

térisation réussit généralement mal, *Scarpa* l'avait déjà remarqué.

La sixième variété présente la même indication que la cinquième. J'ai recours dans cette variété au même traitement que dans la précédente. Comme la cautérisation lui nuit plus qu'elle ne l'améliore, j'ai recours surtout au vésicatoire sur les paupières et aux frictions mercurielles autour de l'orbite.

L'excision des vaisseaux qui alimentent les ulcères de la cornée est un moyen très avantageux dans certaines de ces variétés d'ulcères. Elle est tout à fait inutile dans d'autres. Ainsi quand il y a ulcération superficielle avec vascularisation de la conjonctive, on y a recours avec avantage. Après cette excision on voit l'ulcère disparaître promptement. Quand c'est le plan des vaisseaux profonds qui alimente l'ulcération, l'excision des vaisseaux de la conjonctive est tout à fait inutile. S'il est vrai que les vaisseaux alimentent souvent les ulcérations quand ils sont très volumineux, il est certain aussi que les ulcérations en sont souvent la cause et non le résultat, et que, lorsqu'ils sont éteints, les vaisseaux disparaissent promptement.

J'ajouterai, pour ce qui concerne la cautérisation à l'aide du nitrate d'argent, que ce moyen réussit principalement contre les ulcérations à fond transparent; mais cependant il peut être employé avec avantage contre d'autres variétés et surtout contre celles qui, après avoir eu un fond transparent ou non dans le principe, sont très profondes et tendent à pénétrer dans la chambre antérieure.

La cicatrisation des ulcères de la cornée est presque toujours, comme je vous l'ai dit, accompagnée et suivie de taches, d'*albugo*, de *leucoma*, dont nous parlerons bientôt. On a conseillé pour les prévenir de racler la surface des ulcérations. C'est un moyen qui ne me semble pouvoir fournir aucun résultat heureux, et qui peut-être même ne serait pas sans de graves inconvénients, il pour-

rait tout au plus être de quelque utilité dans les ulcères chargés de matière plastique.

*Fistules de la cornée.* Les fistules de la cornée sont des ouvertures faites à cette membrane par suite des progrès d'ulcérations qui ont traversé toute son épaisseur. Ces perforations ne méritent pas le nom de fistules, car elles ne tardent pas à être fermées soit par l'iris, soit par le cristallin, etc... Il y a cependant quelques perforations de la cornée qui restent ouvertes pendant un certain temps, et donnant issue aux humeurs de l'œil, peuvent être considérées comme des fistules. J'ai observé une fistule de cette espèce après la perforation de la cornée par suite d'innanition. J'en ai vu deux autres chez des enfants à la suite d'une fonte purulente très circonscrite de la cornée. Le trou correspondant au centre de la pupille ne pût être fermé par l'iris, et donna issue à l'humeur aqueuse pendant trois semaines chez l'un, et douze à quinze jours seulement chez les deux autres. En 1834, j'en ai observé trois autres exemples.

Le traitement de ces perforations ou fistules est absolument le même que celui des ulcères profonds. Dans ces perforations ulcéreuses de la cornée, il faut, pour prévenir la hernie de l'iris à travers elles, et empêcher que cette membrane ne contracte des adhérences morbides, tenir la pupille dilatée par l'emploi des préparations de belladone données soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, suivant la méthode que nous indiquerons plus tard en traitant de l'iritis. A la suite de ces perforations de la cornée par suite d'ulcères, il survient quelquefois diverses espèces de tumeurs qui appartiennent au genre de maladies qu'on nomme *kératocèle*. Une de ces tumeurs décrite par *M. Weller* et par *M. Wardrops* est formée, suivant ces auteurs, par la membrane de l'humeur aqueuse faisant hernie à travers l'ulcère, comme la tunique interne des artères à travers les tuniques externe et moyenne dans ce qu'on a nommé anévrysme



mixte interne. Il ne faut pas confondre cette maladie avec une hernie de l'iris. On la traite comme les ulcères profonds de la cornée. Il faut surtout pratiquer avec soin la cautérisation du petit relief que fait la membrane de l'humeur aqueuse au fond de l'ulcère.

Il y a une autre variété de kératocèle provenant de l'ulcération de la cornée. Elle a été décrite par *M. Juncken*. Elle s'effectue suivant cet auteur, par un mécanisme analogue à celui de l'anévrysme mixte externe, c'est à dire que la cornée, détruite dans ses lames profondes, cède et se dilate dans ses lames superficielles qui sont plus ou moins affaiblies. Cette maladie fort rare, d'ailleurs, et que je n'ai point observée, n'est susceptible que des médications générales ou indirectes.

*Taches de la cornée.* Les taches de la cornée, suite de la kératite aiguë ou chronique sont connues dans le monde sous le nom générique de *taches*. Il y en a de trois sortes que l'on désigne sous les noms de *néphélium*, *albugo* et *leucoma*.

Le *néphélium* a son siège dans la couche superficielle de la cornée, il est constitué par des plaques blanchâtres légères, semblables à de la fumée ou à un nuage peu épais. La cornée est encore transparente dans le point qui est le siège du *néphélium*. Les malades voient les objets comme à travers un brouillard, car malheureusement le siège de prédilection de cette espèce de tache est le centre de la cornée vis à vis la pupille. *Scarpa* prétend que le *néphélium* est toujours accompagné d'un faisceau vasculaire qui vient de la conjonctive. Je crois qu'il est dans l'erreur à cet égard, et qu'il a confondu le *néphélium* avec les ulcères superficiels de la cornée. Pour ma part je ne l'ai jamais observé.

L'*albugo* siège dans les lames moyennes de la cornée. Ici il y a opacité complète, les rayons lumineux ne traversent plus la tache comme ils pouvaient le faire encore dans le *néphélium*. Heureusement que l'*albugo* n'a pas comme le

*néphélium* le centre de la cornée pour siège de prédilection, il occupe indifféremment tous les points ou la kératite, les ulcères et les abcès ont pu siéger.

Le *leucoma* occupe toute l'épaisseur de la cornée. Cette tache, résultat ordinaire des cicatrices, d'une suppuration prolongée de la cornée, est très consistante, elle est brillante et nacrée ou terne: la cornée est évidemment épaissie dans le point où elle siège; elle est d'une dureté considérable. Elle est plus difficile à inciser que dans l'état sain et plus exposée aussi à la fonte purulente, quand elle devient le siège d'une lésion traumatique quelconque. Les inégalités de la surface, les germes d'irritation qui s'y maintiennent assez souvent, font qu'il n'est pas rare d'en voir partir un assez grand nombre de vaisseaux qui rampent presque toujours dans l'épaisseur de la cornée et vont s'anastomoser avec ceux du plan profond dont je vous ai déjà parlé dans la description de la kératite. Il est inutile de dire que dans ce genre de taches les rayons lumineux ne peuvent traverser la cornée et que la vision est impossible si elles occupent toute la cornée ou le centre de cette membrane.

Il y a un autre genre de taches de la cornée qui provient de la dessication des abcès situés entre les lames moyennes de cette membrane. Ces taches sont jaunes et ternes et souvent ponctuées, surtout quand la suppuration a duré longtemps sans perforation de la cornée. Celles qui résultent d'épanchements sanguins dans ces mêmes points sont d'un jaune rouillé.

L'anneau sénile ou arc sénile dont je vous ai déjà parlé est bien une tache de la cornée, mais elle ne gêne en rien la vision. Nous n'avons pas besoin d'en parler ici, ce que nous en avons dit suffit: il n'y a aucun traitement à lui opposer.

*Traitement des taches de la cornée.* On a vanté un grand nombre de médicaments pour guérir les taches de la cor-



née, et on a cité des observations de succès obtenus par chacun d'eux. Il faut avouer cependant que la guérison de ces taches est extrêmement difficile, que, dans la grande majorité des cas, elles sont indélébiles, et qu'il n'y a absolument rien à faire contre elles. Il faut cependant distinguer les espèces auxquelles on a affaire. On ne peut guère espérer guérir l'albugo, et encore moins le leucoma; mais les taches légères récentes, les *néphélions*, par exemple, pourront se guérir et ne pas laisser de traces. On pourra au moins beaucoup les diminuer. On a vanté contre elles tous les collyres liquides et secs que nous avons déjà indiqués nombre de fois dans le traitement de la kératite, les poudres de calomel et de tuthie, le sucre candi, le sous-nitrate de bismuth réduit en poudre impalpable, la cautérisation légère avec le crayon de nitrate d'argent, le laudanum, l'extrait d'opium, l'alun en poudre mêlé au sucre (1). Le laudanum est assez bon quand il n'y a pas d'inflammation. Je me suis bien trouvé de l'emploi de sous-nitrate de bismuth (2). L'huile de noix, l'huile de foie de morue dont on instille quelques gouttes dans l'œil tous les jours pendant un certain temps ont été préconisées aussi contre les taches de la cornée. M. Carron de Villards a rappelé nouvellement l'attention sur cette huile de morue. Je doute qu'on ait guéri avec elle ainsi qu'avec l'huile de noix autre chose que des néphélions; cependant c'est à essayer (3).

(1) Le sulfate de quinine, le verre porphyrisé, la poudre de tabac, le vin stibié, le fiel de bœuf, le galvanisme, l'électro-puncture, etc., l'huile de ver terrestre, les extraits de cigue, de chélidoine, le borax, le suc de grillon domestique écrasé, enfin les remèdes les plus singuliers ont été conseillés contre ces taches de la cornée.

(2) On a vanté aussi les vapeurs aromatiques de café dirigées sur l'œil, celles avec addition de camphre, les douches d'eau minérale sur les paupières, les douches d'eau de mer, les douches émollientes sur l'œil même avec une seringue.

(3) On peut voir dans l'ouvrage de M. Carron de Villards trois observations de taches fort anciennes guéries par l'huile de foie de morue; l'une d'elles datait de trente-cinq ans. T. II, p. 135 et suiv.

On a conseillé l'excision des vaisseaux qui correspondent aux taches. Les uns vantent ce moyen comme très bon, d'autres le regardent comme inutile. Il faut encore savoir ici distinguer les cas pour employer ce moyen; car on s'est, je crois, abusé sur sa valeur. On ne doit point y avoir recours quand ce sont les vaisseaux du plan profond ou de la sclérotique qui entretiennent les taches; mais quand ce sont ceux de la conjonctive et qu'ils offrent un développement considérable, leur excision peut amener des résultats avantageux; car on obtient promptement ainsi, la disparition des taches étendues et qu'on aurait pu croire indélébiles. Dans le cas contraire, cette excision ne produit aucun effet (1). C'est très certainement dans le cas de taches entretenues par les vaisseaux venant de la conjonctive que Scarpa et autres ont eu les succès qu'ils ont rapportés.

On a conseillé encore bien d'autres médications plus ou moins extraordinaires contre les taches de la cornée, comme de les traverser avec un séton très fin quand elles sont très épaisses. *Pellier* et *M. Delarue* ont proposé ce moyen, *Weller* le croit bon. Je n'en serais guère partisan; car si le séton peut favoriser l'absorption d'une partie de la matière dont la cornée est infiltrée, il peut aussi faire naître des inflammations et favoriser le développement de taches nouvelles sur les points encore transparents de cette membrane.

Je vous dirai la même chose de l'excision de l'usure des taches, et de leurs scarifications. Vous le concevrez faci-

(1) Dans le cas de taches alimentées par les vaisseaux profonds, l'excision des vaisseaux venant de la conjonctive étant inutile, *M. Ribéri* conseille l'incision de la cornée comme pour l'opération de la cataracte par extraction. La cornée est incisée seulement du côté où existe la vascularité; dans le cas où la vascularité est générale, on opère d'un côté d'abord, et puis quelque temps après de l'autre. *M. Ribéri* dit avoir pratiqué plusieurs fois cette opération avec succès.



lement; car on ne pourrait les enlever en les raclant ou en les coupant, qu'en établissant une plaie et un nouvel ulcère à leur place, et comme la cicatrisation d'une plaie ou d'un ulcère de la cornée ne peut se faire qu'en laissant une tache, on se trouverait dans la même situation qu'avant l'opération.

On a encore proposé d'extirper une portion de la cornée devenue opaque pour rétablir la vision. *M. Dieffenbach* a, dit-on obtenu un succès complet à l'aide de ce moyen. On circonscrit ce lambeau opaque par deux incisions semi-elliptiques, puis on réunit les lèvres de la plaie à l'aide de points de suture très fins. On a été plus loin encore, car on a conseillé de remplacer la cornée opaque d'un homme par une cornée saine prise sur un animal vivant. C'est *Pellier* qui a imaginé cette méthode; je crois que c'est une absurdité, et si j'avais fait une opération semblable et que j'eusse réussi, je ne saurais vraiment qu'en penser. Je crois qu'elle ne peut offrir la moindre chance de succès (1).

#### § V. IRITIS.

De tout temps les auteurs se sont occupés de l'inflammation de l'iris, mais ce n'est guère que depuis le commencement de ce siècle qu'on a donné une description exacte ou assez exacte au moins de cette maladie. Toutefois vous remarquerez avec étonnement sans doute que les auteurs classiques que vous avez entre les mains (2) la passent généralement sous silence, se bornent à la noter ou la con-

(1) On a aussi proposé, dans le cas de leucoma général, d'exciser la cornée circulairement et de la remplacer par une cornée en verre ou une écaille fine et très transparente, ayant de petits trous à la circonférence, pour être cousue sur le cercle antérieur de la sclérotique aussitôt que la cornée, devenue opaque, aura été enlevée. C'est très sérieusement que *Pellier* a décrit plusieurs procédés pour cela.

(2) *Boyer*, entre autres, ne traite pas de l'iritis.

fondent avec les autres variétés de l'inflammation de l'œil. C'est à l'Allemagne et à l'Angleterre que nous devons les premiers efforts tentés pour isoler cette maladie des autres inflammations qui affectent l'organe de la vision; *Beer*, en effet, publia le premier un travail sur l'iritis en 1799. *Schmidt* en Angleterre l'a décrite avec soin en 1801; depuis lui, on s'en est encore beaucoup occupé dans ce pays, et parmi les travaux publiés sur ce sujet, nous remarquons surtout ceux de *Ware*, de *Saunders*, de *M. Travers*, etc.

La France n'est pas restée tout à fait étrangère à l'étude de cette maladie, car *M. Guillié*, *M. Muller*, ont traité de l'iritis le premier dans le grand dictionnaire des *Sciences médicales*, le second dans la Bibliothèque ophthalmologique, en 1820. En 1823, *M. Gillet de Grammont* l'a fort bien décrite dans sa thèse inaugurale; *Demours* en a aussi parlé dans son précis des maladies des yeux, et *M. Larrey* l'a également observée et décrite, mais ce dernier la regarde comme toujours liée à une affection syphilitique, ce qui est évidemment une erreur.

Les auteurs allemands et anglais se sont principalement efforcés d'isoler l'iritis, de le séparer complètement des autres inflammations de l'œil, et de la décrire en quelque sorte dans toute sa pureté. Ils ont sans doute rendu, à cet égard, un véritable service à la science; mais ils ont peut être aussi été un peu trop loin, car il arrive rarement que l'iris soit enflammé sans que d'autres parties de l'œil ne le soient en même temps, et je crois pour ma part qu'en cherchant à isoler trop complètement cette maladie, les chirurgiens anglais et allemands ont confondu sous le nom d'iritis plusieurs inflammations qui n'appartiennent point à cette membrane. Aussi vous remarquerez en parcourant les auteurs que la fréquence de cette maladie n'est pas la même pour tous. Cela vient comme je vous l'ai dit de ce qu'ils