

C'est une affection grave par sa signification générale, sa durée et la persistance possible de leucomes centraux.

Le traitement général et local doit être persévérant.

Les mercuriaux ne sont pas très indiqués dans la kératite interstitielle et l'inefficacité du traitement spécifique est un argument à l'appui de ceux qui refusent à cette affection un caractère proprement dit de spécificité. Les injections sous-conjonctivales de sublimé ont fourni quelques résultats, mais plutôt comme topiques substitutifs. On donnera, au point de vue général, la préférence aux iodures. On usera des divers reconstituants habituels, arsenic, phosphates, hydrothérapie, etc. Localement, les compresses chaudes, les douches de vapeur, la cocaïne, l'atropine contre l'iritis; le massage avec la lanoline hydrargyrique, dans le cours de la maladie, les courants continus, à la période de régression, accélèrent ou complètent la guérison. Les paracentèses sont rarement nécessaires.

Des verres fumés sont toujours utiles contre la photophobie; les teintes claires sont préférables aux teintes foncées.

XV. — Leucomes.

§ 340. — Les leucomes — λευκος, blanc — ou taies de la cornée sont des opacités blanchâtres consécutives aux traumatismes, aux inflammations ou aux dystrophies kératiques. Leurs caractères sont très différents, suivant leur épaisseur, leur étendue, leur siège, leurs complications. Ils se modifient et, d'une manière générale, s'atténuent quelque peu avec le temps, surtout chez les jeunes sujets à nutrition active. On appelle *néphéliions* les opacités très légères, *albugos* les opacités un peu plus marquées, et *leucomes* (proprement dit) les opacités épaisses. Ces expressions, toutefois, n'ont pas, dans le langage, de valeur uniforme, et il vaut mieux ne conserver que le terme de leucome, que l'on qualifie alors de superficiel, profond, circonscrit, diffus, périphérique, central, simple, adhérent, etc.

Nous diviserons les leucomes en traumatiques, inflammatoires et dystrophiques,

Leucomes traumatiques. — On les observe à la suite de contusions et surtout de plaies accidentelles ou opératoires.

Les *contusions* de la cornée ne s'accompagnent de leucomes permanents qu'après les ulcérations immédiates ou consécutives profondes. Les lésions épithéliales produisent seulement des leucomes temporaires.

Les *plaies accidentelles*, dès qu'elles touchent aux lames de la cornée, produisent des leucomes. Leur forme, leur étendue, leur profondeur varient avec celles de la blessure. Les ruptures cornéennes donnent naissance à des taies irrégulières et diffuses. Si la plaie est pénétrante, l'iris fait hernie, s'enclave, et il se produit un leucome adhérent.

L'aspect de la cicatrice permet parfois ultérieurement de conjecturer la portée ou l'étendue de la blessure cornéenne.

Les *plaies opératoires aseptiques* et régulières laissent peu de traces. Après les ponctions, les paracentèses, l'extraction linéaire ou à grands lambeaux, les cicatrices leucomateuses sont généralement minimales.

S'il se produit de l'*infection*, les leucomes sont beaucoup plus apparents; leur étendue est alors en rapport avec celle de la plaie et de l'infiltration destructive.

Peu après l'opération de la cataracte, on observe une sorte de striation (kératite striée) qui, de la plaie, se dirige vers le centre de la cornée; mais elle disparaît en quelques jours.

Les *lésions chimiques* avec les acides (vitriol), la chaux, entraînent des leucomes diffus, généralement profonds et d'un blanc crayeux.

Les *brûlures* sont moins fâcheuses, mais, si elles sont assez profondes, produisent des taies irrégulières.

Les *corps étrangers* laissent parfois des dépôts brunâtres (fer) ou blanchâtres (pierre, marbre, etc.) indélébiles.

Leucomes inflammatoires. — Ils sont la suite de diverses kératites suppuratives ulcéreuses ou parenchymateuses que nous avons étudiées. Les leucomes consécutifs aux

abcès ou aux *ulcères* à hypopion sont d'ordinaire très épais et centraux; ils peuvent occuper toute la cornée et enclavent une grande partie de l'iris. Le leucome paraît alors irrégulier et comme parsemé de points pigmentaires.

La *kératite lymphatique* produit des leucomes diffus et souvent multiples, plus ou moins épais; ceux-ci s'éclaircissent ultérieurement, mais, en dehors des formes très superficielles, restent toujours visibles à l'éclairage oblique.

Le *pannus* laisse de fins leucomes ou une vaste opacité diffuse; il en est de même du *ptérygion*, après guérison.

Dans la *kératite interstitielle*, les leucomes sont amincis et centraux. C'est l'inverse dans les *kératites neuro-paralytiques*, dans le *lagophthalmos* et dans la *sclérite paracornéenne*.

Les ulcères superficiels herpétiques, bulleux, etc., ne déterminent que de légers leucomes temporaires.

Leucomes dystrophiques. — Ils se produisent sans inflammation manifeste presque insidieusement, par vice de nutrition générale ou locale.

Dans le *leucome en bandelette*, ou mieux *en ceinture*, l'opacité, vers le méridien horizontal, en dedans et en dehors, se propage de la périphérie au centre.

Le *glaucome* entraîne des troubles diffus de l'épithélium et même de la substance propre de la cornée dégénérée.

Dans la *buphtalmie* congénitale, la cornée est très leucomateuse; elle s'éclaircit à la longue, mais jamais d'une manière absolument complète.

L'*arc sénile* ou *gérontoxon* se produit ordinairement dans la vieillesse, mais il survient parfois de meilleure heure chez les athéromateux, les alcooliques, les syphilitiques. C'est une bandelette grise qui entoure la cornée et qui, lorsqu'elle est incomplète, s'élargit plus en haut et en bas que vers les parties latérales. Une bandelette demi-transparente sépare toujours la sclérotique de l'arc sénile. On a cru longtemps à de la dégénérescence graisseuse des cellules de la cornée; il existerait surtout des amas hyalins, analogues à ceux du pinguecula (Fuchs), et de la sclérose.

Atténuation des leucomes. — A la longue, les leucomes deviennent généralement moins opaques. Ils offrent des stries claires, à directions parallèles, entrecroisées ou radiées, analogues aux stries grisâtres des *kératites aigües*. Fuchs croit que ces stries linéaires correspondent aux tubes de Bowman et représentent les espaces nutritifs lymphatiques. Dans les cicatrices récentes, les lamelles cornéennes sont minces, et les espaces cornéens, larges; ces espaces deviennent moindres dans la suite et pénètrent de plus en plus dans les leucomes. Ceux-ci sont alors, suivant l'expression de Fuchs, comme « lavés par un nouveau courant lymphatique » et s'éclaircissent progressivement. Ces modifications paraissent plus actives chez les jeunes sujets, mais elles se produisent encore à peu près dans tous les leucomes.

Complication des leucomes. — Si les leucomes s'éclaircissent avec le temps, ils entraînent parfois aussi des troubles irritatifs ou trophiques et de graves complications.

Ils peuvent *s'enflammer* et de petits ulcères cicatriciels ne sont pas rares; leur vascularisation, dans certains cas, ne disparaît pas complètement; de véritables congestions avec photophobie, larmolement, se produisent à la moindre fatigue ou irritation locales.

Des *sels calcaires* (*kératite chimique*) s'incrustent dans l'épaisseur des opacités, excitent fâcheusement la conjonctive, produisent du clignement palpébral, provoquent des douleurs, du larmolement, etc.

Dans les leucomes étendus ou épais, la nutrition laisse à désirer et des altérations trophiques se manifestent. Les leucomes adhérents entraînent des complications plus ou moins fâcheuses. L'iris est étranglé dans la cicatrice cornéenne et, durant les mouvements de contraction ou de dilatation du sphincter, subit des tiraillements. L'irritation ciliaire qui en résulte, détermine un excès de tension.

Chez les jeunes sujets, l'hypertonie produira des staphylômes; chez les autres, il provoquera du glaucome. Dans certains cas cependant, surtout chez les enfants, les parties

de l'iris enclavé s'atrophie et n'ont aucun retentissement fâcheux. On peut, d'ailleurs par détachement de l'iris ou iridectomie, éviter généralement ces complications.

Les leucomes adhérents aboutissent parfois à la production plus ou moins tardive d'une irido-choroïdite suppurée. On doit alors admettre, avec Despagnet, que les agents pyogènes sont restés dans l'œil depuis l'affection qui a fait le leucome adhérent, quelquefois plusieurs années, ou bien penser avec Leber qu'il y a eu infection nouvelle à travers la cicatrice leucomateuse. Microbisme latent ou infection externe, les deux hypothèses sont admissibles suivant les cas particuliers.

Les troubles visuels causés par les leucomes sont très importants. Les leucomes larges ou épais diminuent l'acuité visuelle par défaut de transparence et par astigmatisme. Les leucomes les plus légers entraînent surtout de l'astigmatisme irrégulier; ils sont diffus et déterminent très souvent une amblyopie plus considérable que les leucomes épais circonscrits, susceptibles d'ailleurs de tatouage.

Tous produisent des reflets lumineux gênants pour l'œil intéressé et même le congénère. Le strabisme en est parfois la conséquence; il s'expliquerait par le reflet leucomateux qui gêne la vision du bon œil (Cuignet) et par le travail à une distance trop rapprochée pour la vision binoculaire.

L'amblyopie, en outre, produite par les leucomes, étant notable, les sujets recherchent de grandes images et regardent les objets de très près; il en résulte une véritable prédisposition à la myopie (42 p. 100, Chauvel).

Nous ne faisons que mentionner les troubles esthétiques, mais ils ne sont jamais à dédaigner, surtout chez les femmes.

Les leucomes sont donc toujours plus ou moins fâcheux et méritent d'être recherchés et reconnus. On les observera à l'éclairage oblique et à la loupe. Il est bon de noter leurs particularités, leurs complications et les troubles divers qui paraissent en résulter.

Le traitement des leucomes est curatif ou palliatif.

Le traitement curatif a pour objet la suppression des opa-

cités. Les collyres irritants qui ont été préconisés sont assez peu efficaces; on essayera, toutefois, dans les leucomes récents, le traitement de Follin qui consiste à instiller, le matin, dans l'œil, une goutte de laudanum pur et le soir, un collyre au sulfate de zinc à 1/2 p. 100; les pommades au précipité jaune, au calomel, le massage, ne sont avantageux, à la longue, que dans les leucomes superficiels.

Les courants continus faibles et courts, de 2 à 5 milliam-pères pendant cinq minutes et répétés tous les deux jours, joints au massage cornéen, comme le conseille Berger, ont donné quelques bons résultats.

La cautérisation ponctuée, les paracentèses, la sclérotomie, l'iridectomie surtout, peuvent éclaircir certains leucomes.

L'abrasion des couches opaques paraît peu utile, parce qu'elle doit être assez profonde et qu'elle donne lieu à de nouvelles taies. On peut la pratiquer sous forme de râclage quand il existe des infiltrations calcaires. Birnbacher a préconisé pour les carbonates et les phosphates de chaux, l'acide chlorhydrique à 5 p. 100 dont on neutralise l'excès avec du carbonate de soude aussi à 5 p. 100.

La kératoplastie partielle ou totale ne donnera guère que des résultats insuffisants. La trépanation, entre les mains de Von Hippel, l'ablation d'une rondelle de cornée opaque poussée jusqu'à la membrane de Descemet et son remplacement par une cornée de poule, reste un procédé d'exception.

Le traitement palliatif paraît souvent avantageux.

Les verres teintés diminuent l'éblouissement. La fente ou le trou sténopéique, les verres sphériques ou sphéro-cylindriques peuvent améliorer la vision dans les cas légers d'astigmatisme, comme les verres de contact (Sulzer), dans les cas prononcés. Quand le leucome est épais, diffus, central, une étroite iridectomie, ou mieux l'iritomie, facilitent la vision.

Les parties transparentes et la cornée sont-elles minimales et très périphériques, on peut, pour éviter toute cicatrice opératoire en ce point, faire l'incision du côté opposé et pratiquer l'arrachement irien, l'irido-dialyse. L'iridectomie est

en outre fort utile dans les leucomes adhérents avec menace de glaucome ou de staphylôme pour diminuer la tension oculaire et favoriser la nutrition du globe.

Le *tatouage* est favorable à la vision en ce qu'il diminue l'éblouissement leucomateux et utile à l'expression de la physionomie. Praticqué antiseptiquement, il est peu dangereux. Si l'iris est enclavé, une notable irritation devient possible; Panas a cité un cas de panophtalmie à la suite d'un tatouage, mais c'est exceptionnel.

XVI. — Staphylômes.

§ 341. Les staphylômes sont transparents ou opaques.

Staphylôme transparent. — Il est conique ou globuleux. Dans le premier, il prend le nom de *kératocône*; dans le second, celui de *kératoglobe*.

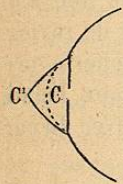


FIG. 24. Kératocône.

C, cornée normale; C' cornée staphylo-mateuse.

Le *kératocône* est caractéristique. Vu de profil, l'œil paraît conique au centre; vu de face, il présente un reflet central trouble assez marqué. Au miroir plan, on constate une ombre très mobile vers le sommet mousse du cône; les images réfléchies sont inégales et la kératoscopie donne des ombres irrégulières; enfin, l'image ophtalmoscopique du fond de l'œil et de la papille est très variable et très mobile.

Cette affection, souvent congénitale, se développe dans la jeunesse, l'adolescence, et s'accroît graduellement sans cause connue. Peut-être le rachitisme est-il en cause. Il existe d'ordinaire une myopie progressive d'un haut degré, mais la vision se conserve plus ou moins.

Le traitement du kératocône est peu efficace. On se borne parfois à pratiquer une pupille artificielle étroite ou une double iridésis, de manière à constituer une véritable fente sténopéique. On peut attaquer le sommet du staphylôme lui-même, par la trépanation (Bowman), la cautérisation simple (De Grœfe) ou ignée (Gayet). On a aussi conseillé des paracen-

tèses, l'ésérine, la compression prolongée, etc. De Wecker a songé à l'emploi de verres coniques, Galezowski à celui des verres paraboliques; Kalt enfin a conseillé des coques taillées, appliquées directement sur l'œil.

Peut-être l'ablation du cristallin transparent, représente-t-elle la méthode d'avenir du traitement du kératocône.

Le traitement médical le plus pratique, celui qui donne encore des résultats assez appréciables, est l'instillation prolongée de l'ésérine jointe à l'administration du phosphate de chaux.

Une petite iridectomie, la cautérisation du sommet du cône, les verres correcteurs de la myopie, sont toutefois des moyens assez avantageux.

Le *kératoglobe* est le staphylôme globuleux de la cornée. Son développement est congénital et parfois progressif, chez les enfants ou les adolescents. La transparence persiste plus ou moins parfaite. Des troubles kératiques, iriens ou cristalliniens, surviennent fréquemment.

Le diagnostic du kératoglobe se fait directement ou à l'éclairage oblique. La profondeur excessive de la chambre antérieure, les dimensions de la cornée, sont caractéristiques.

Une iridectomie, des paracentèses successives sont parfois indiquées; en dehors de complications iriennes ou cristalliniennes, l'expectation semble le plus souvent préférable.

Staphylômes opaques. — Leur épaisseur est très inégale. Certains sont très minces et d'autres très épais. Ils présentent constamment de grandes irrégularités. Parfois, durant l'incision, ils paraissent comme cartilagineux. Ils sont constitués, en effet, par un tissu fibreux épais, panneux, recouvert d'épithélium et tapissé irrégulièrement en arrière par les cellules pigmentaires de l'uvée.

Le tissu propre de la cornée est très altéré, reconnaissable seulement à la périphérie du leucome. Les membranes de Bowman et de Descemet ont disparu. L'iris lui-même est plus ou moins détruit, ou réduit à sa couche pigmentaire. Le

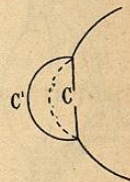


FIG. 25. — Kératoglobe.

C, cornée normale; C' cornée staphylo-mateuse.

corps ciliaire subit parfois des tiraillements douloureux ; le cristallin est cataracté, absent ou déplacé.

Ce qui caractérise le staphylôme, c'est la destruction de la cornée et son remplacement par du tissu fibreux. Il s'agit plutôt de staphylôme irien que de staphylôme cornéen. La cornée détruite en totalité ou en partie, l'iris propulsé obstrue la plaie et se recouvre d'éléments lymphoïdes cicatriciels. La cicatrice, d'abord plate, ne résiste pas à la tension oculaire et se bombe ; l'ectasie s'exagère d'autant plus que la résistance cicatricielle est plus faible et que la tension de l'œil devient plus élevée.

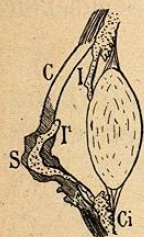


FIG. 26. — Staphylôme partiel.

C, cornée; Ci, corps ciliaire; I, iris normal; I', iris enclavé dans le staphylôme S.

On attribue le staphylôme à l'excès de tension et partant à un processus glaucomateux. Celui-ci n'est pas absolument nécessaire et peut être consécutif à l'ectasie (Fuchs).

Il suffit que la tension, même normale, soit supérieure à la résistance de la cicatrice pour qu'il y ait staphylôme ; toutefois l'irritation ciliaire entraîne habituellement une hypertonie qui exagère l'ectasie. L'iridectomie, la sclérotomie antérieure ou postérieure, diminuant la tension oculaire, se trouveront fréquemment indiquées.

Le staphylôme opaque est partiel ou total.

Le *staphylôme partiel* présente diverses formes et une étendue variable. On l'observe surtout à la partie inférieure de la cornée. A son niveau, la cornée est blanchâtre, parfois incrustée de sels calcaires ou vascularisée ; elle paraît être bleuâtre ou noirâtre par points ; un ou plusieurs pertuis peuvent même exister. L'iris reste largement enclavé dans le leucome et modifie notablement la forme et l'étendue de la chambre antérieure. La vision est plus ou moins affaiblie. Au niveau du staphylôme, le tissu cornéen est très altéré, les membranes de Bowman et de Descemet sont détruites. La membrane transparente est alors représentée par une légère couche cicatricielle et une nappé vasculaire. Le développement de la lésion est sou-

vent progressif et entraîne parfois la perte totale de l'œil.

Dans le *staphylôme total*, la cornée tout entière devient blanchâtre, globuleuse, tapissée par l'iris et profondément lésée. La membrane est plus ou moins vascularisée et parfois panneuse ; la tension oculaire peut être augmentée.

La vision est affaiblie et peut disparaître entièrement à la suite du trouble leucomateux ou vasculaire progressif de la cornée et aussi des lésions uvéennes profondes.

Dans les staphylômes opaques, totaux ou partiels, il faut lutter contre la tension de l'œil et l'irritation glaucomateuse. La sclérotomie, l'iridectomie, ou au moins les paracentèses répétées, peuvent, dans certains cas, avec l'ésérine, amener une guérison relative. La cautérisation ignée et l'ablation radicale du staphylôme seront parfois indiquées.

Il faut être plus réservé avec le staphylôme partiel et latéral que dans le staphylôme central.

Dans le staphylôme total, excessif, la vision étant nulle, l'ablation partielle ou totale s'impose. La résection suivant le procédé de de Wecker, ou même l'amputation du segment antérieur seront généralement et avec raison préférées à l'énucléation.

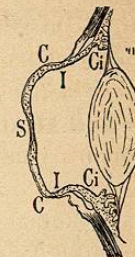


FIG. 27. — Staphylôme total.

C, vestiges de la cornée; Ci, corps ciliaire; I, iris constituant le staphylôme S.

XVII. — Tumeurs de la cornée.

§ 342. Elles sont rarement primitives. On a cité cependant quelques cas de fibromes, de sarcomes, de carcinomes.

Les dermoïdes, les épithéliomes conjonctivaux peuvent empiéter sur la cornée ; les épithéliomes se montrent fréquemment au niveau du limbe. L'ablation avec cautérisation ignée du lit néoplasique permet ordinairement la conservation de l'œil et souvent celle de la vision. S'il existe des prolongements intra-oculaires, l'énucléation s'imposera.