

profondes, et qui troublent la vision d'une manière variable. La division de ces opacités, que l'on désigne encore sous le nom de *taies*, en *néphé- lion* ou *nuage*, *albugo* et *leucome*, n'offre rien de pratique à l'esprit, et par cela même ne mérite pas, suivant nous, d'être conservée. Mieux vaut, à notre avis, étudier ces lésions à un autre point de vue, et décrire des opacités *épithéliales*, *parenchymateuses*, *cicatricielles*.

a. Les *opacités épithéliales*, nécessairement superficielles, sont formées par l'épithélium épaissi, dont les couches sont devenues irrégulières. L'opacité est due, dans ces cas, à la présence de corpuscules graisseux, ou même à un tissu de nouvelle formation qui s'interpose entre l'épithélium et les lames les plus superficielles de la cornée; l'opacité quelquefois est saillante à la surface de la cornée. Cette forme de taches succède le plus souvent au pannus partiel, et aux kératites chroniques produites par le frottement des cils, dans le trichiasis, ou par l'exposition de la cornée à l'air atmosphérique, dans l'ectropion.

b. Les *opacités parenchymateuses* sont le résultat d'une kératite profonde; elles sont produites par un gonflement considérable des cellules cornéennes, auquel se joint, d'après quelques auteurs, une transformation graisseuse du tissu interlamellaire. Leur étendue et leur épaisseur sont très-variables; elles ont les dimensions d'une petite perle, d'une grosse tête d'épingle, et sont d'un blanc jaunâtre ou nacré complètement opaque; d'autres fois elles sont plus larges, d'un gris bleuâtre, demi-transparentes; enfin elles peuvent occuper la totalité de la cornée, et offrent une coloration d'un blanc bleuâtre ou un aspect tendineux (*leucome total*).

2. Les *cicatrices de la cornée* succèdent à une perte de substance du tissu cornéen; elles varient beaucoup sous le rapport de l'épaisseur, de l'étendue et de la couleur. Tantôt minces, tantôt épaisses, elles représentent quelquefois un repli plus ou moins élevé et vascularisé, comme on le voit dans les cas de ptérygion empiétant sur la cornée. Ces cicatrices sont généralement entourées d'opacités plus ou moins profondément situées dans l'épaisseur de la cornée, d'une couleur toujours plus terne et moins brillante que la cicatrice elle-même.

Les cicatrices de la cornée compliquées d'adhérence de l'iris (*synéchie antérieure*) comprennent toute l'épaisseur de la cornée; on y voit souvent des cellules de pigment. On trouve quelquefois dans ces cicatrices des incrustations de sels calcaires, des cellules graisseuses ou des cristaux de cholestérine; on y a même signalé de petites lamelles osseuses.

Enfin, certaines opacités de la cornée sont dues à des *incrustations métalliques*; tels sont les dépôts de plomb ou d'argent qui se produisent dans des cas d'ulcérations de la cornée, traitées par des collyres contenant des sels de plomb ou d'argent. Plus ou moins superficielles et opaques, ces taches, qui sont indélébiles, amènent un trouble variable dans l'exercice de la vision.

Au point de vue du siège qu'elles occupent, il y a une distinction

extrêmement importante à faire entre les opacités centrales et périphériques. Les taches centrales de la cornée peuvent bien, dans quelques cas, être très-opaques, mais en même temps peu étendues; le malade alors en fait pour ainsi dire abstraction, et sa vision n'en est pas sensiblement troublée. Il n'en est plus de même lorsque, tout en étant moins opaques, ces taches occupent une certaine étendue; elles empêchent alors la vision directe, et l'œil se dévie pour laisser arriver les rayons lumineux sur la rétine. Ce genre de strabisme peut survenir aussi bien dans les cas où un seul œil présente une tache cornéenne, que dans les cas où les deux yeux offrent de ces opacités de la cornée. Quant aux opacités périphériques, situées vis-à-vis du limbe de l'iris, on comprend aisément qu'elles n'apportent aucun trouble à l'exercice de la vision.

Les troubles visuels qui résultent de la présence de certaines taches demi-transparentes de la cornée proviennent de la diffusion que la lumière éprouve en les traversant. Les petites opacités centrales ont encore souvent pour effet de déterminer la myopie chez de jeunes sujets, qui, pour avoir des images rétinienne relativement grandes et nettes, sont obligés de rapprocher les objets de leurs yeux et de faire ainsi des efforts constants d'accommodation. Un autre résultat de la présence de ces petites taches demi-transparentes de la cornée, c'est une fatigue rapide des yeux dans le travail sur de petits objets, alors même que la tache n'existe que sur un seul œil.

Quand il s'est produit des opacités étendues de la cornée dès la première enfance (*ophthalmie des nouveau-nés*), il n'est pas rare de voir persister un trouble variable dans la motilité des yeux (*nystagmus*.)

Le pronostic des taies de la cornée dépend non-seulement de l'épaisseur plus ou moins considérable qu'elles présentent, et de leur position plus ou moins superficielle, mais encore et surtout de leur ancienneté et de l'âge du malade. Il n'est pas rare, en effet, de voir, surtout chez de jeunes enfants, des taches qui succèdent à une inflammation de la cornée se dissiper promptement d'elles-mêmes; c'est ce qui arrive souvent aussi pour les dépôts plastiques qui viennent réparer une perte de substance superficielle de la cornée. Ces différentes sortes d'opacités, qui pourraient être qualifiées du nom d'*opacités temporaires*, sont susceptibles de guérison. Elles sont au contraire définitives et incurables quand elles siègent profondément dans les lames de la cornée, qu'elles sont constituées par du tissu cicatriciel, ou quand, bien que superficielles, elles sont dues à un dépôt exagéré de lamelles épithéliales infiltrées d'éléments divers.

Les cicatrices de la cornée avec synéchie antérieure, ne sont pas toujours incurables; il peut arriver, en effet, que l'adhérence de l'iris venant à cesser, la tache cornéenne diminue progressivement; ce fait rentre dans la catégorie des opacités temporaires. Nous dirons la même chose de certaines opacités centrales de la cornée, parfois très-étendues, qui coïncident avec une cataracte capsulaire centrale, et résultent d'une ulcération perforante de la cornée survenue dans le jeune âge, à la suite d'une oph-

thalmie purulente. La perte de substance s'est réparée au moyen d'un dépôt de lymphes plastique qui a d'abord établi une adhérence entre la cornée et la cristalloïde antérieure: mais ce dépôt n'a été que temporaire, l'exsudat s'est résorbé progressivement, l'adhérence s'est rompue, enfin la cornée a repris sa transparence, et il ne reste plus, comme résultat définitif, qu'une petite cataracte capsulaire centrale.

Le TRAITEMENT des taies de la cornée doit avoir d'abord pour but de déterminer un léger degré d'inflammation artificielle dont l'effet est d'activer les fonctions nutritives de la cornée, et par suite la résorption des produits de nouvelle formation qui constituent l'opacité. Aussi est-ce généralement à des moyens irritants locaux que l'on a recours: les insufflations de poudres de calomel et de sulfate de soude, les pommades au précipité rouge, les collyres avec le laudanum, l'iodure de potassium, etc., sont particulièrement usités. On commencera par les moyens les plus doux; ainsi les collyres irritent moins que les pommades, et celles-ci agissent moins que les substances pulvérisées en nature. L'irritation que l'on cherche à provoquer doit toujours être modérée; s'il survenait une inflammation intense, on suspendrait le traitement, on aurait recours aux compresses d'eau chaude, et l'on reviendrait ensuite à l'usage des collyres doux.

Les instillations d'atropine sont utiles par ce fait qu'elles diminuent la tension de la cornée et facilitent ainsi l'absorption dans une certaine mesure; cependant elles sont sans effet sur les leucomes invétérés.

L'acupuncture et le galvanisme, appliqués au traitement des opacités cornéennes, n'ont pas donné de bons résultats.

Nous pourrions en dire à peu près autant de l'abrasion de la cornée. Cette opération, vantée surtout par Malgaigne, n'est applicable qu'aux opacités superficielles avec incrustations métalliques; mais elle donne parfois lieu à des phénomènes de réaction très-intense, et l'on a vu à sa suite l'opacité se reproduire.

Quand tous les moyens ont échoué, on peut faire porter aux malades les lunettes sténopéiques de Donders, qui ne laissent arriver sur la rétine que les rayons les plus voisins de l'axe optique; le champ visuel en est considérablement rétréci, mais l'image gagne beaucoup de netteté.

Dans les cas graves où les deux yeux sont profondément atteints, à plus forte raison s'il n'existe plus qu'un œil dont la cornée porte une tache centrale étendue, enfin s'il y a occlusion de la pupille, on devra, suivant le cas, pratiquer le déplacement de la pupille, de façon à la transporter vis-à-vis d'une partie de la cornée demeurée transparente, ou faire l'iridectomie, si l'iris se trouve enclavé par tout son bord pupillaire dans la cicatrice cornéenne. Cette opération, dans ce cas, est d'autant plus indiquée, que c'est le meilleur moyen de supprimer l'irritation des nerfs ciliaires, qui peut à un moment donné provoquer l'éruption d'une poussée de glaucome. En outre, l'iridectomie a été pratiquée dans ces derniers temps par Panas, comme opération curative des opacités de la cornée, et

quatre observations rapportées dans la thèse de Pauchon (1), semblent plaider en faveur de la méthode.

#### 5° Staphylômes de la cornée.

On désigne sous ce nom les altérations de courbure de la cornée qui succèdent généralement à des inflammations de cette membrane et résultent, dans tous les cas, d'un excès de pression intra-oculaire par rapport à la résistance amoindrie des lames cornéennes. Ces altérations de courbure peuvent survenir sans que la cornée ait perdu sa transparence: c'est le *staphylôme pellucide*, ou bien la cornée ectasiée est en même temps opaque, c'est le *staphylôme opaque*.

On consultera pour l'étude du staphylôme les travaux suivants:

SICHEL, *Mémoire sur le staphylôme de la cornée* (*Bulletin de thérapeutique*, 1842, t. XXIII, p. 484). — Du même, *Considérations sur le staphylôme de la cornée* (*Annales d'oculistique*, 1847, t. XVIII, et 1848, t. XIX). — PICKFORD, *On the conical cornea*, Dublin, 1844. — SZOKALSKI, *Recherches anatomiques sur le staphylôme* (*Ann. d'oculistique*, 1847, t. XVIII). — BOWMAN, *De la cornée conique et de son traitement* (*Ann. d'oculistique*, 1860, t. XLIV, p. 217). — A. DE GRAEFE, *Du kératocône* (*Ann. d'oculistique*, t. LX, p. 431).

1° *Staphylôme pellucide*. — Le staphylôme pellucide est tantôt partiel, (*cornée conique*), tantôt général (*cornée globuleuse*).

a. La *cornée conique* est facile à reconnaître à cause de sa forme en cône dont la pointe est émoussée et réfléchit fortement la lumière. C'est presque toujours au centre de la cornée qu'a lieu cette déformation, quelquefois cependant elle siège à la périphérie. Le cône cornéen est transparent dans sa totalité, à l'exception du sommet, qui présente généralement une petite opacité rendue très-évidente par l'éclairage latéral; il offre moins d'épaisseur que la cornée normale.

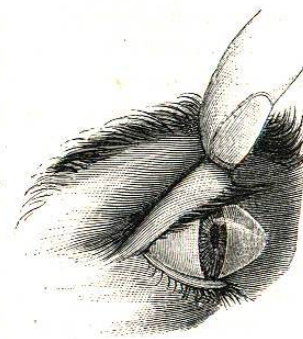


FIG. 55. — Staphylôme pellucide (cornée conique).

La conicité de la cornée détermine des troubles de la vision qui se manifestent par une myopie excessive, résultant de la force de réfraction énorme du cône cornéen et de l'allongement du diamètre antéro-postérieur de l'œil; le malade voit les objets souvent doubles, triples, etc.; dans certains cas même, la vision devient impossible.

Cette affection, qui marche quelquefois très-rapidement, reste le plus ordinairement stationnaire quand elle a atteint un certain développement;

(1) *De l'iridectomie curative dans les opacités de la cornée*. Paris, 1872.

cependant il n'est pas rare de la voir, au bout de plusieurs années, prendre des proportions considérables.

Les causes de cette maladie ne sont pas encore bien connues; pendant longtemps, on l'a rapportée à une inflammation antérieure de la cornée qui amènerait un ramollissement de cette membrane; aujourd'hui on fait jouer le principal rôle à l'augmentation de la pression intra-oculaire qui projette la cornée en avant. Ce qui semble le prouver, c'est qu'il est assez fréquent de voir la conicité de la cornée coïncider avec un certain degré de glaucome, et chez les enfants, avec de l'hydrophthalmie. D'ailleurs, on peut reproduire expérimentalement le *keratoconus*, en lésant avec une aiguille à cataracte les parties centrales postérieures de la cornée (His et Wecker). Dans ce cas, l'affaiblissement de résistance du tissu cornéen joue le même rôle que l'exagération de tension de l'humeur aqueuse.

Le traitement médical n'est pas applicable à cette déformation cornéenne qui ne s'accompagne d'aucune inflammation. Le traitement chirurgical a au contraire une indication capitale à remplir, c'est de diminuer la pression intra-oculaire soit par des ponctions répétées de la cornée, soit par l'iridectomie. On se trouve mieux encore de transformer la pupille, au moyen de l'iridésis, en une fente étroite verticale ou horizontale. Les lunettes sténopéiques de Donders, qui agissent dans le même sens que cette opération, sont d'un usage avantageux dans les cas où l'on ne peut pas opérer.

b. La déformation que l'on désigne sous le nom de *cornée globuleuse* consiste dans une distension totale de la cornée, qui est projetée en avant sous forme d'une demi-sphère polie et transparente; rarement on y voit des opacités. Dans certains cas, il y a une telle distension de toute la portion antérieure du globe, que les paupières ne peuvent plus se fermer; cet état porte le nom de *buphthalmus*. L'iris et la choroïde participent généralement alors à la maladie; la chambre antérieure est énormément dilatée, d'où le nom que l'on donnait jadis à cette affection, *hydropisie de la chambre antérieure*.

On comprend aisément par cette courte description que la vue est à peu près nulle, en raison des profonds désordres qui accompagnent la déformation globuleuse de la cornée.

La cornée globuleuse peut survenir à la suite d'une kératite vasculaire généralisée, liée à une augmentation de pression intra-oculaire; elle peut également se produire dans certaines affections profondes du globe, dans lesquelles la pression intra-oculaire augmente, en même temps que la cornée et la sclérotique diminuent de résistance.

La thérapeutique est impuissante contre cette affection; au début, on doit essayer de diminuer la pression intra-oculaire par des ponctions de la cornée et surtout par l'iridectomie, et de soutenir la cornée par le bandeau compressif. Quand la maladie est ancienne, l'intervention chirurgicale, sans être absolument contre-indiquée, n'offre que peu de chan-

ces de succès. Enfin, si la déformation est telle que l'occlusion des paupières est devenue impossible, on devra pratiquer l'extirpation de toute la saillie cornéenne, d'après la méthode que nous allons exposer à propos du staphylôme opaque.

2° Sous le nom de *staphylôme opaque ou cicatriciel*, on désigne une altération de courbure de la cornée qui est transformée en tissu fibreux après avoir contracté des adhérences avec l'iris. Quand la maladie a envahi la totalité de la cornée, c'est un *staphylôme total* ou *sphérique*; il est dit *partiel* quand l'affection est limitée à une partie de la cornée.

Le *staphylôme partiel* se présente sous forme d'une petite tumeur arrondie ou pyramidale, opaque, faisant une saillie plus ou moins considérable au-dessus des parties environnantes de la cornée; tantôt elle est étranglée par une sorte de collet; tantôt, au contraire, elle est mal délimitée et se perd insensiblement dans les parties voisines de la cornée. Le staphylôme partiel peut être central ou périphérique; on le trouve fréquemment dans le segment inférieur de la cornée. L'iris est adhérent à la cicatrice cornéenne, et la pupille est déformée par ce fait même; mais elle est généralement encore mobile; ses altérations varient du reste beaucoup, suivant le siège du staphylôme. Lorsqu'il est central, la pupille est ordinairement oblitérée de façon à produire la cécité; dans les staphylômes périphériques, la vue n'est pas abolie, elle est seulement gênée à un degré variable par la déformation de la pupille et l'opacité plus ou moins étendue de la cornée.

Le *staphylôme opaque total* est d'un volume variable, il peut atteindre quelquefois les dimensions d'une noix; sa forme est tantôt hémisphérique, et alors il offre un rétrécissement circulaire à sa base, tantôt irrégulière, mamelonnée. certains points s'étant laissés distendre plus facilement que d'autres. Sa couleur varie beaucoup; quelquefois blanche ou gris-jaunâtre, elle offre parfois une teinte bleuâtre, rarement uniforme, et présente çà et là des taches plus foncées dues à des dépôts de pigment uvéen; dans certains cas, la tumeur est couverte de vaisseaux de formation nouvelle. La vision est complètement abolie.

Le staphylôme opaque total de la cornée succède presque toujours à une perte de substance considérable de cette membrane, dans laquelle l'iris repoussé en avant est venu oblitérer la perforation, et a été recouvert d'un exsudat plastique qui, petit à petit, s'est transformé en cicatrice. Sous l'influence des tiraillements et des irritations continuelles des nerfs ciliaires, dus à l'enclavement de l'iris, l'humeur aqueuse s'est accumulée dans la chambre antérieure, et le tissu cicatriciel, insuffisant pour résister à la pression oculaire, s'est laissé passivement distendre. Il n'est



FIG. 56. — Staphylôme opaque total.

pas nécessaire que la perforation ait été d'emblée considérable, et un staphylôme partiel peut se transformer en staphylôme total.

La cavité du staphylôme est généralement remplie par l'humeur aqueuse; on y trouve parfois des dépôts graisseux ou caséiformes, des dépôts de pigment, des cristaux de cholestérine, etc. Le corps vitré est quelquefois ratatiné, opaque; dans certains cas il est intact. Le cristallin manque parfois, soit qu'il ait été résorbé à la suite de l'ouverture de sa capsule, soit qu'il se soit échappé à l'extérieur, à travers la perforation de la cornée.

Il n'est pas toujours facile de retrouver, dans les enveloppes qui constituent le staphylôme opaque, la trace des membranes primitives de l'œil. L'étude des parties altérées et soudées par la maladie a été l'objet d'interprétations variables, dont l'exposé présente un intérêt plus scientifique que pratique. Ainsi, lorsque l'on dissèque un staphylôme, on trouve intimement liées l'une à l'autre, deux couches, l'une antérieure, fibreuse et souvent vasculaire, l'autre postérieure, d'un gris noirâtre, dans laquelle il n'est pas difficile de reconnaître la trace de l'iris et des tractus uvéaux. L'interprétation de la lame antérieure est sujette à plus de controverses. Tandis que la plupart des oculistes y voyaient le résultat de modifications inflammatoires survenues dans le tissu propre de la cornée, Wharton Jones, et après lui Bowmann et Roser, ont prétendu que la cornée a complètement disparu et qu'il n'en reste pas de vestige. La vérité est entre ces opinions exclusives, et les recherches microscopiques ont montré qu'on retrouvait, modifiés et transformés, le tissu de l'iris, celui de la cornée, et du tissu cicatriciel.

Le staphylôme opaque se développe d'abord assez rapidement, puis il est ordinaire de le voir s'arrêter et rester stationnaire pendant un temps assez long, pour reprendre ensuite un nouveau développement sous l'influence de poussées inflammatoires successives, qui se produisent du côté de la choroïde tirillée par l'iris.

TRAITEMENT. — Lorsque le staphylôme est partiel et récent, on peut espérer enrayer ses progrès ou même le guérir complètement. Nous ne parlerons pas des différents topiques appliqués sur la cornée, non plus que de la cautérisation locale de l'iris hernié avec le crayon de nitrate d'argent. Ces moyens, qui activent la production d'adhérences anormales de l'iris avec la cornée, n'ont aucune action sur le staphylôme, et sont même souvent nuisibles. La seule indication rationnelle, avant que des adhérences vicieuses se soient établies, c'est de diminuer la pression intra-oculaire, et pour cela de pratiquer la paracentèse de la chambre antérieure. Lorsqu'il n'y a qu'une menace de staphylôme, cette petite opération, jointe à l'application méthodique du bandeau compressif, suffit à conjurer le danger et peut sauver l'œil. Mais le plus ordinairement, du moment que le staphylôme est produit, il y a indication de diminuer la pression intra-oculaire, et il ne faut pas hésiter à faire l'iridectomie.

Lorsque le staphylôme est très-étendu et invétéré, ces moyens ne suffisent plus; le mal dans sa marche progressive peut atteindre des proportions considérables et envahir la sclérotique. Il faut alors débarrasser le malade de cette tumeur, qui devient souvent l'origine de douleurs névralgiques intolérables.

L'ablation totale ou partielle de l'œil est une opération dont le manuel a été beaucoup perfectionné dans ces dernières années.

On la pratiquait autrefois au moyen d'un couteau à cataracte, en sectionnant transversalement toutes les parties sous-jacentes au staphylôme; puis on appliquait le bandeau compressif après avoir évacué le cristallin. Ce mode opératoire est très-défectueux. En effet, dès que le couteau a pénétré dans la chambre antérieure, il se fait une irruption de tout le contenu du globe de l'œil, qui se vide instantanément sous l'influence de la pression musculaire. La perte de substance est énorme, la cicatrisation longue et difficile, et il n'est pas rare de voir des accidents de suppuration survenir.

Critchett a introduit un grand perfectionnement dans l'opération de l'amputation partielle de l'œil. Voici comment on doit procéder: après avoir endormi le malade, on lui maintient la tête un peu basse; puis, les paupières étant tenues écartées à l'aide d'un dilateur, de façon à bien découvrir toute la partie antérieure du globe de l'œil, on traverse la sclérotique avec de longues aiguilles courbes qui portent à leur extrémité un fil de soie; quatre ou cinq de ces aiguilles suffisent; on les laisse ainsi en place, de sorte qu'elles maintiennent toute la portion postérieure du globe de l'œil. Alors, au moyen du couteau à cataracte au mieux de ciseaux courbes, on excise toute la partie ectasiée, en ayant soin de ne rien laisser du tissu cornéen ni du cristallin. Grâce à la position horizontale du malade, il s'écoule peu d'humeur vitrée, et la suture se fait très-facilement. Les suites de l'opération sont en général très-simples. Il n'y a pas de suppuration; sous le bandeau compressif, la plaie se cicatrise très-rapidement, et dix ou quinze jours après l'amputation, la réunion est complète. Ce procédé a de plus l'avantage de laisser un moignon volumineux, large et mobile, sur lequel peut s'adapter par faitement un œil de verre. Même au point de vue de la difformité, cette opération est préférable à la non-intervention chirurgicale.

Le procédé de Critchett présente un léger inconvénient: la suture, en effet, laisse aux angles du moignon deux saillies souvent assez prononcées, qui peuvent gêner les mouvements des paupières. Aussi Knapp a-t-il proposé de recouvrir le moignon avec la conjonctive préalablement disséquée avant l'excision du segment antérieur de l'œil. C'est un temps de plus ajouté à l'opération, mais qui ne constitue pas une difficulté sérieuse.

Il est certains cas rebelles où, même après l'amputation partielle de l'œil, les résultats ne sont pas satisfaisants. On voit persister les phénomènes douloureux, et se manifester de plus en plus la tendance à l'hydrophtalmie. En outre, il n'est pas rare de voir survenir, du côté de l'œil

sain, des phénomènes d'ophtalmie sympathique qui, au point de vue du pronostic, sont de la plus haute gravité. Dans ces cas, il ne faut pas hésiter un seul instant à énucléer complètement le globe de l'œil.

Cette opération est également indiquée, même lorsqu'il n'existe pas d'ophtalmie sympathique, quand le staphylôme est tellement étendu qu'il comprend la plus grande partie de la sclérotique. Il est évident que, dans ce cas, l'amputation partielle du globe oculaire serait insuffisante.

#### 6° Tumeurs de la cornée.

Les tumeurs primitivement développées dans la cornée sont excessivement rares. Un seul cas de cancer primitif de cette membrane est indiqué par Stellweg cité par Wecker, et encore ce fait est-il douteux. Cependant, nous trouvons mentionnés deux faits, l'un de Magni, relatif à un sarcome, l'autre de Irokeski, relatif à un papillome, dans lesquels le point de départ a paru être le tissu de la cornée.

Dans la grande majorité des cas, la maladie débute par la conjonctive, la sclérotique ou les membranes internes, d'où elle s'étend à la cornée; nous renvoyons donc le lecteur à la description des tumeurs de la conjonctive, nous bornant à énumérer ici les productions que l'on observe le plus souvent sur la cornée.

Parmi les tumeurs congénitales, ce sont les *dermoïdes* qui sont les plus fréquentes; on les trouve toujours simultanément sur la conjonctive ou la sclérotique d'une part et sur la cornée de l'autre. Il en est de même des tumeurs acquises, graisseuses, fibro-plastiques, des kystes et des épithéliomas (cancroïdes de la cornée); elles siègent constamment à la périphérie de la cornée, et semblent avoir pris naissance dans la conjonctive.

#### 7° Gérontoxon.

On décrit, sous le nom de *gérontoxon*, une opacification de la périphérie de la cornée, qui survient à un âge plus ou moins avancé de la vie. Elle représente d'abord un arc blanc-grisâtre, occupant tantôt la partie supérieure, tantôt le demi-cercle inférieur de la cornée (*arc sénile*), mais, avec le temps, elle arrive progressivement à former un cercle complet. Cette opacification est due à une altération graisseuse des cellules cornéennes, et non pas à une maladie inflammatoire de la cornée. Dans certains cas, très-rares d'ailleurs, on a signalé une transformation semblable, siégeant tout à la fois dans le limbe cornéen et dans la portion correspondante de la sclérotique.

Quoi qu'il en soit, le gérontoxon n'est jamais développé au point de gêner la vision; nous ajouterons même que cette dégénérescence graisseuse de la périphérie de la cornée ne constitue nullement un obstacle à la cicatrisation des plaies que le chirurgien peut avoir à pratiquer sur

cette partie de la cornée, ainsi que le prouvent les faits très-nombreux de guérison à la suite d'opération de la cataracte par l'extraction à lambeau cornéen pratiquée chez des sujets qui présentaient un gérontoxon très-développé.

Relativement à l'étiologie, on ignore dans quelles conditions et sous quelle influence se développe cette dégénérescence graisseuse périphérique de la cornée, qui semblerait liée, dans un certain nombre de cas, avec la dégénérescence des artères.

Il est assez remarquable que la cataracte, que l'on a également attribuée à un défaut de nutrition consécutif à des altérations vasculaires, se rencontre très-rarement en même temps que l'arc sénile.

### § III. — Lésions vitales et organiques de la sclérotique.

#### 1° Inflammations (épisclérite et sclérite).

a. *Épisclérite*. — La mince lamelle de tissu cellulaire qui s'étend entre la sclérotique bulbaire et le globe oculaire, s'enflamme quelquefois; et l'on dit alors qu'il y a *episcleritis*, ou encore *épisclérite*.

ÉTIOLOGIE. — L'épisclérite survient fréquemment sans qu'on puisse en déterminer la cause. Parfois on la voit succéder à l'impression du froid. Mais l'influence étiologique la plus fréquente et la plus incontestable est l'existence de la diathèse rhumatismale; c'est le plus souvent, en effet, chez des individus ayant eu déjà une ou plusieurs attaques de douleurs articulaires ou musculaires, qu'on voit apparaître cette affection.

SYMPTOMATOLOGIE. — On constate l'existence d'un gonflement, d'un boursoufflement bouton-neux, sur un point de la surface du bulbe voisin de la cornée; la partie centrale de ce gonflement circonscrit est d'un gris blanchâtre ou jaunâtre, manifestement formée par un boursoufflement inflammatoire du tissu épiscléral. Les tissus voisins sont le siège d'une injection très-vive, et cette injection donne à la partie malade une teinte tout à fait caractéristique et pour ainsi dire pathognomonique; c'est une coloration rouge lie de vin, très-foncée. Autour de cette tache vineuse l'injection s'affaiblit de plus en plus, et l'on peut apercevoir la sclérotique à travers les mailles formées par le réseau des vaisseaux épiscléraux injectés.

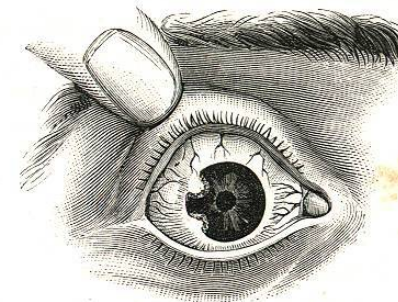


FIG. 57. — Sclérite et opacités consécutives de la cornée.