

bandelettes ou le bandeau pour les remplacer, le malade voit quelquefois très nettement de l'œil opéré tous les objets qui l'entourent. Mais la joie qu'il ressent n'est pas de longue durée. La cicatrice, en s'organisant, fait disparaître peu à peu la vision pour toujours. J'ai vu des malades qui ne pouvaient que bien difficilement arriver à croire que la vue, après avoir été ainsi rétablie, devait se perdre de nouveau et sans qu'il restât aucun espoir.

Résultats de l'opération. — Dès le troisième jour, lorsqu'aucun accident ne s'est montré et que la cicatrisation marche régulièrement, on aperçoit sur le corps vitré, entre les lèvres de la plaie, de petits points blanchâtres, isolés les uns des autres et plus nombreux au centre qu'ailleurs. Ils augmentent peu à peu en nombre et en largeur, et finissent bientôt par se confondre, en s'étendant progressivement sur toute la surface qui sépare les lèvres de l'incision. Celles-ci, qui d'abord s'étaient gonflées et redressées, diminuent peu à peu, s'affaissent, puis bientôt se rapprochent d'une manière insensible, attirées l'une vers l'autre par la contraction du tissu inodulaire, qui apparaît sous la forme des points blanchâtres et circulaires dont nous venons de parler.

Le moignon oculaire diminue de volume, au fur et à mesure des progrès de la cicatrisation, et prend une forme sphérique parfaitement bien disposée pour recevoir la coque artificielle, qui, au reste, ne doit être appliquée qu'après la complète cicatrisation, c'est-à-dire tout au plus vers la fin du second mois. Ajoutons qu'une application prématurée de l'œil artificiel aurait pour effet certain d'amener l'atrophie du moignon, en entretenant l'inflammation traumatique encore mal éteinte.

Si, au contraire, la cicatrisation marche irrégulièrement ou que l'œil opéré ne soit pas tenu dans une immobilité convenable, le staphylôme opaque se reproduit, et l'opération doit être recommencée. (Voy. *Récidives*, p. 359.)

ARTICLE XVI.

STAPHYLÔME CONIQUE TRANSPARENT, OU CONICITÉ PELLUCIDE DE LA CORNÉE.

Cette affection singulière de la cornée est assez rare pour que Himly (1), qui la nomme *hyperkératosis*, n'en ait jamais observé un seul cas. Elle se caractérise par une saillie conique et transparente de la membrane, en tout point semblable, quant à la forme, à ces clous dorés dont se servent les tapissiers pour certains meubles. Le staphylôme transparent se distingue du staphylôme opaque que nous venons de décrire, par la transparence parfaite de toute la cornée, et même par sa conicité, qui est toujours moins allongée que dans l'opaque.

Étiologie. — Cette maladie a été surtout très bien étudiée en Angleterre, où elle paraît assez fréquente : Wardrop, Travers, Adams, Mackenzie, Brewster, en ont publié de nombreuses observations. En Allemagne, elle a été aussi très souvent décrite : Jæger, Schmidt, d'Ammon, Bénédicte, Chélius, etc., se remarquent parmi les auteurs qui l'ont le mieux observée. Je ne sais si elle est rare en France, mais assurément j'en ai vu de nombreux exemples.

Le staphylôme conique est quelquefois congénital ; dans ces cas l'iris peut être concave en avant, et l'œil regardé de côté présente ordinairement un reflet opalin. Les complications de cette affection sont nombreuses : à l'état congénital on a noté l'amaurose complète, la cataracte, et, dans des cas moins graves, le nystagmus.

Un phénomène remarquable, suivant d'Ammon, c'est que, dans le cas de staphylôme conique congénital, le crâne prendrait la forme pointue (*Spitzkopf*), ce qui serait dû à ce que les pariétaux et l'occipital s'avanceraient en arrière et en haut, tandis que le coronal serait aplati. (Voy. Cornaz, *loc. cit.*)

Voici, selon M. Mackenzie, les causes les plus probables de la conicité cornéenne pellucide, causes qu'il n'admet d'ailleurs qu'avec une sage réserve. Nous citons textuellement : « Il n'est pas vraisemblable, dit-il, que cette maladie dépende d'une pression

(1) Himly's Augeneheilkunde, Band II, p. 74.

» exercée par l'humeur aqueuse. Il est plus probable qu'elle est un
 » effet de quelque action anormale des vaisseaux nourriciers de la
 » cornée. Je soupçonne qu'elle a quelquefois son point de départ
 » dans l'amincissement que produit une cicatrice transparente ou
 » facette de la cornée. Chez une jeune dame pour laquelle j'ai été
 » consulté, elle succéda à un état trouble de la cornée et à une ou
 » deux petites dépressions, comme celles qui restent après l'ab-
 » sorption des phlycténules (1). »

C'est en adoptant exclusivement cette opinion de M. Mackenzie, et en la produisant comme sienne, qu'un praticien a avancé que toujours la distension cornéenne est due à un amincissement produit par une ulcération dont le centre correspond au sommet de la tumeur diaphane, et que ce sommet présente toujours, et sans exception aucune, une petite tache qui indiquerait une perte de substance en cet endroit.

Je ne puis partager cette opinion.

Quelquefois j'ai constaté la présence de la tache, mais d'autres fois aussi j'ai reconnu manifestement que la tumeur n'en portait pas trace.

D'ailleurs, j'ai vu la tache suivre et jamais précéder l'apparition du staphylôme pellucide, sauf les cas d'ulcération préalable, et, certes, rien n'est plus facile à expliquer. La cornée est saillante, elle se termine en pointe conique; la paupière supérieure, dont les mouvements sont continus, enflamme peu à peu par ses frottements la pointe du staphylôme, et détermine la formation d'une tache, dont la surface augmente ensuite dans la plupart des cas. Ces mêmes frottements de la paupière sur les staphylômes opaques n'en déterminent-ils pas l'inflammation, et cette inflammation ne va-t-elle pas souvent jusqu'au phlegmon de l'œil?

Qu'importe, au reste, la présence de cette opacité? La cornée est saillante, cela ne prouve-t-il pas, comme un instant de réflexion le fait reconnaître, qu'elle n'a plus sa force de résistance normale, et ne peut plus, dans les conditions de nutrition où elle se trouve, faire équilibre à l'action des muscles qui compriment le globe en arrière? Je sais bien que Radius, Adam et Gescheidt ont trouvé la cornée épaissie, les deux premiers au sommet du cône, le second dans la totalité; mais c'est là assurément la suite d'un

(1) Mackenzie, loc. cit., p. 472.

travail de réparation, une sorte de reproduction. D'ailleurs Jæger a trouvé le sommet aminci et un épaissement de la circonférence.

Sans doute, une ulcération profonde de la cornée, qu'elle soit ou non accompagnée de kératocèle, peut dans quelques circonstances encore mal connues, ainsi que je l'ai observé, produire le staphylôme pellucide; mais toutes les ulcérations, tous les kératocèles ne sont pas suivis de cette maladie, et j'ai vu un cas, entre autres, dans lequel il n'y avait jamais eu d'affection oculaire. Si la cornée s'était ulcérée, une ophthalmie aurait appelé sur ce point l'attention du malade, qui appartient à une classe élevée de la société; mais il n'en fut rien, et la conicité se développa d'une manière progressive, sans aucune douleur.

Que la cornée soit ramollie, cela ne fait aucun doute; mais pourquoi? Beaucoup de médecins, croyant trouver cette cause dans un symptôme, se sont perdus dans des hypothèses, ont échafaudé des théories qui s'écroulent devant le premier fait qu'on rencontre, et qui ne concorde pas avec celui sur lequel elles reposent.

On prétend avoir vu aussi le staphylôme conique se montrer à la suite de violentes contractions musculaires, déterminées par la présence d'un corps très éclairé; cela me paraît difficile à admettre. Les efforts de vomissements, de toux, des accès convulsifs paraissent encore l'avoir porté rapidement à un développement considérable; mais ceci est plus simple et l'on peut y croire. Bergmann (Haller, *Disput. chir.*, t. I.) assure que chez un criminel exécuté par la corde, les cornées s'étaient tellement allongées, qu'elles pendaient sur la joue en forme de longues cornes. Dira-t-on de ce fait qu'il peut trouver son explication dans l'existence antérieure d'une cicatrice peu ferme ou d'un kératocèle?

Voudra-t-on établir un rapport entre la conicité de la cornée et une maladie inconnue du système nerveux ciliaire? C'est l'opinion de Pickford (*On the conical cornea*, Dublin, 1844); mais sur quoi repose-t-elle? Puis admettra-t-on toutes ces causes banales que ne manquent pas de citer tous les auteurs, la chlorose, les scrofules, les tubercules, les rhumatismes, etc., etc., et cela dans la description de toutes les maladies?

En résumé, l'étiologie du staphylôme pellucide est inconnue. Cela est plus simple à dire et plus vrai; sur ce point tout reste donc à faire.

SYMPTÔMES ANATOMIQUES. — La cornée a perdu sa convexité normale; elle prend une forme exactement conique. La base du cône est mesurée quelquefois par la circonférence de la membrane, mais je l'ai observée plus souvent dans des dimensions moindres; le sommet en est aigu et transparent comme le reste; il réfléchit la lumière avec une grande intensité, à la manière de ces boutons dorés dont je parlais plus haut.

Le soir, dans un appartement bien éclairé, la saillie conique renvoie la lumière comme un diamant brillant, et j'ai pu reconnaître ainsi de loin cette maladie dans de grandes réunions et sur des personnes que je n'avais jamais vues.

Rarement la saillie est considérable; quelquefois pourtant, d'après le rapport de Lawrence, elle peut traverser le point de réunion des paupières, et la cornée se trouve alors dans les conditions les plus fâcheuses.

Le sommet du staphylôme offre parfois, comme nous l'avons déjà vu, un petit nuage qu'il est assez difficile de reconnaître à l'œil nu, et dont on ne peut constater l'existence qu'au moyen de la loupe.

Cette opacité, toujours très petite, est produite moins souvent par une inflammation antérieure à la formation du staphylôme, que par la distension progressive de la cornée, et surtout par les frottements répétés de la paupière supérieure sur le sommet aigu de la tumeur, qui s'enflamme un peu. C'est là une explication fort simple de la présence de la tache accidentelle placée au sommet du cône, tache qui dépend en partie de la forme plus ou moins saillante et plus ou moins aiguë de l'extrémité antérieure de la tumeur. Cette tache s'épaissit quelquefois au point de former un albugo ou même un leucome.

Quand, ce que j'ai vu, le staphylôme succède à un abcès ou à une ulcération, la tache est généralement très étendue.

Dans le staphylôme qui ne succède pas à ces abcès et à ces ulcérations, c'est-à-dire dans le staphylôme conique ordinaire, la cornée est lisse dans toute son étendue; on ne voit nulle part, sur le cône qu'elle forme, aucune facette ni aucune saillie; pourtant, d'après Brewster, il paraîtrait qu'examinée au microscope, elle offre des inégalités nombreuses; sa structure semble être normale.

Toutes les autres membranes sont parfaitement saines; il arrive quelquefois que l'iris présente des oscillations comme dans l'hy-

drophthalmie; mais c'est là une exception. La chambre antérieure a pris la forme de la cornée, celle d'un entonnoir dont le bec serait tourné en avant (1).

SYMPTÔMES PHYSIOLOGIQUES. — Le malade, lorsque l'affection est encore peu développée, est très myope, et souvent strabique. Il est aveugle lorsque la conicité est fort considérable; mais lors même que ce cas ne se présente pas, la vision ne peut jamais s'accomplir que par un des côtés de la cornée, et non par le centre. Des objets assez gros sont quelquefois vus doubles ou triples (*polyopie*).

MARCHE. — Il est rare que la saillie formée par la cornée soit égale dans les deux yeux.

Il est plus rare encore, bien que je l'aie observé, de la trouver bornée à un seul œil.

Cette dernière circonstance vient encore détruire l'opinion qui consiste à admettre pour cause unique du staphylôme pellucide une ulcération de la cornée suivie d'une petite cicatrice opaque; car il est difficile de concevoir comment deux ulcères ou deux kératocèles absolument exempts d'inflammation, siégeant l'un à droite, l'autre à gauche, pourraient se comporter assez exactement de la même manière pour donner sur le même individu deux exemples d'une affection aussi rare que le staphylôme transparent.

La maladie marche avec une grande lenteur; le plus souvent; une fois qu'elle s'est développée, elle demeure stationnaire pour tout le reste de la vie. Il est des cas dans lesquels pourtant la tumeur s'est avancée assez rapidement pour empêcher l'occlusion des paupières, puis s'est ulcérée et a déterminé des accidents graves du côté de l'œil (Lawrence). Je n'ai jamais rencontré cette terminaison fâcheuse dans le pellucide, mais je l'ai souvent observée dans le staphylôme opaque; elle ne peut être rapportée qu'aux frottements répétés de la paupière supérieure sur le sommet du cône formé par la tumeur.

PRONOSTIC. — Il est d'autant plus grave que la saillie cor-

(1) Il est une variété de staphylôme transparent dans lequel la cornée s'allonge sous forme sphérique. On lui a donné le nom de *staphylôme sphérique pellucide*. Il est plus rare que le conique; je n'en ai observé qu'un seul cas. Cette maladie ressemble, sous beaucoup de rapports, à une légère hydrophthalmie; le malade est myope, et la cornée offre toujours de nombreuses taches, du moins d'après mes propres observations.

néenne est plus prononcée. Si la maladie a frappé les deux yeux à la fois, la vision est singulièrement gênée, et elle peut être bientôt compromise si, ce qui est fort rare, le développement de la tumeur est rapide.

TRAITEMENT. — On a employé successivement tous les moyens généraux ou locaux imaginables pour arrêter cette maladie dans sa marche.

Les *astringents*, le sulfate de zinc, de cuivre, le nitrate d'argent, l'alun (Gibson), dissous dans une décoction d'écorce de chêne, ont tour à tour été vantés sans aucun résultat.

Les *irritants*, l'infusion concentrée de feuilles de tabac, le laudanum de Sydenham (Ware), les pommades de précipité rouge (Bénédict), n'ont pas obtenu plus de succès.

On a essayé la *paracentèse de la cornée* pour évacuer l'humeur aqueuse (Chélius, Rau). Si l'on y avait joint une compression méthodique immédiate et longtemps continuée, comme nous le faisons journellement dans le staphylôme opaque, et comme nous l'avons pratiqué avec grand avantage dans plusieurs cas de staphylôme transparent, ce moyen eût été peut-être suivi de meilleurs résultats.

La *compression* (voy. p. 15), que quelques médecins pensent être un moyen inefficace et dangereux, depuis longtemps jugé, nous a été, de même qu'à Demours, de la plus grande utilité dans des cas nombreux. J'ai lieu de supposer que ceux qui la blâment ne l'ont jamais essayée, ou que s'ils y ont eu recours quelquefois, elle n'a été faite alors ni avec persévérance ni avec méthode. Je traite depuis dix-huit mois une petite fille de huit ans, dont l'œil droit s'est perdu à la suite d'une ophthalmie purulente, et dont l'œil gauche offre dans la moitié interne de la cornée un staphylôme opaque. La cicatrice se consolide tous les jours, et la pupille, maintenue ouverte par la belladone, est conservée dans sa moitié externe (voy. cette observation dans la *Clinique des hôpitaux des enfants*). La petite malade voit aujourd'hui très bien, même pour lire.

La ponction de la cornée, suivie d'une compression immédiate, nous semble être le meilleur des moyens actuellement connus contre le développement de cette maladie. Mais cette compression doit être légère, exactement faite, et, je le répète, longtemps continuée.

Ce ne sera que par exception et dans des cas désespérés, qu'à l'exemple de Vetch, de M. Lawrence et de M. Textor, on devra broyer le cristallin; quant à la pupille artificielle proposée par M. Walker, on y peut recourir sans trop de danger en employant le procédé par excision; mais il faut dans ces cas que le malade soit presque aveugle avant de l'entreprendre.

Quant au procédé de M. Fario, qui consiste à enlever une portion de la base de la cornée, il me semble trop hasardeux pour devoir être mis en pratique.

Si la maladie est peu développée, des lunettes concaves seront très utiles pour diminuer la réfraction des rayons lumineux sur la cornée; l'usage n'en sera donc point négligé.

Un traitement général en harmonie avec les besoins de la constitution devra toujours être prescrit. Les toniques m'ont toujours le mieux réussi avec la compression de l'œil, sinon tout le jour, au moins la nuit.

ARTICLE XVII.

KÉRATOÛÈLE.

On appelle ainsi une tumeur qui se forme au fond d'une ulcération de la cornée.

On reconnaît des kératocèles de trois sortes :

Le *premier*, qui est aussi le plus fréquent, est formé aux dépens de la lamelle profonde de la cornée.

Le *deuxième*, qui succède le plus souvent à celui-ci, l'est par la membrane de l'humeur aqueuse ou de Descemet, ou peut-être par une simple exsudation de matière transparente ou opaque.

Le *troisième*, enfin, par la lamelle antérieure de la cornée, à la suite d'une ulcération profonde qui se serait ouverte en dedans.

CARACTÈRES. — *Kératocèle postérieur (première variété)*. — Au fond d'une ulcération plus ou moins large, on aperçoit une petite saillie convexe dont le diamètre, près de sa base, est en rapport avec le fond de l'ulcère.

Cette tumeur est tantôt de la grosseur d'une tête d'épingle, tantôt d'un volume beaucoup plus considérable; elle est d'une couleur verdâtre sale et se recouvre quelquefois d'une sécrétion puriforme. D'autres fois elle est d'une transparence parfaite et res-

semble exactement à un verre de montre microscopique enchâssé dans un petit cercle opaque.

Le kératocèle est *simple* ou *multiple*. Ce dernier cas arrive lorsque les lamelles superficielles et moyennes, détruites dans une grande étendue, ont laissé les lamelles profondes à nu dans un large espace. La plus superficielle de ces dernières, trouée en plusieurs endroits par l'ulcération, laisse passer en avant la lamelle postérieure, qui vient faire autant de petites saillies convexes qu'il y a d'ouvertures.

On remarque le kératocèle multiple, surtout chez les enfants scrofuleux. Le *simple* est beaucoup plus fréquent.

Le mécanisme par lequel se forme ce kératocèle est facile à comprendre. La cornée, affaiblie dans un endroit où une ulcération a détruit les lamelles superficielles, n'offre plus là une résistance suffisante à la pression qu'exercent dans leurs contractions les muscles sur le globe. La partie amincie de cette membrane résiste pendant quelque temps; mais, exposée sans cesse à l'air, à l'action des larmes, elle ne tarde pas à s'enflammer, à se ramollir, et cédant bientôt à l'effort qui la pousse d'arrière en avant, elle se distend et ne tarde pas à prendre alors la forme que nous venons de décrire.

La tumeur résiste pendant un temps plus ou moins long, selon le degré de ramollissement des lames herniées, leur épaisseur, l'activité de l'ulcération, la largeur du fond de la plaie, etc., etc.; lorsque l'amincissement augmente, le saillie de la tumeur devient plus forte, et il se fait alors ou une large rupture, ou un kératocèle formé aux dépens de la membrane de l'humeur aqueuse, c'est-à-dire un kératocèle de la deuxième variété. Il y a des kératocèles qui persistent pendant des années en conservant leur même aspect; ils sont dans ce cas la terminaison exceptionnelle, et en apparence définitive, d'une ulcération de la cornée.

Kératocèle de la membrane de Descemet (deuxième variété).

— Ce kératocèle est très probablement formé par une exsudation transparente plutôt que par la membrane de l'humeur aqueuse dont l'existence est encore contestée aujourd'hui. — Il ne succède pas toujours au kératocèle de la première variété, et se montre aussi d'emblée. On en voit de fréquents exemples dans les staphylômes opaques de la cornée.

Ce kératocèle est toujours d'un volume beaucoup plus petit que le précédent; on ne le voit guère qu'à la suite d'ulcérations perfo-

rantes étroites et chroniques, ou sur des staphylômes opaques; il a la forme d'une petite vésicule transparente, contenant un liquide incolore qui n'est autre que de l'humeur aqueuse, et présentant un collet dont la largeur est mesurée par celle du fond de l'ulcération. La transparence de la tumeur est quelquefois si grande, qu'on peut apercevoir à son fond un petit point circulaire parfaitement noir: c'est l'ouverture à travers laquelle la membrane de Descemet a fait hernie. Ce point fistuleux communique avec la chambre antérieure; c'est surtout au sommet des staphylômes opaques qu'on rencontre ce phénomène. Après les ulcérations encore actives, le fond du kératocèle dont nous nous occupons est presque égal au plus grand diamètre de la tumeur, dont la durée, dans ce cas, est ordinairement fort courte, une perforation ne tardant pas à survenir.

Kératocèle antérieur (troisième variété). — C'est le plus rare; cependant il ne l'est pas au point de ne se montrer pour ainsi dire qu'exceptionnellement. M. Jungken en a donné le premier une excellente description, et je m'étonne qu'un observateur comme M. Velpeau n'en ait rencontré aucun exemple. (Jean-selme, n° 249.)

C'est à la suite des larges collections purulentes de la cornée qu'apparaît le kératocèle antérieur. Après avoir déchiré les lamelles profondes à une grande étendue, le pus s'échappe dans la chambre antérieure et est bientôt remplacé par l'humeur aqueuse, dont la densité est moins grande. La lamelle externe de la cornée se trouve ainsi dans des conditions analogues à celles de la lamelle profonde dans la première variété de kératocèle; je veux dire que seule elle doit contre-balancer l'action musculaire, et faire équilibre à cette sorte de compression. Mais bientôt ramollie elle-même par l'inflammation, qu'atteste sa teinte semi-opaque ou quelquefois verdâtre, elle commence, dans une étendue variable, à faire saillie au dehors, et finit le plus ordinairement par se rompre. Si elle oppose quelque résistance, ce qui a lieu surtout lorsque l'abcès était peu large, il peut arriver que le staphylôme pellucide conique succède au kératocèle antérieur. Hâtons-nous de le dire cependant, la perforation est une terminaison beaucoup plus commune.

MARCHE. — TERMINAISONS. — Ces trois variétés de kératocèle, considérées en général, sont sous l'influence de la même cause :

l'ulcération de la cornée. Toutes trois suivent la même marche. La tumeur s'avance jusqu'à ce que le tissu qui la forme soit à son maximum d'extensibilité; alors survient la perforation avec ses conséquences, c'est-à-dire l'évacuation de l'humeur aqueuse avec rétablissement de la chambre antérieure ou la hernie de l'iris en même temps que l'évacuation de l'humeur aqueuse, la synéchie antérieure plus ou moins grande, le staphylôme opaque, la fistule de la cornée, etc.

Dans la deuxième variété, la tumeur peut s'ouvrir indéfiniment et reparaître toujours avec le même aspect. Cela ne tend-il pas à prouver que c'est une exsudation et non la membrane de l'humeur aqueuse qui la forme? Car comment admettre que cette membrane se perforerait constamment sur le même point sans jamais se détruire complètement?

Nous avons dit que si la rupture n'a point immédiatement lieu dans la troisième variété, il pouvait survenir un staphylôme pellucide.

TRAITEMENT. — Le traitement des deux premières variétés est absolument le même que celui des ulcérations profondes de la cornée, auquel nous devons renvoyer. On n'oubliera pas que le danger le plus grand, l'unique même qui accompagne cette maladie, c'est celui de la perforation, circonstance qui exige, lorsque le kératocèle est central, qu'on tienne constamment la pupille dilatée. Une médication générale ou indirecte serait, selon M. Velpeau, la seule applicable à la troisième variété, qu'il n'a pas observée, et qu'il considère comme une maladie plus grave que les deux premières, dont il a donné une seule et même description (1).

Nous ne pensons pas qu'il en soit toujours ainsi.

La dilatation de la pupille étant préalablement obtenue, l'œil sera fermé par deux bandelettes de taffetas d'Angleterre placées en croix, et une compression légère, faite comme nous l'avons recommandé (voy. *Compression*, p. 15), sera suffisante pour empêcher la perforation et pour favoriser la formation d'une cicatrice passablement solide. On lèvera l'appareil tous les jours, pour examiner l'état des parties et pour continuer les instillations mydriatiques; en même temps le malade sera soumis à une médication convenable.

Lorsque le kératocèle se forme au fond d'une ulcération étroite

(1) Velpeau, *Dictionnaire* en 30 vol., t. IX, p. 103.

et qu'il est de la seconde variété, on pourra, s'il existe depuis longtemps ou s'il s'est déjà produit plusieurs fois, l'attaquer directement par la cautérisation avec le nitrate d'argent, ou, ce qui est préférable, par la ponction pratiquée au moyen d'une aiguille à cataracte. On transforme ainsi une ouverture fistuleuse en une plaie simple, qui ne tarde pas à se cicatriser, si l'on prend la précaution de tenir l'œil fermé et sous l'influence d'une compression méthodique et légère. Dans tous les cas de kératocèle central, qu'on cautérise ou qu'on ponctionne, la pupille doit être préalablement dilatée, sans quoi on risquerait de voir se former immédiatement une synéchie antérieure.

Lorsque le kératocèle est chronique, étroit et placé à la circonférence de la cornée, il faut l'enlever en entier pour le guérir. (Voy. *Fistules de la cornée*, page 322.)

ARTICLE XVIII.

PLAQUES ÉCAILLEUSES (VÉGÉTATIONS CORNÉES, PLAQUES CORNÉES).

J'ai assez souvent observé une affection fort singulière de la cornée, sur des sujets qui ne présentent que bien rarement quelques signes d'inflammation de cette membrane. La cornée, dans ces cas, est couverte en partie, le plus souvent, de taches multiples très superficielles, ressemblant assez à de petites écailles blanc sale qui se détachent quelquefois spontanément en s'accompagnant d'une irritation plus ou moins grande, et que l'on peut facilement enlever avec un instrument moussé, un grattoir, par exemple, ou un scarificateur. La cornée reprend immédiatement après l'opération sa transparence première, sauf à la circonférence de ces plaques.

Après l'opération, le malade est généralement atteint d'un peu de photophobie qui cesse assez rapidement sous l'influence de compresses d'eau froide, de l'occlusion des paupières et de l'immobilité de l'organe opéré; la vue est immédiatement améliorée, mais le mal est loin de céder; au contraire, il se reproduit avec une rare facilité, et bien des fois, sur le même individu, j'ai répété cette petite opération à huit ou dix reprises sans être plus heureux; dans tous les cas, le mal a récidivé.

A quoi peut tenir cette singulière lésion? Quelle peut en être la cause directe? Je l'ignore absolument.