

à une *atrophie rapide*. A part ces cas désastreux, presque toujours le pronostic de la kératite parenchymateuse est *relativement bon*, et que les années suivantes apportent une *amélioration incessante*, alors qu'on croyait l'évolution de la maladie complètement terminée : mais la récurrence est possible.

**Étiologie** (1). — La maladie n'atteint guère que des sujets avant vingt ans : néanmoins on voit de temps à autre des sujets de vingt à vingt-cinq ans, et plus, en être atteints, surtout dans le sexe féminin.

Il y a toujours une lésion générale comme cause de l'évolution de cette *kératite*. Avant le mémorable travail d'Hutchinson, on la rapportait à une foule d'affections diverses. La scrofule (Mackenzie) était la cause la plus généralement invoquée.

Hutchinson a eu l'énorme mérite de prouver que dans la très grande majorité des cas, la syphilis héréditaire est en jeu. De l'analyse de cent deux observations de kératite interstitielle typique, il fut même conduit « à considérer cette maladie comme une conséquence directe de la syphilis héréditaire et à affirmer qu'elle n'arrive que chez les enfants dont les deux parents ou l'un d'eux seulement a souffert de syphilis ». Panas, Förster et d'autres, ont cependant démontré que la kératite interstitielle n'est pas spécifique d'une manière absolue. Il est possible même que la syphilis n'agisse (Panas) qu'en dystrophiant le sujet. La syphilis acquise peut également donner exceptionnellement des kératites parenchymateuses, mais elles seraient souvent unilatérales (Haltenhoff, A. Trousseau), moins diffuses, et s'accompagneraient d'iritis et de choroïdites : elles surviendraient en général dans les premières années de la syphilis.

Dans les kératites partielles signalées plus haut, un grand nombre d'infections générales, influenza, paludisme, etc., jouent *un rôle bien plus grand que la syphilis*. Gley, Rochon-Duvigneaud et nous-même avons montré que ces kératites parenchymateuses peuvent se développer chez des chiens privés de pancréas, de corps thyroïde, et d'autres auteurs les ont signalées chez de nombreux animaux, surtout en captivité et mal nourris.

Il est encore possible que certaines kératites diffuses reconnaissent une origine *tuberculeuse, gommeuse* ou même *sympathique*.

**Anatomie pathologique.** — D'après le petit nombre de cas examinés jusqu'ici, l'infiltration cellulaire est extrêmement abondante dans les couches postérieures et envahit quelquefois le tractus uvéal. Les vaisseaux néoformés siègent dans toutes les couches, mais particulièrement dans les couches moyennes et profondes. Très exceptionnellement, il survient de la sclérite antérieure et plus tard des ectasies de la sclérotique. (Fuchs.)

**Diagnostic.** — La maladie est facile à reconnaître, quand on a

(1) GANDAR, Étiol. de la kérat. interst., thèse de Lyon, 1893.

éliminé les kératites panneuses dues au trachome ou au lymphatisme. Mais il faut déterminer l'étiologie et tâcher sans en informer le sujet et, sans qu'il soit toujours utile d'en informer sa famille, de découvrir s'il y a eu syphilis acquise ou héréditaire.

Pour la syphilis héréditaire, le nez aplati, le front olympien, l'ozène fréquent, la surdité, la forme des dents, d'autres accidents périoculaires (blépharites, dacryocystites, périostites orbitaires, etc.), la forme ogivale du palais, les polyadénites indurées, les lésions du tibia, les rhagades buccales, l'examen du voile du palais démontrant les perforations ou leurs cicatrices, tout cela est caractéristique. La polymortalité des enfants, les fausses couches fréquentes, le tabès ou d'autres affections d'étiologie souvent syphilitique chez les parents, les chorio-rétinites complètent le diagnostic de la source.

Mais d'autres fois, à part le lymphatisme, la goutte et le rhumatisme chronique, que l'on accusera du reste bien rarement, on ne trouvera aucune étiologie certaine et on admettra une cause générale dystrophique ou infectieuse acquise ou héréditaire, difficile à préciser.

**Traitement.** — *On ne peut pas juguler* l'évolution de la maladie, mais on doit s'efforcer de diminuer l'intensité et de hâter ses diverses phases.

A la première période, *avant* la vascularisation, les gâteaux d'ouate hydrophile trempés dans des infusions chaudes, et appliqués biquotidiennement pendant plusieurs heures, l'atropine (2 à 3 fois par jour), les conserves fumées, sont les seuls moyens locaux à employer. On se gardera de toute pommade et de toute intervention chirurgicale. Le traitement général par l'iode (2 gr. par jour) sera institué : on peut aussi pratiquer des cures d'injections ou de frictions mercurielles, mais *rien ne démontre* qu'elles aient une efficacité supérieure à celle de l'iode : un traitement alternant par les deux moyens est ce qu'il y a de plus justifié comme conduite thérapeutique. Les douches de vapeur remplaceront de temps à autre les compresses chaudes. On s'abstiendra du bandeau.

Le traitement *général* sera continué pendant toute la période inflammatoire de la maladie. A la période vasculaire, on arrêtera l'emploi des compresses chaudes, tout en instillant l'atropine. Des paracentèses et au besoin des sclérotomies lutteraient contre une hypertonie menaçante.

Dès le début de la disparition progressive des vaisseaux, l'usage de la pommade au bioxyde jaune est utile, mais on cessera l'iode pendant son emploi.

Quand il s'agit d'activer la résorption des taies, les interventions chirurgicales sont *indiquées*, mais elles sont *désastreuses* avant cette période. Les injections sous-conjonctivales, la péritomie sanglante, la péritomie ignée sont *alors* recommandables. L'iridectomie et le



tatouage ne seront pratiqués, s'il y a lieu, que longtemps après, car la kératite marche pendant de longs mois vers la transparence, et ces opérations pourraient être prématurées.

Le quinquina, le fer, l'huile de foie de morue, seront joints à un régime substantiel et fortifiant.

Avant le traitement antisyphilitique (alors qu'on n'avait point admis encore l'origine si souvent hérédosyphilitique), ces kératites guérissaient cependant, en suivant les périodes connues. Le traitement actuel vise à restreindre le nombre des cas graves, éviter la fréquence des irido-cyclites, et diminuer la durée toujours longue de la maladie. Il n'empêche cependant pas la maladie d'attaquer le second œil.

#### KÉRATITE NEURO-PARALYTIQUE.

La kératite neuro-paralytique est consécutive à des altérations profondes du trijumeau.

Presque toujours, dans ces cas, l'altération du nerf se manifeste par une insensibilité complète de la cornée, souvent même de la conjonctive et des paupières.

Au point de vue clinique, la persistance de la sensibilité cornéenne n'est nullement pour faire rejeter une étiologie nerveuse dans bien des kératites. D'autre part, on observe des anesthésies du trijumeau qui restent stationnaires, sans aucune altération cornéenne pendant des années. Chez les tabétiques, M. E. Berger a signalé ces anesthésies persistantes de la cornée, et nous en avons constaté un cas des plus nets dans le service de M. Fournier.

C'est l'expérimentation sur l'animal qui a mis en lumière cette entité clinique bientôt retrouvée chez l'homme. Fodera et Mayo, Magendie (1822), Claude Bernard, ont démontré que la section du trijumeau *en avant* du ganglion de Gasser provoquait l'anesthésie cornéenne et la fonte fréquente de l'œil. La suture des paupières empêche quelquefois, mais non toujours, la nécrose cornéenne. Les différences profondes de la kératite neuro-paralytique et de la kératite lagophthalmique, la possibilité d'un hypopion primitif (Laborde, Panas) démontrent qu'il y a une *dystrophie* ou une infection grave du trijumeau. Ajoutons que, dans le cas de zona, par exemple, la cornée peut se nécroser par kératite *névritique*, sans avoir entièrement perdu sa sensibilité. Il en est de même dans les cas de sections partielles du trijumeau. (Schiff.)

Le traumatisme joue cependant un rôle des plus nets, et il y a des cas où, l'insensibilité durant depuis plusieurs années, il a suffi d'un petit corps étranger cornéen, d'un grain de poussière, pour entraîner une fonte totale et rapide de la cornée insensible. Le refroidissement a également une influence marquée.

**Symptomatologie.** — La période de début est quelquefois précédée

de symptômes précurseurs importants. Indépendamment de ceux de la maladie générale ou de l'affection de voisinage (zona), il existe souvent de violentes douleurs névralgiques périorbitaires unilatérales. La lésion cornéenne siège plutôt vers les parties déclives, mais presque toujours l'ensemble de la cornée se trouble et se dépolit : l'œil est ordinairement *dur*. Chez un vieillard de quatre-vingt-deux ans, atteint d'une lésion cornéenne anesthésique, l'œil, très dur et *absolument insensible à la pression*, était le siège de vives douleurs glaucomeuses, que nous fîmes cesser pendant près de quinze jours par une seule paracentèse.

La kératite s'accompagne vite d'un hypopion plus ou moins abondant. Dans quelques cas même, *avant tout trouble cornéen*, se développe une violente iritis à hypopion, et les altérations cornéennes ne surviennent que *quelques jours après*. Généralement l'évolution est rapide ; la cornée se ramollit, et l'iris apparaît. Il y a là une destruction *gangréneuse*, un vrai mal perforant.

Un staphylome se constitue alors peu à peu. *Si on voit le malade à cette période*, la rapidité avec laquelle un ulcère de la cornée a pu arriver à un pareil désastre, met sur la voie le chirurgien qui constate l'anesthésie cornéenne.

Dans des cas exceptionnels, la lésion s'arrête sous l'influence du traitement : le leucome adhérent consécutif est justiciable d'une iridectomie.

Le pronostic de la kératite est donc particulièrement redoutable à cause de la *dénutrition fondamentale* du terrain.

La lésion est presque toujours *unilatérale* : néanmoins elle peut être *double* et l'on peut voir les deux yeux se perdre successivement à courte échéance. (Baudry, Deutschmann, A. Terson.)

La variété *syphilitique* de la maladie n'est qu'un accident de la syphilis *cérébro-spinale* par gomme ou névrite basilaire.

**Diagnostic.** — *Dans toute kératite grave*, s'il y a une rapidité insolite dans la marche des accidents, et *moins de douleurs* qu'une kératite ulcéreuse ordinaire n'en provoquerait, on examinera avec le plus grand soin la *sensibilité cornéenne* et *conjonctivale* avec un morceau de papier ou une barbe de plume. Même si elle n'est pas disparue complètement, il ne faut pas se presser de nier toute origine névritique. L'envahissement rapide de toute la cornée est aussi un bon signe, joint au *peu de chémosis* et de larmolement qui l'accompagnent.

Dans certains cas, le malade se présentant avec une cornée staphylomateuse et une insensibilité kérato-conjonctivale, on sera appelé à faire le diagnostic *rétrospectif* du zona. On pourra se trouver en présence de cas *frustes*, où l'éruption cutanée a été discrète et où il y a eu cependant une kératite névritique plus ou moins grave. Il faudra rechercher avec grand soin les vestiges de cicatrices frontales unilatérales.



Pour le diagnostic étiologique, on éliminera, d'abord les cas *traumatiques* (fractures du crâne, fractures du maxillaire, élongation des branches du trijumeau, suppression du ganglion de Gasser). On examinera ensuite l'état des *nerfs crâniens* pour éviter la confusion avec une *kératite par lagophthalmie*. On fera la plus grande attention à l'état des paires motrices de l'œil, qui peuvent être concurremment paralysées, et on examinera, au *cours des paralysies oculaires*, la sensibilité kérato-conjonctivale. On analysera de plus les *urines* (*diabète*, albuminurie). La *syphilis* cérébro-spinale sera scrutée avec soin. Des lésions organiques cérébrales et spinales (embolies, hémorragies, ramollissement cérébral, tabès, etc.) peuvent également être en cause. Les tumeurs du cervelet s'accompagnent quelquefois d'iritis et aussi de kératite neuro-paralytique, du même côté (Vignol). De plus un grand nombre de causes d'infection générale seront recherchées (méningite cérébro-spinale épidémique, méningites de causes variées, fièvres éruptives, choléra, typhus).

A part la sénilité, le refroidissement et d'autres causes incertaines, on ne trouvera pas toujours d'étiologie franche.

La **kératomalacie**, avec fonte rapide, souvent double, de la cornée *chez les enfants*, au cours des fièvres éruptives, de la cachexie et du défaut d'hygiène, de l'athrepsie, pourrait reconnaître, d'après de grandes probabilités, une dystrophie nerveuse et générale prédisposant le terrain à une rapide destruction par les *microbes* surtout les streptocoques, et n'est peut-être qu'une variété voisine de la kératite neuro-paralytique. Le *xérosis héméralopique* l'accompagne souvent. (Voy. *Conjonctivite*.)

**Traitement.** — Le traitement *général* est *étiologique*. Particulièrement, dans la syphilis, la méthode des injections intramusculaires sera recommandée, car il faut frapper fort et vite.

*Localement*, le traitement sera *prophylactique* ou *curatif*. La prophylaxie consiste à préserver de tout traumatisme, de tout *refroidissement*, une cornée frappée d'anesthésie. Les onctions iodofonnées, les conserves fumées, un bandage protecteur, dans certains cas la tarsorrhaphie médiane (Panas), sont recommandables, combinées à l'électrisation du trijumeau.

Quand l'affection est développée, on fera la paracentèse, dès qu'il y aura un hypopion abondant, et plus tard, l'iridectomie contre les adhérences iriennes. Nous l'avons pratiquée avec une cicatrisation parfaite, à une période relativement précoce. On emploiera des pommades antiseptiques avec *pansement occlusif*, sans cautérisation au thermocautère, et on fera, de bonne heure, la tarsorrhaphie médiane, qui peut absolument transformer l'état de l'œil.

## COMPLICATIONS DES LÉSIONS CORNÉENNES.

On doit grouper en trois grands types cliniques et anatomopathologiques les opacités cornéennes : à chaque type correspondent des complications différentes.

D'abord, les opacités de la cornée, *sans ectasie appréciable de la membrane* et *sans adhérences iriennes*. Suivant leur épaisseur, les noms de *néphélie*, *d'albugo* et de *leucome* les désignent; elles sont quelquefois *congénitales*.

Le deuxième groupe renferme les taches cornéennes compliquées d'*adhérences* permanentes de l'iris enclavé. C'est le *leucome adhérent*, compliqué ou non de  *fistule*.

Le troisième comprend les cornées entièrement ou presque *entièrement opaques*, avec *déformation*, *ectasie* conique ou globuleuse et souvent *hyperplasie* de la membrane cicatricielle (*staphylomes*).

**OPACITÉS NON ADHÉRENTES.** — Nous nous bornerons à rappeler le diagnostic *rétrospectif* des lésions dues à la *kératite interstitielle*, aux *kératites scrofuleuses*, aux *ulcères cornéens*, aux *sclérites*, aux *blépharites*. Quant aux opacités d'origine trachomateuse, blennorragique, diphtérique, elles sont en général beaucoup plus étendues, adhérentes ou staphylomateuses; l'état souvent cicatriciel de la conjonctive, l'étendue de la lésion, la bilatéralité fréquente et l'étude attentive des antécédents, fixent rapidement le diagnostic.

Au point de vue visuel, les taches *peu opaques*, translucides, gênent le plus considérablement la vision et s'accompagnent d'un éblouissement très marqué (comme lorsqu'on regarde une lumière vive à travers un verre mal dépoli). Le tatouage, en *opacifiant* certaines taies, relève l'acuité visuelle, fait paradoxal, mais démontré aujourd'hui. Une iridectomie dans un but optique, pour un simple *néphélie*, ajouterait l'éblouissement considérable dû à la brèche irienne à celui attribuable au *néphélie*.

Le nystagmus et le strabisme, plus souvent convergent, accompagnent fréquemment les taies développées dans l'enfance. Souvent, peut-être à cause de violents et continuels efforts accommodatifs, une myopie progressive (G. Martin) se développe, à marche maligne et avec altérations du fond de l'œil.

La plus légère taie cornéenne peut être aggravée par des désordres ultérieurs hors de proportion avec son étendue.

**Anatomie pathologique.** — Les leucomes sont constitués par un véritable tissu cicatriciel épais, plus ou moins vascularisé et pouvant donner des *hémorragies intracornéennes*. Au niveau du tissu cicatriciel, l'épithélium proliféré pénètre dans les rugosités profondes et forme de pseudo-cancroïdes, et des plaques épithéliales. De plus, des



lésions spéciales se développent (kératites chimiques), au sein des vieilles cicatrices cornéennes, telles que des dépôts calcaires (Bowman, Dixon), composés de phosphates et de carbonates, et surtout des boules colloïdes, hyalines (Wedl, Sæmisch). On ne les confondra pas avec des incrustations *plombiques* professionnelles ou dues à l'emploi toujours malencontreux de l'extrait de Saturne.

Nous donnons ci-dessous une de nos préparations de ces verrucosités, infiniment fréquentes, dans les anciens leucomes et staphylocomes, aussi bien au sein de l'épithélium que dans la profondeur du

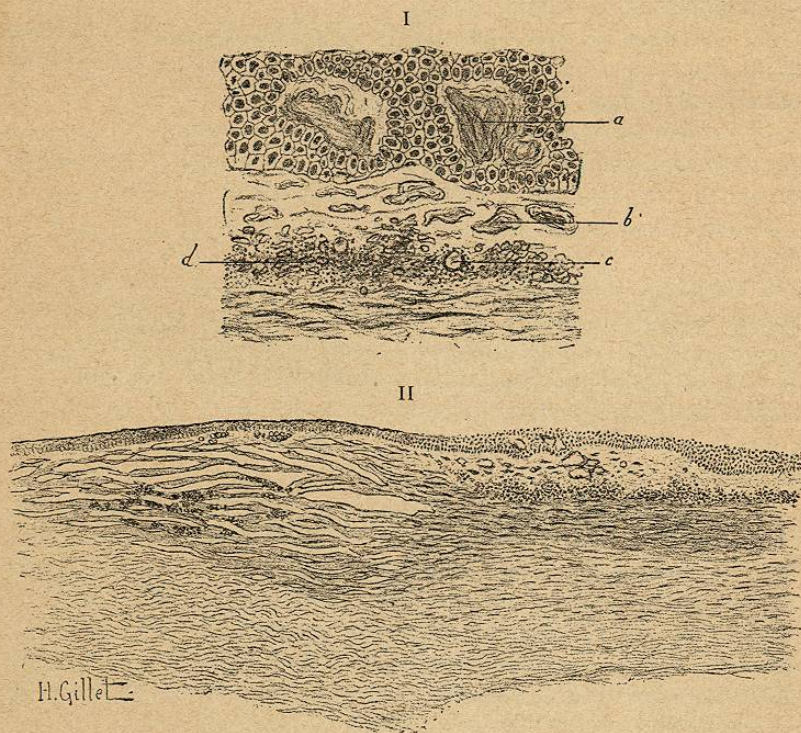


Fig. 41. — a, b, c, d, verrucosités hyalines.

tissu (fig. 41). A côté des *taies* acquises, il faut mentionner l'opacité spontanée connue sous le nom de *gérontoxon*, bien qu'elle survienne à tous les âges, sans qu'elle soit toujours en rapport avec une artério-sclérose précoce. La nature grasseuse que l'on a longtemps attribuée à cette dystrophie, comme à la pinguécule, est aujourd'hui démontrée comme hyaline (Fuchs); les plaies opératoires faites à ce niveau se cicatrisent fort bien.

**Traitement.** — On peut se proposer l'éclaircissement des *taies non adhérentes* qui n'ont pas une épaisseur trop considérable. On continuera les insufflations (calomel) et les massages avec des pommades

irritantes (bioxyde jaune) tant qu'elles paraîtront produire une modification. D'innombrables collyres prétendus éclaircissants, dont on a exploité de mille manières l'effet hypothétique, ont été appliqués, soit au pinceau soit en instillations. On trouvera dans le *Recueil d'observations sur les yeux* de Pellier de Quengsy, et dans le *Manuel de l'oculiste* (Wenzel) l'exposé de ceux usités au XVIII<sup>e</sup> siècle, et dans les livres de Weller et de Desmarres, ceux que le XIX<sup>e</sup> siècle a continués ou inaugurés.

Pour les cicatrices indélébiles superficielles, une idée mise en pratique de tout temps (Galien, les chirurgiens du XVII<sup>e</sup> siècle, Malgaigne) a été d'abraser et d'enlever les parties opaques. Mais cette pratique est suivie d'une cicatrice plus opaque encore et d'un astigmatisme irrégulier plus accentué. On y recourra, par contre, dans les cas de *dépôts* dans la cornée (*kératites chimiques, hyalines, etc.*).

La révulsion par des pointes de feu conjonctivales et des injections sous-conjonctivales (Rothmund) mérite, au contraire, d'être plus souvent employée. Les cas qui résistent seront traités par la *péritomie* avec ablation circulaire d'un liséré conjonctival, sans cautérisation consécutive. Cette opération, souvent attribuée à Furnari, est décrite longuement par les oculistes du XVIII<sup>e</sup> siècle, qui en relatent de bons effets.

M. Panas a fait remarquer que toute intervention dans le voisinage (iridectomie, paracentèse, strabotomie) a une notable influence éclaircissante.

Pellier, reprenant une méthode connue, paraît-il, déjà des Chinois et Japonais (Sprengel), pratiquait une sorte de drainage de l'œil, en introduisant un séton dans la cornée. Il est permis d'être sceptique sur les excellents résultats qu'il dit avoir obtenus.

Dans le cas d'opacités diffuses, le tatouage, en opacifiant la tache, *améliore* la vision. Mais le plus souvent il sera employé dans un but esthétique, et il rend, en particulier, les meilleurs services à nombre de sujets pauvres que leur leucome si ostensible éloigne de tout métier (ouvriers, employés, etc.). Déjà recommandée par les anciens qui pratiquaient même des tatouages colorés, reprise et vulgarisée par de Wecker, cette opération est une ressource précieuse. On la pratiquera, non avec une aiguille creuse, mais avec un faisceau d'aiguilles (Taylor). La cocaïne permet de bien supporter l'opération. On évitera de se servir de la pince à fixation, dont les mors, se chargeant d'encre, tatoueraient la conjonctive, et on fixera l'œil, en appuyant sur le cul-de-sac, avec un crochet à strabisme. Avec d'innombrables petits coups obliques d'aiguilles chargées d'une bouillie d'encre de Chine à peine détremnée, on dessine d'abord une pupille, puis un iris qui, pour ne pas être coloré, est cependant d'un effet des plus heureux. Les tatouages colorés sont à étudier de nouveau. Deux séances peuvent être nécessaires, et l'effet de l'opération



s'atténue avec les années. Mais il est si simple de la répéter et elle est toujours accueillie avec tant de joie par les malades, que cette objection n'a pas de valeur. Il est, par contre, bien plus important, pour éviter des réactions vives, quelquefois des deux yeux (Panas), de n'opérer, autant que possible, que des opacités *sans adhérence irienne*, ou de les détruire préalablement, si elles existent.

M. Baiardi a proposé de créer avec une aiguille à dissection une *petite cavité centrale* dans l'épaisseur du leucome et d'y introduire la bouillie d'encre de Chine, mais ce procédé est peut-être plus dangereux.

L'électrisation et l'électrolyse (Adler) ont encore été employés comme éclaircissants.

A côté de ces diverses interventions, se placent les *iridectomies optiques*, en dedans et en bas, si on a le choix. On les fera aussi petites que possible : l'iridotomie précornéenne (de Vincentiis, Schöler) est de résultat trop aléatoire pour supplanter l'iridectomie.

Les fentes sténopéiques sont difficilement utilisables.

**LEUCOMES ADHÉRENTS.** — L'adhérence permanente de l'iris dans une taie cornéenne, en unissant l'irido-choroïde et l'intérieur de l'œil aux infections extérieures, en même temps que des tractions continues s'exercent sur les membranes intra-oculaires, suffit à *changer entièrement le pronostic* d'une tache de la cornée.

Les complications du leucome adhérent sont des plus importantes.

Le *glaucome* secondaire est une des plus fréquentes ; la *réulcération*, la *perforation spontanée*, avec hémorragie expulsive (Morax, A. Terson), peuvent se produire. La *cataracte* et le *strabisme* coexistent fréquemment avec le leucome.

Mentionné brièvement par de Wecker, Leber, Abadie et Valude, le *phlegmon par leucome adhérent* a été largement étudié dans la thèse de Despagne (1). Nous mentionnerons, depuis, le travail de Wagenmann, qui contient de précieux détails bactériologiques, et notre communication (2).

La panophtalmie survient sur des leucomes adhérents anciens, sans aucune cause appréciable d'infection générale, de voisinage ou traumatique. En quelques heures, la chambre antérieure se remplit de pus et la panophtalmie se déclare. Il s'agit dans presque tous les cas (Leber) d'une infection ectogène se produisant au niveau du tractus irien enclavé dans la cicatrice. L'infection par voie endogène, appelée vers l'œil par les tiraillements de l'iris enclavé, semble exceptionnelle.

Il se produit quelquefois plusieurs attaques d'iritis à hypopion avant la panophtalmie définitive. Enfin nous avons signalé l'observation probablement unique d'un malade atteint d'un double leu-

(1) DESPAGNE, thèse de Paris, 1887.

(2) A. TERSON, Congrès opht. de Paris, 1895.

come adhérent ancien, ayant perdu en un mois les deux yeux par panophtalmie successive. Les microbes en cause sont les microbes pyogènes ordinaires, avec prédominance pour le pneumocoque.

**STAPHYLOMES.** — Dans quelques cas, il s'agit de la variété de leucomes adhérents déjà étudiés, qui bombe et finit par former un *staphylome partiel*.

Le staphylome total de la cornée débute par un leucome adhérent total. La cornée, détruite en masse, comme dans le type blennorragique ou pseudo-membraneux grave, se réduit à quelques tractus désorganisés, que vient immédiatement doubler *tout l'iris* projeté en avant. De l'union et de la transformation des deux tissus, irien et cornéen, naît le staphylome total, qui bombe en masse à cause de la suppression totale de la filtration, la chambre antérieure étant remplacée par une *énorme chambre postérieure* rétro-staphylomateuse.

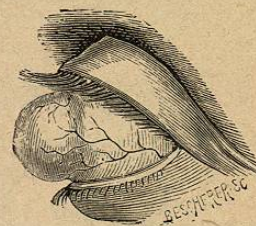


Fig. 42. — Staphylome de la cornée.

Extérieurement, la forme du staphylome, quelquefois conique, est plus ordinairement globuleuse (fig. 42). Dans des cas assez nombreux, il y a *hyperplasie* de ce tissu cicatriciel, à tel point que certains staphylomes ont pu pendre sur la joue (pseudo-tumeurs cornéennes).

Les autres parties de l'œil sont atteintes de lésions caractéristiques du *glaucome secondaire* et l'excavation papillaire est souvent très profonde.

Il y a cependant des cornées déformées, avec opacité complète, ayant une si bonne perception lumineuse, qu'on a pu penser à la greffe d'une cornée transparente.

#### TRAITEMENT DES LEUCOMES ADHÉRENTS ET DES STAPHYLOMES OPAQUES.

Il y a trois indications à remplir : 1° rendre, s'il se peut, la vision au malade ; 2° prévenir les complications infectieuses ou glaucomateuses ; 3° dissimuler la difformité apparente.

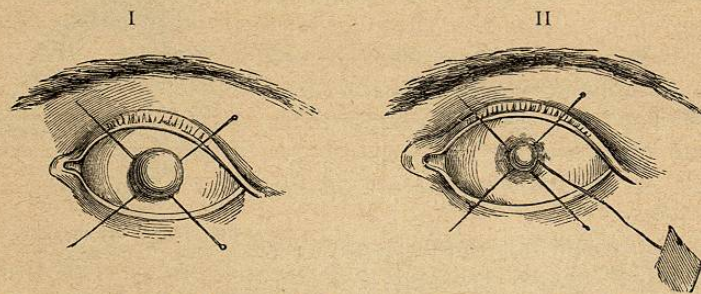
Dans les cas de *leucomes* laissant une *partie de la pupille libre*, une *iridectomie*, ou, si l'adhérence est minime, une coréclisis antérieure par le procédé [de Passavant, sont indiquées. Une *large iridectomie* est la seule opération nécessaire, si la pupille est entièrement adhérente. Si une cataracte se découvre alors, on agrandira la plaie d'un coup de ciseaux, et on extraira le cristallin opacifié.

Le *latouage* et l'opération du *strabisme* seront pratiqués quelque temps après la destruction aussi complète que possible des adhérences iriennes.



S'il y a une tendance glaucomateuse, les sclérotomies, les iridectomies, et, à leur défaut, l'irido-sclérotomie, sont utiles et auraient également une action éclaircissante des taches glaucomateuses (de Wecker). En cas de récives, les ponctions équatoriales, l'ablation du leucome et même de toute la cornée, enfin l'énucléation, peuvent se succéder. Quelquefois l'ablation d'un petit staphylome partiel avec ou sans sutures est indiquée.

Au début du *phlegmon*, des cautérisations ignées du point irido-cornéen suppuré, des paracentèses et des injections sous-conjonctivales de sublimé, nous ont permis plusieurs fois d'empêcher la



Implantation d'épingles dans le staphylome.      Ligature du staphylome.

Fig. 43.

panophtalmie. Si celle-ci est déclarée, le globe oculaire étant encore bien fermé, l'énucléation, sans suture consécutive, sera pratiquée. Si l'œil est déjà perforé, l'ablation de la cornée et l'évacuation du pus vitréen sont seules recommandables.

S'il s'agit d'un staphylome total, on a employé, depuis Nuck et Woolhouse, des ponctions sclérales répétées pour diminuer le volume de l'œil. Excellent dans quelques cas, ce procédé expose d'autres fois à l'atrophie douloureuse de l'œil.

Les anciens (Aétius, Paul d'Égine) pratiquaient la résection simple du staphylome, sa ligature sur deux aiguilles posées en croix (fig. 43), ou avec une aiguille à double fil, la cautérisation chimique ou ignée, la mise en place d'un séton à travers l'œil.

Woolhouse pratiquait l'emboîtement des staphylomes (compression par une lame de plomb), que l'on pourrait actuellement remplacer par la *tarsorrhaphie*, au début de la tendance ectatique.

Actuellement la résection simple tend à être définitivement remplacée par la résection avec sutures empêchant le corps vitré de s'échapper ou de s'infecter largement. Knapp, de Wecker dégagent préalablement la conjonctive et viennent la suturer au-devant de l'ouverture béante de la *staphylectomie*, mais la conjonctive est bien mince pour protéger cette vaste plaie.

Critchett faisait pénétrer les aiguilles en plein corps ciliaire et

porter la résection en pleine sclérotique. Ce procédé dangereux (ophtalmie sympathique) est illogique, puisque la sclérotique est un tissu fibreux qui se cicatrise lentement et que la plaie, trop grande, ne se referme qu'avec large effusion du corps vitré. Ce procédé sera abandonné, bien que quelques livres récents le recommandent intégralement. Il est infiniment plus juste de faire porter la résection à la limite cornéenne du staphylome. La cornée se cicatrise mieux que la sclérotique; on se trouve en avant de la région sympathisante et, avec des sutures cornéennes, on a une réunion *par première intention* en huit ou dix jours, ce qui est l'idéal. De plus, le moignon ne subit pas d'hypertonie consécutive. Le seul accident possible, mais rare, est une forte hémorragie intra-oculaire, mais, même dans ce cas, l'énucléation n'est pas nécessaire, et l'exentération la remplacera, surtout si l'on trouve des lésions profondes (ossifications, etc.).

M. Panas enlève ainsi le staphylome en respectant sa base d'implantation, et fait ensuite avec la pince à double mors des sutures de la partie béante.

On enlève les fils de soie du sixième au huitième jour. La coque d'émail sera appliquée le plus tôt possible. Le volume, la forme et la mobilité du moignon donnent une prothèse bien supérieure à celle de l'énucléation, et rendent même, surtout si l'on fait des résections partielles du staphylome, avec ou sans tatouage consécutif, cette prothèse négligeable, dans de rares cas. Il y a, à notre avis, intérêt à enlever *toujours* le cristallin, désormais inutile et dangereux. De plus, sa suppression délicate, par simple kystitomie, permet, en diminuant le volume total, de serrer les fils sans perte vitréenne trop forte.

Quant aux moyens destinés à rendre la vue dans ces cas, il faut reconnaître que la *trépanation* (E. Darwin, Bowman, de Wecker), le port d'une cornée de verre (Pellicier de Quengsy, Nussbaum, E. Martin), la *kératoplastie* sous toutes ses formes (Reissenger, Desmarres, Panas), ne sont pas des moyens sur lesquels on puisse compter.

#### KÉRATOCONE.

Le kératocône est un staphylome *transparent*, pellucide (Taylor, Wardrop).

**Symptômes.** — Les symptômes fonctionnels attirent d'abord l'attention du malade: il devient myope, sans pouvoir remédier exactement à son défaut visuel par des verres concaves: les objets continuent à lui apparaître diffus, quelquefois multipliés (Weiss) et déformés.

De profil, on constate que la cornée forme un cône transparent (fig. 44); de face, ou avec l'éclairage oblique, on note dans tout