 centigrammes.

Quelques auteurs pensent que la transformation osseuse est ici une *simple lithiase*; mais rien ne justifie cette manière de voir.

Lorsque la maladie siège dans les lames superficielles, l'opacité le plus souvent est due à des dépôts formés par des collyres et recouverts de fausses membranes.

Quelquefois la cornée et la sclérotique sont ossifiées ensemble: tel est le cas rapporté par Anderson, dans lequel une tache semblable à un corps étranger faisait saillie dans la chambre antérieure, et s'étendait de la partie supérieure de la cornée à la face postérieure et interne de la sclérotique. Cette plaque osseuse fut extraite au moyen d'une pince, après qu'un lambeau eut été taillé sur la cornée.

M. Mackenzie rapporte ce fait dans son ouvrage. Il pense avec raison qu'il s'agissait plutôt d'une luxation du cristallin et de la capsule, qui se serait partiellement ossifiée. Une double circonstance justifie cette opinion: l'œil malade était moins gros que l'autre, et la maladie datait d'une chute faite quinze ans auparavant, et dans laquelle une lésion directe de l'organe avait eu lieu.

Middlemore (*Thèse médico-chirurgicale, Revue*, octobre 1837) rapporte le fait, qui ne semble laisser aucun doute, d'une plaque osseuse siégeant entre les lamelles de la cornée. Elle en fut extraite au moyen de l'incision, et l'œil, qui était enflammé depuis longtemps par ce corps étranger, guérit complètement.

M. Darcet a publié aussi un cas d'ossification de la cornée (*Journal hebdomadaire*, t. IV, première série); il décrit la pièce pathologique dans les termes suivants: « La cornée, dans le centre, présentait une ossification d'un blanc de lait, très dure, cassante, du volume d'une lentille, occupant la totalité de l'épaisseur de la cornée, et faisant une légère saillie sur le cristallin. Cette ossification était placée au centre du cercle entièrement opaque et corres-

pondant tout à fait à la pupille; le reste de la cornée présentait aussi de l'opacité, mais elle était beaucoup moins prononcée; les autres parties de l'œil paraissaient très saines. »

## ARTICLE XV.

## STAPHYLÔME OPAQUE DE LA CORNÉE.

On appelle de ce nom l'adhérence avec saillie de la cornée et de l'iris. L'adhérence est partielle ou générale, et la saillie opaque, conique ou sphérique, et d'une étendue plus ou moins considérable, s'accompagne souvent d'une cécité absolue ou d'un abaissement plus ou moins notable de la vision.

SYMPTÔMES. — Le *staphylôme général* de la cornée se présente sous la forme d'une tumeur blanchâtre, parsemée quelquefois de plaques plus ou moins noires, tantôt saillantes, tantôt concaves. Il offre le plus souvent à sa surface des inégalités d'un blanc crayeux et qui sont comme superposées; quelquefois cependant elle est lisse et d'un blanc mat rosé, à peu près uniforme.

Lorsque la tumeur est de forme *conique*, ce qui est le cas le plus ordinaire, elle se termine assez souvent à son sommet par une petite plaque transparente, quelquefois concave, plus souvent convexe, qui n'est autre chose qu'un kératocèle (voy. ce mot, page 367).

La saillie formée par le staphylôme est parfois si considérable, que les paupières sont singulièrement gênées dans leur jeu, et que dans quelques cas même elles ne peuvent plus se rapprocher. Il est très commun alors de reconnaître à la surface du staphylôme l'existence de vaisseaux plus ou moins nombreux, anastomosés ensemble de plusieurs manières, et qui viennent de divers côtés de la conjonctive bulbaire.

Irritée sans cesse par le mouvement de la paupière supérieure, la tumeur s'enflamme quelquefois brusquement, et plus tard s'ulcère dans sa partie la plus saillante. Le ramollissement qui survient dans la partie ulcérée amène une perforation bientôt suivie de l'évacuation de l'humeur aqueuse et de l'affaissement de la tumeur, accident d'où résultent les conditions les plus propres à une cicatrisation de l'ulcération. Les lèvres de celle-ci, mises en