

suite de la présence d'une affection grave de la conjonctive ou des voies lacrymales.

Cette variété de kératite se rencontre fréquemment dans la classe ouvrière et spécialement chez les sujets qui, par leur profession, sont exposés aux traumatismes de la cornée (tailleurs de pierre, moissonneurs, etc.). La maladie est toujours le résultat d'une inoculation; mais la nature du terrain a sur son développement, sur sa marche, une influence capitale. Aussi, tout en rejetant l'opinion trop exclusive de notre ami DEHENNE, qui veut faire du surmenage la cause même de la maladie, nous sommes loin de nier l'influence de ce facteur; et l'inoculation d'un produit septique, qu'il s'agisse de la cornée ou d'une autre région du corps, sera certainement plus grave chez un sujet surmené que chez un sujet sain.

**Symptômes.** — L'ulcère infectant apparaît le plus souvent sur la partie centrale de la membrane, sous forme d'une perte de substance sphérique ou ovalaire, dont les bords sont taillés à pic. Autour de cette perte de substance, le tissu cornéen est infiltré, boursoufflé; il présente une coloration gris-jaunâtre, sale, sur laquelle se détachent de petits points blanchâtres. Un des côtés de l'ulcère présente en général un bord plus élevé que les autres; c'est toujours par ce point spécial que se développe la solution de continuité. Dès les premiers jours, l'éclairage oblique révèle l'existence d'un trouble de l'humeur aqueuse, qui est tout d'abord louche et ne tarde pas à devenir purulente.

Comme symptômes fonctionnels nous retrouvons : douleur, photophobie, larmolement; mais ces deux derniers phénomènes sont moins accusés que dans les cas précédents; la douleur seule persiste, elle prend la forme de névralgies frontales pongitives, dont la persistance fatigue beaucoup le malade.

**Pronostic.** — Si l'on n'intervient pas, le pronostic de la maladie est particulièrement grave; la perforation de la cornée peut survenir avec rapidité, et il est à craindre que là ne se bornent pas les désordres. C'est en effet dans ces circonstances que l'on voit se former un phlegmon de l'œil avec toutes ses conséquences. Le traitement que nous allons indiquer donne, dans la majorité des cas, des succès remarquables.

**Traitement.** — Si le chirurgien est consulté dès le début, alors que l'ulcère présente encore un développement peu considérable et qu'il n'existe pas d'épanchement dans la chambre antérieure, il peut espérer enrayer les progrès du mal. Pour cela, le sujet se lavera les yeux plusieurs fois par jour avec une solution antiseptique (acide phénique ou salicylique à 1 ou 2 p. 1000), puis à l'aide d'un pinceau, on touchera le fond de l'ulcération avec une solution de même nature, mais à 1 p. 100 ou encore avec de l'eau chlorurée (HORNER). Il est préférable même, suivant la méthode préconisée par MARTINACHE, GAYET, SATTLER, de cautériser légèrement la solution de continuité avec la pointe d'un stylet porté au rouge, ou celle du thermo-cautère; on instillera ensuite quelques gouttes d'une solution d'ésérine.

Si malgré cette précaution le mal ne s'amende pas, ou si au moment où le chirurgien est consulté il existe déjà un hypopion, l'hésitation n'est plus possible : il faut inciser l'ulcère dans toute sa largeur, suivant la méthode de

SÆMISCH : les paupières étant écartées, le globe de l'œil fixé, on pénètre avec un couteau de DE GRÆFE dans la chambre antérieure, à 0<sup>m</sup>,002 du bord de l'ulcère, le couteau vient ressortir en plein tissu sain à 0<sup>m</sup>,001 ou 0<sup>m</sup>,002 du bord ulcéré, puis on sectionne très lentement par des mouvements de va-et-vient; la section doit être dirigée de façon qu'elle divise toujours en son milieu le bord boursoufflé de l'ulcère. L'humeur aqueuse s'écoule, entraînant le pus avec elle; si des débris floconneux restaient entre les lèvres de l'incision, on les retirerait avec des pinces. Trois ou quatre fois par jour, on instille dans l'œil malade quelques gouttes de la solution ordinaire d'ésérine; lavage et occlusion antiseptiques seront pratiqués chaque fois avec la plus grande rigueur. Le lendemain l'humeur aqueuse est reformée : avec un stylet de BOWMANN ou l'extrémité d'un couteau de WEBER, on ouvre de nouveau les lèvres de la plaie : l'humeur aqueuse s'écoule encore, entraînant une seconde fois pus et matière pultacée; le traitement est continué comme il a été dit. Chaque jour on renouvelle la même manœuvre, jusqu'à ce que l'ulcère commence à se déterger, que l'humeur aqueuse soit transparente et ne contienne plus aucun débris floconneux; alors seulement, on laisse l'incision se cicatriser, puis on emploie la pommade au précipité jaune.

### § 3. — Accidents consécutifs aux lésions cornéennes

#### 1° PERFORATIONS ET FISTULES DE LA CORNÉE

Nous avons à différentes reprises signalé comme terminaison possible des ulcères de la cornée, la perforation de cette membrane. Semblable accident entraîne fatalement l'issue de l'humeur aqueuse, la projection en avant des milieux de l'œil et une hyperémie considérable des membranes profondes.

La perforation peut être centrale ou périphérique. Dans le premier cas, c'est la face antérieure du cristallin qui vient s'appliquer contre la face postérieure de la cornée; ainsi se forment, pour peu que le contact soit intime, des opacités incurables. Lorsque la perforation est périphérique, l'iris vient faire hernie dans la plaie. Si son bord libre est enclavé il en résulte une déformation de la pupille.

**Synéchies.** — La présence de synéchies est pour l'œil malade une source de dangers; elles occasionnent des douleurs à forme névralgique, déterminent la formation d'un kératocone ou l'apparition d'un glaucome. La perforation très étendue de la cornée constitue un accident presque toujours fort grave : le cristallin et l'humeur vitrée peuvent être expulsés, puis fréquemment la suppuration envahit le moignon de l'œil. Bien souvent les petites perforations ne se cicatrisent pas, il persiste une fistule cornéenne par laquelle filtre constamment l'humeur aqueuse. Ces fistules n'ont aucune tendance à la guérison, ce qui tient, ainsi que l'a démontré ARLT, à la présence de la membrane de Descemet qui, repoussée en avant, tapisse la paroi de cette sorte de canal. Semblable lésion ne saurait exister sans entraîner des troubles graves.

**Traitement.** — Le chirurgien doit s'opposer par tous les moyens en son

pouvoir à la perforation de la cornée. Si donc, malgré ses soins, cet accident semble imminent, il ne faut pas hésiter : la ponction de la cornée sera faite séance tenante. Le bandeau compressif, l'emploi des mydriatiques ou des myotiques préviendra la formation de synéchies. La fistule ne guérira qu'après destruction de la membrane épithéliale qui tapisse ses bords. ABADIE et DE WECKER conseillent de l'arracher avec de petites pinces.

## 2° OPACITÉS DE LA CORNÉE

**Bibliographie.** — MALGAIGNE, DESMARRÉS, MAGNE, *Ann. d'ocul.*, 1843, t. XI. — SOZKALSKI, *Arch. für Phys. Heilk.*, 1847. — NUSSBAUM, *Deutsche klinik*, 1853. — ABATTE, *Bull. de thérap.*, 1862. — D. DE LUCA, *Action du sulfate de soude*, etc.; *Acad. des sc. et Gaz. des Hôp.*, 1867. — DE WECKER, *Tatouage de la cornée*, in *Ann. d'ocul.*, t. LXVII, p. 69 et t. LXIX, p. 104, 1873. — POWER, *Transpl. de la cornée*, Congrès ophth. de Londres, 1873. — PONCET, *Trépan. de la cornée*, in *Progrès méd.*, 1874 et *Gaz. méd.*, 1875. — PANAS, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1878. — NEELSEN et ANGELOCCI, *Klin. Monatsbl.*, 1880. — GILLET DE GRANDMONT, *Gaz. d'ophth.*, mai 1881. Thèses de Paris. — 1867, BROUSSE. — 1874, KAHN.

Les pertes de substance de la cornée, lorsqu'elles sont un peu profondes, guérissent en laissant une cicatrice le plus souvent opaque; suivant leur étendue et surtout leur défaut de transparence, ces taches ont reçu des noms différents et ont été divisées en quatre groupes.

1° *Taies. Néphéliions. Nubécules. Achlys.* — Ces noms servent à désigner de petites opacités excessivement légères, dont seul l'éclairage parvient à nous révéler l'existence. — 2° *Albugo* ou *macula*. Cicatrices d'un blanc grisâtre, à bords mal limités, mais encore superficielles et demi-transparentes. — 3° *Leucomes*. On donne ce nom à des taches d'un aspect blanc nacré à reflets brillants et tendineux, qui pénètrent plus ou moins profondément dans l'épaisseur de la membrane, et font habituellement saillie au-dessus d'elle. — 4° A ces opacités, nous joindrons les taches qui résultent de l'infiltration de substances étrangères entre les lamelles de la cornée (taches métalliques).

**Symptômes.** — Les troubles fonctionnels occasionnés par une taie de la cornée dépendent tout naturellement de la situation qu'elle occupe par rapport à l'ouverture pupillaire, puis de son étendue, mais surtout de son plus ou moins de transparence. A ce dernier point de vue, l'observation attentive révèle des faits assez singuliers. Un leucome central de la cornée, lorsqu'il occupe seulement une partie du champ visuel, gêne beaucoup moins la vision qu'un albugo ou un néphéliion de même grandeur qui serait à la même place. DONDERS a donné de ces faits contradictoires en apparence, une explication des plus simples. Le leucome arrête complètement les rayons lumineux dans l'étendue du champ pupillaire qu'il recouvre; dans les parties restées libres, les rayons continuent leur marche normale et vont s'entre-croiser sur la rétine; seules, l'étendue du champ visuel et l'intensité d'éclairage de l'image sont diminuées. Supposez, au contraire, l'existence d'une taie, d'un albugo; les rayons lumineux arrivant sur cette surface ne seront pas complètement arrêtés

comme dans le cas précédent : ils traverseront le tissu morbide; mais réfractés d'une façon irrégulière, au lieu de se réunir en un seul faisceau, ils formeront sur la rétine des cercles de diffusion.

De plus, une cicatrice ne peut se former sur la cornée sans entraîner une déformation, un changement de courbure de cette membrane, et partant un astigmatisme cornéen. Pour remédier à ces imperfections, l'œil atteint se dévie assez fréquemment (strabisme).

**Diagnostic.** — Reconnaître l'existence d'une tache de la cornée est généralement chose facile; cependant certains néphéliions très légers réclament un examen plus attentif; mais là ne doivent pas se borner les investigations du chirurgien, il faut déterminer la profondeur des taches, rechercher s'il existe une déformation de la cornée et si tous ces phénomènes ne sont pas compliqués par la présence d'une synéchie. L'examen de l'œil à l'éclairage oblique ou à l'aide d'un miroir plan (procédé KNAPP et MAUTHNER) facilitera beaucoup la plupart de ces recherches. La lumière réfléchie par le fond de l'œil traversant sur la cornée des surfaces inégalement réfringentes, décelera les moindres inégalités.

**Pronostic.** — Les taches de la cornée constituent toujours une lésion sérieuse, mais dont la gravité varie singulièrement avec leur position, leur épaisseur, la cause qui leur a donné naissance, et surtout avec l'âge du sujet. Chez les jeunes enfants en particulier, il n'est pas absolument rare de voir ces taches disparaître complètement sous l'influence d'un traitement convenable.

**Traitement.** — Il diffère beaucoup suivant la nature de la lésion : 1° *Taches superficielles : néphéliion, albugo.* On peut espérer faire disparaître les taies légères, particulièrement lorsque ces lésions sont de date récente et les malades encore jeunes. Trois ou quatre fois par jour on fera prendre au malade, à l'aide d'un appareil approprié, une douche de vapeur de vingt à vingt-cinq minutes de durée. Après chaque douche, on insufflera dans l'œil de la poudre de calomel, ou bien on mettra entre les paupières un peu de pommade au précipité jaune. Cette médication devra être employée pendant longtemps et avec persévérance, elle donne alors souvent des améliorations très remarquables. S'il s'agit d'infiltrations métalliques, on peut essayer l'abrasion superficielle des lamelles de la cornée. BOWMANN, MALGAIGNE, GULTZ ont obtenu ainsi de beaux succès.

Lorsqu'on ne peut modifier un albugo central, nous avons dit, étant donné les phénomènes de diffusion qui accompagnent cet état, qu'il serait préférable d'avoir à sa place un leucome absolument opaque. Guidé par cette idée et aussi pour masquer l'aspect blanc nacré du leucome, ABADIE, en 1868, a imaginé le tatouage de la cornée. Par cette petite opération, on donne à la tache une teinte foncée qui s'oppose au passage des rayons lumineux. On pourrait encore améliorer la vision et faciliter la lecture, en faisant porter au malade des lunettes sténopéiques.

2° *Leucome.* — Il ne faut pas espérer détruire les leucomes; le traitement le plus sérieux serait ici impuissant; dès lors, en présence d'une tache de ce genre qui ne gêne pas trop la vision et ne s'accompagne pas de synéchie, il faut s'abstenir de toute intervention. Si le malade se plaint de l'aspect disgracieux de la tache, le tatouage fait avec quelques précautions étant dans ces circon-

stances parfaitement inoffensif, on ne doit pas lui refuser cette légère satisfaction. Le leucome, au contraire, occupe en partie le champ pupillaire; la vision est gênée ou rendue impossible; l'établissement d'une pupille artificielle est alors absolument indiqué. « Cette pupille, dit DE WECKER, sera pratiquée au-dessous de la partie cornéenne, présentant comme transparence et emplacement les meilleures conditions optiques, et l'on s'efforcera, par son étroitesse, d'atteindre autant que possible les qualités de la fente sténopéique. » Ajoutons que dans certains cas, l'iridectomie est des plus utiles pour amener l'éclaircissement des opacités; dans ce cas ce n'est plus une iridectomie optique qu'il faut faire, mais une section fort large. Enfin, lorsque la cornée tout entière est occupée par un leucome, la cécité est complète. Les tentatives, fort louables du reste, faites par plusieurs opérateurs, DESMARRÉS, PLOUVIEZ en France, WURSTER, KÖNIGSHOFFER en Allemagne, pour transplanter sur l'œil humain la cornée d'un animal, sont restées sans résultat. D'autres chirurgiens, NUSSBAUM, ABATTE, ABADIE, ont essayé de trépaner la cornée, et de placer dans l'ouverture ainsi faite une cornée artificielle : ils n'ont pas été plus heureux; aussi jusqu'à ce jour, des lésions semblables sont au-dessus des ressources de l'art.

### 3<sup>e</sup> STAPHYLOME

Le staphylome est une anomalie de courbure de la cornée caractérisée par une saillie de cette membrane. Cette affection, généralement consécutive aux lésions inflammatoires ou traumatiques, comprend deux variétés : *staphylome opaque*, *staphylome pellucide*.

#### A. — STAPHYLOME OPAQUE

Le staphylome opaque ou cicatriciel n'est en réalité qu'une variété de leucome, avec déformation de la cornée et enclavement de l'iris. Suivant que la cornée entre tout entière ou en partie dans sa composition, le staphylome est total ou partiel.

**Pathogénie. Étiologie.** — Le staphylome cicatriciel est presque toujours consécutif à une perforation ou une destruction plus ou moins profonde du tissu cornéen. Le mode de formation du staphylome est facile à comprendre. Toute perforation de la cornée, avons-nous dit, entraîne immédiatement l'issue de l'humeur aqueuse et un prolapsus de l'iris; des adhérences s'établissent entre cette membrane et les bords de la perforation, que vient combler à la longue le tissu cicatriciel. Pendant que se passent ces phénomènes, l'iris est tirailé, les nerfs ciliaires sont irrités; il en résulte une hypersécrétion de l'humeur aqueuse qui détermine l'augmentation de la pression intra-oculaire; dès lors, le tissu cicatriciel, beaucoup moins résistant que le reste de la cornée, cède le premier. La formation du staphylome nécessite donc un défaut d'équilibre entre la pression intra-oculaire et la résistance du tissu de nouvelle formation. Supprimez l'augmentation de tension, supposez qu'il n'y a pas d'hypersécrétion de l'humeur aqueuse, ou que la cicatrice permette la filtration du liquide, cette

cicatrice restera plate, ne subira pas de déformation; il y aura simplement un leucome.

**Variétés. Symptômes.** — La tumeur formée par le staphylome est très variable; tantôt la cornée tout entière constitue en avant du globe de l'œil une sorte de boule : staphylome total, globuleux. La déformation peut être assez considérable pour gêner l'occlusion des paupières. Dans d'autres cas, une partie seulement de la membrane est atteinte : staphylome partiel. Ce dernier est le plus souvent excentrique (SICHEL). La fréquence des ulcérations dans le segment inférieur de la cornée nous explique pourquoi le staphylome occupe d'ordinaire la partie inférieure de cette membrane. Il présente les formes les plus variées, est conique, pyramidal, bosselé, etc. La coloration de la tumeur est généralement blanc bleuâtre; fréquemment, surtout dans le cas de staphylome total, de nombreux vaisseaux sanguins serpentent à sa surface.

Les troubles fonctionnels dépendent du volume du staphylome et du degré d'opacité de la cornée à son niveau. Dans les cas de staphylome partiel, la vision peut être conservée; elle diminue cependant à la longue, ce qui tient aux troubles qu'occasionne du côté de la pupille l'augmentation de la pression intra-oculaire. Il n'est pas rare d'observer des poussées inflammatoires, accompagnées de violentes douleurs péri-orbitaires.

**Marche. Pronostic.** — Le staphylome peut rester longtemps stationnaire. Parfois la cicatrice s'ulcère, l'humeur aqueuse s'échappe, ce qui diminue pour un certain temps la pression intra-oculaire. Lorsque le liquide ne trouve aucune issue, l'œil devient dur comme une bille; de temps à autre surviennent alors des poussées inflammatoires du côté des membranes profondes. Enfin le staphylome peut s'ulcérer à son sommet, accident qui entraîne la formation de fistules incurables et la suppuration du globe oculaire.

Le staphylome est une affection des plus sérieuses : non seulement l'œil malade est fortement compromis, mais encore sa présence constitue pour l'œil du côté opposé une menace incessante de danger. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'il existe un enclavement de l'iris. Or, les tiraillements exercés sur cette membrane occasionnent une sécrétion plus abondante de l'humeur aqueuse; celle-ci augmente la pression intra-oculaire; dès lors la convexité de la cornée s'accroît, nouvelle cause de tiraillements sur le cercle ciliaire. Il existe donc une sorte de cercle vicieux, un échange incessant de mauvais procédés entre l'iris enclavé et la cornée staphylomateuse; de là, les poussées inflammatoires sans nombre que nous avons signalées, lesquelles un jour ou l'autre déterminent l'apparition d'une ophtalmie sympathique.

**Traitement.** — Suivant l'époque à laquelle on observe le malade, le traitement du staphylome sera préventif ou curatif. Toutes les fois qu'à la suite d'une ulcération de la cornée, on aura constaté un prolapsus de l'iris, on s'efforcera, ainsi qu'il a été dit, d'en obtenir la résolution à l'aide d'instillations d'ésérine. Si la réduction ne se fait pas, ou si la hernie est trop considérable, on excisera la partie herniée. Au moment où le malade vient consulter le chirurgien, le staphylome peut être encore récent; il faut alors essayer de favoriser la formation d'une cicatrice solide. Pour cela, dès que l'on s'apercevra