

kératocone un peu ancien, un petit néphélium central, où la cornée, est tellement amincie qu'elle se déprime sous la pression d'une sonde. Mackensie, a observé la rupture traumatique du kératocone et même la guérison par cet heureux contretemps. En dehors de ces cas, l'affection augmente indéfiniment, avec des phases où la déformation s'accroît beaucoup plus vite.

La lésion est fréquemment bilatérale, à quelque temps d'intervalle.

On pratiquera d'abord la *skiascopie* qui, dans ce cas-là, reste une véritable kératoscopie et qui a été en partie l'origine de ce procédé d'examen, si l'on se reporte aux observations de Bowman. On ne

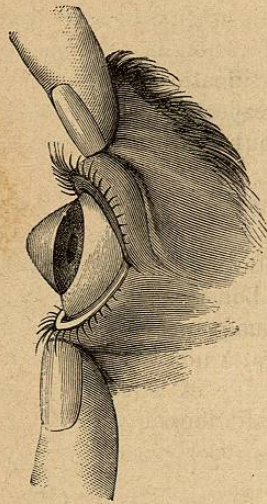


Fig. 44. — Kératocone.

confondra pas les ombres avec celles que pourrait donner le lenticone. On examinera ensuite comment l'image des *objets extérieurs* vient se peindre sur la cornée. Une flamme de bougie se rétrécit au centre de la cornée pour s'étaler et s'agrandir, *en sablier*, sur les parties périphériques. Avec le disque de Placido et celui qui est en général adapté à l'ophthalmomètre Javal et Schiötz, on obtient des images dont la signification est que, comme de Graefe l'avait dit, le kératocone ne serait pas un cône, mais une *hyperbole*.

Au point de vue thérapeutique, ces moyens aident à trouver le point où il faudra intervenir par une *iridectomie*.

Étiologie. — C'est surtout chez les jeunes sujets et les femmes avant la tren-

taine que se développe le kératocone qui peut atteindre plusieurs personnes de la même famille. On a constaté fréquemment dans cette affection, l'hérédité, des déformations crâniennes (*Spitzkopf*, von Ammon), des cataractes polaires et d'autres anomalies congénitales.

Les fatigues, la mauvaise alimentation, un état général défectueux et une constitution débile, jouent un rôle. Les affections cornéennes antérieures ne sont pour rien dans l'étiologie du vrai kératocone.

Nature de la maladie. — D'après Travers « l'affection réside dans une résorption de la substance interlamellaire, d'où amincissement et distension de la cornée » sous la pression intraoculaire. L'hypothèse d'une ulcération centrale entraînant le kératocone (Sichel) n'est nullement justifiée. Mackensie pensait à un trouble trophique, et c'est encore l'hypothèse la moins mauvaise, surtout si l'on admet, en combinant cette opinion à celle de Tweedy, qu'un arrêt de développement du centre de la cornée peut créer plus tard en cet endroit

un lieu de moindre résistance, tout comme la protubérance sclérale embryonnaire pour la myopie.

Les examens anatomiques (Hulke, Rampoldi, Treitel, Brailey) ne sont pas d'accord, les uns mentionnant ou la lésion de la membrane de Descemet, les autres la trouvant relativement saine. En plus de l'amincissement de la cornée, on constate une agglomération de cellules migratrices du côté de l'infiltration centrale.

En piquant obliquement le centre de la cornée par l'intérieur de la chambre antérieure avec une aiguille on produit (His, Panas) un kératocone *passager* chez les animaux, essentiellement différent du kératocone spontané.

Traitement. — Le traitement *optique* comprend l'application de verres *concaves*, de verres cylindro-concaves et hyperboliques, de verres coniques, de fentes sténopéiques qui ne satisfont guère les malades.

On a fait dans ces dernières années, une certaine réputation aux verres de *contact*, proposés par J. Herschell, repris par Fick, Kalt, Sulzer (1).

Les inconvénients qui résultent de l'emploi de ces verres, rapidement troublés par l'amas de larmes et de débris cellulaires derrière la coque, supplice de Tantale qui replonge périodiquement le patient dans les ennuis de son état habituel, ont empêché ces moyens de se généraliser suffisamment parmi les intéressés. Aussi le traitement *chirurgical* reste-t-il souvent la seule ressource : peut-être au début, la tarsorrhaphie, difficilement acceptée du reste, aurait-elle un rôle excellent de compression élastique permanente.

Contre la taie centrale, on a fait l'iridectomie optique, un instant remplacée par l'enclavement opératoire de l'iris (iridodésis). L'iridotomie est d'une exécution plus incertaine qu'une étroite *iridectomie* que l'on combine au *talouage*. (De Wecker.)

La *compression ouatée* (Demours, Desmarres) combinée aux myotiques (Weber, Panas) et à la paracentèse, donne quelquefois de bons résultats (2) et doit d'abord être essayée.

Les *ablations de lambeaux cornéens* (Bader) sont plus dangereuses que le curettage central, ou plutôt *paracentral*, uni à la *cautérisation au nitrate* (de Graefe, Meyer), ou surtout que la *cautérisation ignée, opération de choix*. Ces opérations sont ordinairement suivies de l'iridectomie.

L'*extraction du cristallin transparent* a été employée (Adams) à la suite d'un beau résultat d'extraction de cataracte chez une malade atteinte de kératocone et constitue, comme pour le lenticone peut-être, une méthode sur laquelle il y aurait lieu de revenir.

(1) SULZER, *Soc. franç. d'opht.*, 1894.

(2) PANAS, *Arch. d'opht.*, 1885.

KÉRATOGLOBE.

Au lieu de prendre une forme essentiellement conique, la cornée peut se distendre régulièrement (kératoglobe) (fig. 45).

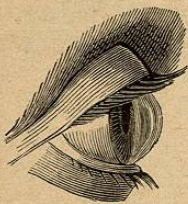


Fig. 45. — Kératoglobe.

Dans le plus grand nombre des cas, l'agrandissement globuleux de la cornée fait partie de la distension glaucomateuse générale de l'œil infantile, connue sous le nom de buphtalmie. (Voy. *Glaucome*.)

Dans des cas exceptionnels et même chez des adultes, la cornée prend cependant la forme globuleuse, sans complication de phénomènes glaucomateux. (Terson père.)

TUMEURS.

Dans l'immense majorité des cas, la cornée n'est envahie que secondairement par des néoplasmes venus du limbe (épithéliomas), ou du reste de la conjonctive (sarcomes).

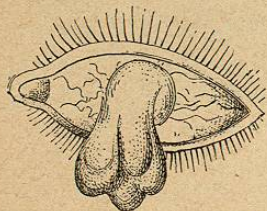


Fig. 46. — Myxome de la cornée (Mitvalsky).

On a cependant décrit des tumeurs cornéennes primitives, carcinomes (Stellwag, Galezowski), sarcomes (Rumschewitch, J. Panas). Les fibromes (Silex, Benson, Falchi) et les fibro-myxomes (Simon, Mitvalsky) paraissent se développer à peu près toujours sur des cornées atteintes

d'anciennes cicatrices et acquièrent un volume assez considérable (fig. 46).

On ne négligera jamais de pratiquer l'examen histologique et bactériologique de ces tumeurs primitives de la cornée, pour éviter de les confondre avec la *tuberculose* ou la *lèpre*.

V

MALADIES DE LA SCLÉROTIQUE

La sclérotique est atteinte de lésions *primatives* et de lésions *secondaires*. Ces dernières sont des lésions concomitantes, telles que les perforations par des tumeurs, des infections intra-oculaires et exceptionnellement extra-oculaires, comme les gommes épisclérales. Quant aux inflammations sclérales unies à certaines choroïdites antérieures, postérieures (*scléro-choroïdites*), elles doivent être placées ici, et non aux choroïdites, car l'inflammation sclérale y revêt des caractères cliniques et anatomo-pathologiques absolument particuliers, et le rôle de la choroïde est secondaire. Les lésions primitives de la sclérotique sont peu nombreuses, à cause de la structure fibreuse et de la vascularité restreinte de cette membrane.

Les traumatismes, très importants, seront décrits avec les traumatismes du globe. Les sclérites par propagation d'infection opératoire (strabisme, extraction de cataracte) ont la même pathogénie.

Nous examinerons successivement l'*épisclérite*, les *sclérites*, les *lésions syphilitiques*, *tuberculeuses* et *lépreuses de la sclérotique*.

Épisclérite. — Le bouton d'épisclérite a pour caractères essentiels d'être souvent unique, rarement multiple et bilatéral, de couleur rouge jaunâtre, assez rapproché de la cornée, en général placé sur les parties sclérales que les paupières découvrent constamment. La base large et adhérente, l'absence de sécrétion conjonctivale, quelquefois une légère opacité cornéenne correspondante, tels sont les principaux symptômes de la maladie. Il est bien rare que les douleurs soient très intenses. L'évolution est chronique : le bouton s'affaisse peu à peu et disparaît ordinairement sans trace, ou en laissant une petite tache grisâtre, sans staphylome. D'autres fois, des récidives se produisent de place en place et peuvent successivement faire le tour de la cornée. Il est extrêmement rare (épisclérite gommeuse) que la petite saillie épisclérale s'ulcère : au contraire, elle reste presque toujours indolore, n'entraînant que peu ou pas de rougeur du reste de la conjonctive. Dans des cas assez différents de l'épisclérite vraie, et qui rentrent dans la scléro-choroïdite antérieure, la sclérotique se prend sur une large étendue, avec apparition de plusieurs boutons, et l'iris et la choroïde participent d'une façon avérée à l'inflammation. Les complications glaucomateuses sont absolument exceptionnelles dans l'épisclérite, qui, presque toujours, laisse la vision dans un état satisfaisant. Il faut souvent des mois pour que l'épisclérite, abandonnée à elle-même, s'éteigne complètement.