

quelle on le distingue quelquefois à sa couleur blanche ou d'un blanc jaunâtre. Ce canal est droit, oblique ou sinueux, simple ou multiple; l'orifice se trouve tantôt à la partie inférieure, tantôt à la partie supérieure du canal. Quelquefois le conduit fistuleux a deux ouvertures. La fistule incomplète ne fournit qu'une très-petite quantité d'un liquide puriforme.

Dans l'une comme dans l'autre espèce de fistules, la vue est constamment troublée; il y a presque toujours en même temps ophthalmie, larmoiement, et dans la fistule complète, procidence de l'iris, déformation des parties intérieures de l'œil, et plus tard atrophie de cet organe.

Nous n'avons point parlé des symptômes de la fistule borgne interne, dont nous ne connaissons aucun exemple, et qui d'ailleurs ne peut être considérée que comme un mode de terminaison des abcès de la cornée transparente.

Le diagnostic de ces fistules est facile. Le pronostic des fistules incomplètes est grave, la vue est souvent compromise; il est toujours fâcheux dans les fistules complètes, la cécité est presque inévitable.

Le traitement des fistules incomplètes consiste en des injections détersives poussées avec la seringue d'Anel. On a proposé aussi d'inciser le trajet fistuleux avec un bistouri étroit conduit sur une sonde cannelée; mais on ne devra recourir à cette opération, d'ailleurs assez difficile, qu'après avoir insisté sur le premier moyen, de manière à acquiescer la certitude de son insuffisance.

La chirurgie ne peut presque rien contre les fistules complètes. Cependant il arrive quelquefois que l'iris contracte des adhérences avec les bords de l'orifice fistuleux, et alors, comme nous le dirons en parlant de la procidence de l'iris, la maladie se termine heureusement. Dans quelques cas aussi, on voit des bourgeons charnus se développer à la circonférence de l'ouverture, s'étendre vers son centre, et s'y réunir de manière à former une cicatrice solide. Maître-Jan a observé un fait de cette espèce sur la sclérotique, chez un malade dont la fistule avait été produite par un éclat de bois pointu. Mais, en général, la fistule complète de la cornée détermine la sortie lente ou subite des humeurs de l'œil, et par conséquent son atrophie.

### § 7. — Des excroissances fongueuses de l'œil.

La surface de l'œil est quelquefois le siège d'excroissances fongueuses qui occupent tantôt la cornée, tantôt la sclérotique, et le plus souvent l'une et l'autre, sinon dès leur apparition, du moins dans leurs progrès.

Ces tumeurs proviennent d'une disposition particulière de l'œil, la même sans doute que celle qui produit toutes les tumeurs fongueuses. On ne connaît pas cet état prédisposant des parties; on sait seulement que les plaies, les contusions, peuvent favoriser le développement de ces fongosités. Elles sont plus ou moins volumineuses, de couleur grise ou rougeâtre; leur consistance est flasque, leur forme irrégulière; elles tiennent à l'œil tantôt par une base large, tantôt par un pédicule; elles sont ordinairement indolentes et descendent quelquefois jusqu'à la base du nez. Dans quelques cas, elles sont le siège d'hémorrhagies assez abondantes pour exiger de prompts secours. Elles ressemblent beaucoup aux tumeurs cancéreuses, et il ne faut rien moins que le coup d'œil d'un praticien habile pour les en distinguer. Ces excroissances ne sont point, comme le cancer, exaspérées par les cautérisations partielles, et lorsqu'elles ont été enlevées en totalité, elles ne sont point sujettes à reparaitre. Enfin, on les voit quelquefois se fondre, pour ainsi dire, en une suppuration abondante, ou disparaître peu à peu par l'usage de dissolutions astringentes ou de poudres corrosives, remèdes qui, loin de réussir dans les tumeurs cancéreuses, en augmentent presque toujours la gravité.

L'excision est le moyen le plus prompt et généralement aussi le moins douloureux pour débarrasser l'œil de ces fungus; cependant si la tumeur a un pédicule, on peut employer la ligature. Dans l'un comme dans l'autre cas, on doit détruire les racines avec le nitrate d'argent, et combattre les dispositions malades auxquelles tient souvent l'état de l'œil.

### § 8. — De l'hypopyon.

Les auteurs ont désigné sous ce nom plusieurs espèces d'abcès qui ont leur siège, les uns dans les lames de la cornée, les autres derrière cette membrane, dans la chambre antérieure de l'œil, et d'autres enfin

dans la cavité entière de cet organe. Nous décrivons les premiers sous la dénomination d'*abcès* de la cornée; les derniers sous celle d'*empyème* de l'œil, ou *empyémis*, et nous réservons spécialement à l'abcès qui occupe les chambres de l'humeur aqueuse le nom d'*hypopyon*.

1° *Abcès*. — Les abcès de la cornée sont, comme nous l'avons dit, des amas de pus entre les lames de cette membrane. Ils se développent presque toujours pendant le plus haut degré des ophthalmies graves; quelquefois aussi ils se forment peu à peu à la suite d'un coup porté sur l'œil ou d'une plaie faite par un instrument pointu. Souvent aussi la formation de ces abcès paraît liée à une disposition intérieure qui se manifeste ordinairement par d'autres symptômes.

L'abcès que déterminent les contusions ou les plaies s'annonce par des douleurs assez vives dans l'intérieur de l'œil, qui persistent lorsque les effets de la lésion mécanique de cet organe semblent dissipés. Si l'abcès se forme pendant le cours d'une ophthalmie grave, la douleur de la cornée n'est pas distincte de celle qui se fait sentir dans le reste de l'œil. Dans l'un et l'autre cas, on aperçoit dans un point quelconque de la cornée une tache blanchâtre qui, de jour en jour, devient plus opaque et plus large, et s'oppose chaque jour davantage au passage de la lumière. En même temps on remarque en cet endroit une saillie proportionnée à la quantité de pus épanché entre les lames de la cornée, et à la position plus ou moins superficielle de l'abcès. Quelquefois cet abcès change de place et se porte, par exemple, du centre de la cornée ou de sa partie supérieure vers le lieu le plus déclive. Maître-Jan dit avoir observé plusieurs fois ce phénomène, et il a remarqué que le pus laissait une *trainée blanche* dans le lieu qu'il occupait et dans celui qu'il a simplement traversé; il a vu aussi le pus former d'abord une tumeur saillante en avant et circonscrite, puis s'étendre en largeur et produire une grande tache blanche sans élévation.

Les abcès de la cornée restent quelquefois stationnaires; d'autres fois ils prennent de l'accroissement, usent peu à peu les lames de la cornée, s'ouvrent à l'intérieur, et font naître un véritable hypopyon; mais le plus souvent c'est extérieurement que l'ouverture a lieu, soit parce que ces petits abcès sont presque toujours plus près de la face convexe de la cornée que de la face concave, soit parce que le défaut de résistance antérieurement favorise dans ce sens l'extension et

la rupture de la membrane. Ces abcès peuvent dégénérer en ulcères ou en fistules.

Leur traitement exige, au moment de leur formation, l'emploi répété des saignées locales et générales et des fomentations émollientes, s'ils sont dus à une inflammation vive de l'œil. Lorsque l'inflammation est calmée, on substitue à ces moyens les dérivatifs, tels que le vésicatoire à la nuque, les purgatifs, les pédiluves sinapisés, les topiques astringents. On aurait même recours de suite à ces moyens, si l'abcès s'était formé lentement à la suite d'une lésion légère de l'œil, ou sans cause connue; et si l'on présumait que la maladie tint à une cause interne, on soumettrait en même temps le malade à un traitement approprié à sa constitution. Lorsque, malgré tous les efforts de l'art, le petit dépôt tend à s'ouvrir à l'extérieur, il est prudent d'y faire une incision ou une simple ponction avec la lancette dans l'endroit le plus déclive et le plus éloigné possible de la pupille. On ne doit pas trop attendre pour pratiquer cette opération, parce que si l'on tardait et que la tumeur vint à s'élever en pointe vers son centre, malgré la première ouverture, il s'en formerait une en cet endroit. Le chirurgien prévient par un coup de lancette cette rupture, pour n'avoir pas deux ouvertures au lieu d'une. Qu'elles soient artificielles ou spontanées, ces plaies se guérissent quelquefois avec assez de promptitude; mais plus souvent aussi elles dégèrent en ulcères ou en fistules, et exigent le traitement que nous avons indiqué pour ces deux espèces d'affections de la cornée.

2° *Hypopyon*. — L'hypopyon proprement dit reconnaît une cause unique, l'inflammation de la membrane qui tapisse la chambre antérieure de l'œil, et se prolonge peut-être dans la chambre postérieure. Cette membrane extrêmement mince exhale et absorbe continuellement le liquide incolore qui remplit ces deux cavités et qu'on nomme humeur aqueuse. Tant qu'elle est dans un état sain, ses fonctions s'exécutent avec régularité, et le liquide qu'elle verse conserve la limpidité qu'il doit avoir pour que la vision s'exerce convenablement. Mais lorsque cette membrane vient à s'enflammer, elle sécrète un liquide opaque et puriforme, semblable à celui qui s'exhale de toutes les membranes séreuses enflammées. Ce liquide se mêle à l'humeur aqueuse, en trouble la transparence, et étant plus pesant, se rassemble dans le lieu le plus déclive et s'y présente sous la forme d'un croissant blanchâtre, qui ressemble à la lunule qu'on remarque

à la racine des ongles. Ce croissant, qui ne se manifeste presque jamais que pendant le chémosis, augmente peu à peu de largeur, s'élève quelquefois jusqu'à la hauteur de la pupille; il peut en dépasser le centre et même la cacher en totalité. La quantité de matière puriforme épanchée augmente à mesure que l'inflammation s'aggrave; elle diminue ordinairement quand celle-ci commence à décroître. Dans quelques cas, l'épanchement est assez considérable pour repousser la cornée en avant, en augmenter la saillie et en produire même la rupture. Ce dernier accident entraîne presque toujours la sortie des humeurs de l'œil et son atrophie.

Il est bien rare que l'hypopyon se forme lentement. Cependant il se pourrait que cette affection provint de l'inflammation chronique de la membrane destinée à la sécrétion de l'humeur aqueuse, et qu'elle se manifestât peu à peu sans être accompagnée de symptômes graves. On sent déjà que le même traitement ne conviendrait point dans ces deux cas.

Le pronostic de l'hypopyon est toujours subordonné à la quantité de pus épanché, à l'intensité de l'inflammation et à l'efficacité des moyens qu'on a déjà employés. En effet, malgré les remèdes le mieux indiqués, le mal continue à faire des progrès, et alors le pronostic devient plus fâcheux que si la maladie était parvenue au même degré avant qu'on eût tenté de la combattre. La disparition de l'épanchement n'amène pas toujours la guérison complète; quelquefois la membrane prend et conserve une opacité qui rend la vue plus ou moins trouble.

L'hypopyon peut facilement être distingué de toutes les autres maladies de l'œil. L'abcès de la cornée, lorsqu'il occupe la partie inférieure de cette membrane, a quelques traits de ressemblance avec lui; il en diffère pourtant par les caractères suivants: 1° l'abcès de la cornée ne prend que consécutivement la place et la forme de l'hypopyon; 2° le premier est plus superficiel que le second; 3° celui-ci est immobile, l'autre jouit d'une mobilité manifeste; il est toujours placé dans l'endroit le plus déclive, et passe quelquefois dans la chambre postérieure de l'œil à travers l'ouverture de l'iris. La mobilité de la matière qui trouble l'humeur aqueuse et constitue l'hypopyon, son passage à travers la pupille, ne sont pas des signes constants; il faut donc, dans certains cas, s'en tenir aux deux premiers.

Lorsque l'hypopyon s'est formé rapidement dans le cours d'une ophthalmie intense, on doit, tant que dure l'inflammation, employer les remèdes antiphlogistiques; et, après cette période, recourir aux moyens dérivatifs qu'on rendra plus actifs à mesure que les symptômes inflammatoires s'éteindront. Quelques chirurgiens ont conseillé l'incision de la cornée. Ce procédé qui semble très-rationnel, quand on songe seulement à l'épanchement du liquide qui trouble la limpidité de l'humeur aqueuse, cesse de paraître tel, lorsqu'on considère: 1° que le liquide épanché est le produit d'une inflammation actuellement existante; 2° que l'opération tend à augmenter l'inflammation; 3° que cette opération, pratiquée dans l'intention d'extraire le cristallin, détermine très-souvent l'ophthalmie et l'opacité de l'humeur aqueuse; 4° que le liquide puriforme exhalé par la membrane de l'humeur aqueuse est aussi absorbé par elle et disparaît souvent sans opération; 5° que l'opération ne procure pas toujours l'écoulement de la matière puriforme qui reste en partie dans la chambre antérieure, et s'arrête aussi entre les lèvres de la plaie dont elle empêche la réunion; 6° enfin, que cette même opération détermine quelquefois l'atrophie de l'œil en donnant issue non-seulement à l'humeur aqueuse, mais encore au cristallin et à l'humeur vitrée. Si l'on considère toutes ces circonstances, on sentira que l'incision de la cornée, dans l'hypopyon aigu, doit être entièrement proscrite. Cependant lorsqu'on voit que des chirurgiens très-habiles ont pendant longtemps recommandé cette opération, et sans doute aussi l'ont mise en pratique (car les occasions de la pratiquer ne sont pas rares), il est difficile de supposer qu'elle n'ait point eu de succès et qu'il n'existe pas des circonstances où l'on pourrait y recourir avec avantage. Cette réflexion porte à croire que dans les cas où l'hypopyon, après s'être formé lentement, ou même avec rapidité, pendant le cours d'une inflammation aiguë ou chronique qui ne subsiste plus, est devenu stationnaire et qu'il gêne les fonctions de l'œil, l'opération dont il est question devra être tentée, après toutefois qu'on se sera assuré de l'insuffisance des moyens révulsifs dont nous avons déjà parlé, tels que le vésicatoire à la nuque, les purgatifs, etc. L'incision de la cornée sera pratiquée comme dans l'opération de la cataracte par extraction (voyez, ci-après, *Cataracte*).

Nous avons dit, en parlant des abcès de la cornée, que ces abcès, s'ouvrant dans la chambre antérieure, formaient une espèce d'hypo-

pyon. C'est sans contredit le moins grave. Le pus mêlé à l'humeur aqueuse est promptement absorbé (a).

(a) — Je ne partage pas l'opinion de Boyer sur l'incision de la cornée dans l'hypopyon. Je pense qu'il est avantageux de faire cette incision pour procurer la sortie du pus, et qu'on favorise alors la guérison de la maladie, comme cela a lieu dans les abcès des autres parties du corps. Mais pour obtenir un heureux résultat, il faut faire une grande incision, autrement le succès n'est pas le même. J'ai vu deux malades chez lesquels on fit à la cornée une ou plusieurs ponctions pour des hypopyons, et chez lesquels on n'obtint que très-difficilement la sortie du pus; ce fut même cette difficulté dans l'évacuation du pus épanché qui nécessita la récidive de l'opération. J'ai voulu moi-même suivre cet exemple, et j'ai été obligé de faire deux ponctions à la cornée. Une grande incision, semblable à celle que l'on pratique dans l'opération de la cataracte, réussit beaucoup mieux, comme on peut en juger par l'observation suivante.

Un homme âgé de cinquante-huit ans, charretier, se présente, le 10 février 1845, à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Il porte sur la cornée de l'œil gauche, dans sa partie moyenne supérieure au diamètre transversal, au-dessus de la pupille, la marque triangulaire d'une lésion, résultant du contact violent d'un corps étranger. Il dit que huit ou dix jours auparavant, en conduisant sa charrette dans la rue, il s'est senti frapper à l'œil par un corps étranger dont la nature lui est restée inconnue. Depuis ce moment il a souffert, et maintenant, indépendamment de la plaie de la cornée qui, par suite de l'inflammation, a produit l'opacité de cette membrane, il a un chémosis séreux très-prononcé. J'admets ce malade à l'hôpital, et le lendemain, 11 février, je fais une saignée de trois palettes et j'ordonne un purgatif. Le 12, l'état de l'œil est un peu amélioré, et cette amélioration continue pendant les journées du 13, du 14 et du 15; mais le 16, j'aperçois, vers la circonférence de la cornée, une bande blanche occupant presque toute sa demi-circonférence inférieure. Je crois qu'elle est produite par l'inflammation de la portion de la cornée correspondante à la sclérotique. Le 17, cette bande blanchâtre est plus marquée, et il y a sur la partie moyenne de la cornée, presque vers le milieu de la pupille mais un peu en haut, une petite ulcération ayant

un millimètre de diamètre et à fond blanchâtre. Le 18, la bande dont je viens de parler est plus prononcée. Le 19, je reconnais qu'elle est due à du pus épanché dans la chambre antérieure de l'œil; c'est un véritable hypopyon. Le 20, la quantité de pus est plus grande; je donne un purgatif. Le 21, je fais faire des frictions mercurielles sur les paupières, tant à cause de la tache de la cornée qu'à cause de l'hypopyon. Le 22, augmentation de l'abcès de la chambre antérieure. Le 23, l'état est le même. Depuis ce jour jusqu'au 2 mars, je continue les frictions mercurielles; mais alors je les fais cesser parce que je reconnais leur inutilité. Pendant cet espace de temps, j'ai pu observer avec grand soin les phénomènes que présentait l'hypopyon. J'ai vu que le pus consistant et épais se portait toujours vers le point le plus déclive de la chambre antérieure, mais qu'il avait de la peine à opérer son déplacement et qu'il lui fallait un certain temps pour cela. Si, au moment de la visite, le malade était assis, le pus de l'abcès était en bas et formait une lunule; si, au contraire, à ce moment, le malade était couché sur le côté, le pus était descendu du même côté, et quoique le malade se mit en son séant, ce liquide restait du côté où il se trouvait; ce n'était que plusieurs minutes après qu'il redescendait au milieu de la chambre antérieure. Le 10 mars, l'hypopyon étant parvenu presque au niveau de la pupille, je me propose de l'ouvrir le lendemain; mais ce jour-là, le pus me paraissant être en moindre quantité que la veille, j'hésite encore à faire l'incision de la cornée. L'hésitation que j'apporte dans ce cas tient à l'espoir que j'avais de voir la résorption du pus, espoir fondé sur des observations antérieures dont les circonstances étaient analogues, et à la crainte que j'avais de voir la fonte de l'œil après l'opération, crainte basée sur l'opinion émise par les pathologistes les plus recommandables. Le 12, le pus paraît composé de deux parties, l'une plus dense et l'autre plus liquide: il semble pénétrer dans la chambre postérieure de l'œil en passant par l'ouverture de la pupille; au moins, quand on examine l'œil, on aperçoit un point blanc dans la pupille. Enfin, le 13, trouvant que la quantité de pus est encore augmentée, j'ouvre la cornée en pratiquant avec le couteau de Wenzel une incision qui comprend la demi-circonférence inférieure de cette membrane. Le pus sort immédiatement avec l'humeur aqueuse. J'ai été un peu gêné dans cette opération par le chémosis, dont le volume est tel, qu'il remonte devant la cornée. Aussi n'ai-je pas

fait l'incision aussi près de la sclérotique que je l'aurais voulu, et ai-je coupé la conjonctive. Je mets sur l'œil un tampon de charpie très-mollet, une compresse, et le bandage *monoculus*. Le 14, je lève l'appareil. L'œil est dans le même état. Il reste au-dessous de l'incision de la cornée un peu de pus jaunâtre. La partie externe de l'iris est très-rouge et très-injectée. Je lave l'œil avec l'eau blanche et j'applique le même appareil. Le 15, je ne lève pas l'appareil. Le 16, je l'ôte. Il n'y a plus de pus dans l'œil. La plaie de la cornée paraît réunie. Je réapplique le même appareil. Depuis ce jour jusqu'au 23 mars, l'œil a toujours été de mieux en mieux. Le chémosis, qui a diminué progressivement depuis l'évacuation du pus, a complètement disparu. Il ne reste plus que la cicatrice de la plaie et celle de l'ulcération. Le 3 avril, le malade sort parfaitement guéri de l'hypopyon, mais conservant les traces apparentes des cicatrices de l'abcès et de l'ulcère de la cornée, et la trace linéaire et à peine visible de l'incision de la cornée.

Cette observation est contradictoire à l'opinion de Boyer : c'est pour cette raison que j'ai cru devoir la donner avec tant de détails, afin de prouver son innocuité et de démontrer non-seulement les avantages que l'on peut tirer de l'incision de la cornée dans l'hypopyon, mais encore les bons effets immédiats qui résultent de cette incision pour l'évacuation du pus et la guérison des accidents concomitants. Elle prouve encore les avantages de l'incision de la cornée sur la ponction de cette membrane dont j'ai cité des cas. Dans une circonstance où j'ai été mal aidé par la personne qui relevait la paupière et maintenait l'œil, je n'ai pu faire une grande incision à la cornée, le pus renfermé dans la chambre antérieure s'est mal écoulé, et j'ai été forcé d'avoir recours à une nouvelle incision. Je crois donc pouvoir conclure de mes observations que, dans le traitement de l'hypopyon, lorsque le pus n'est pas résorbé, il faut pratiquer à la cornée une incision comprenant au moins le tiers de sa circonférence pour donner issue au pus, et que cette incision n'occasionne pas plus d'accidents que celle faite dans l'opération de la cataracte pour l'extraction du cristallin.

#### § 9. — Des abcès du globe de l'œil.

Les abcès qui occupent la totalité de l'œil ont été nommés *empyësis* et *empième*. L'*empyësis* est quelquefois produite par l'inflammation

spontanée de l'œil; le plus souvent elle succède à une contusion violente qui a désorganisé les parties intérieures sans que les membranes aient été rompues. Une douleur intolérable, une chaleur brûlante, un gonflement considérable, l'obscurcissement des humeurs, sont les principaux symptômes locaux de l'*empyësis*. Une pyrexie violente, le délire, les vomissements, les convulsions et autres symptômes généraux graves qui indiquent un péril extrême, accompagnent les symptômes locaux et amènent une mort prompte, si les membranes de l'œil ne viennent à s'ouvrir. La perte de la vue est donc la terminaison la moins fâcheuse de cette maladie, qu'on ne peut d'ailleurs confondre avec aucune autre.

Lorsque les saignées nombreuses et abondantes, les émoullients, une abstinence absolue de tout aliment, n'ont pu empêcher la formation du pus et la distension de l'œil; lorsque, malgré l'ensemble des moyens antiphlogistiques employés avec discernement et persévérance, les accidents généraux n'éprouvent point de rémission, il faut promptement évacuer les humeurs de l'œil. Les chirurgiens ne s'accordent pas sur la manière dont il faut agir en cette circonstance. Les uns (Louis est de ce nombre) ont conseillé la simple ponction du globe de l'œil avec un bistouri; quelques-uns, Guérin entre autres, l'extirpation de cet organe; d'autres enfin ont prescrit d'enlever un lambeau circulaire de la cornée transparente. Le professeur Scarpa donne aussi ce dernier précepte. De ces trois manières de suspendre les accidents qui résultent de la distension excessive des membranes de l'œil, la seconde doit être repoussée comme étant beaucoup plus douloureuse que les deux autres sans offrir plus d'efficacité. Elle a de plus un inconvénient assez grand : c'est de rendre plus difficile à cacher la difformité qu'elle entraîne, en ce que l'œil artificiel qu'on applique reste immobile dans l'orbite, tandis que le moignon que l'on conserve, en ne faisant qu'une simple ponction ou une excision partielle, partage tous les mouvements dont jouit l'autre œil. C'est donc à l'un de ces derniers procédés qu'il faut avoir recours; mais auquel donner la préférence? La ponction est plus prompte, plus facile, moins douloureuse; elle donne lieu à un écoulement rapide, déterminé par l'élasticité et par la contractilité de la sclérotique; mais quelquefois aussi elle devient insuffisante. Les bords de l'incision se réunissent avant l'évacuation complète des humeurs; et alors, ou bien le gonflement se manifeste de nouveau, ou bien le bulbe de l'œil conserve un vo-

lume assez considérable pour rendre difficile où même impossible, l'usage d'un œil d'émail. Ces inconvénients ne surviennent jamais quand on a excisé une portion de la cornée; il est préférable de recourir de suite à cette opération dans les cas où la cornée elle-même est opaque, amincie, prête à s'ulcérer, comme on l'observe souvent dans cette affection. Lorsque, au contraire, cette membrane a conservé sa transparence et son organisation naturelles, il vaut mieux faire une simple incision à sa partie inférieure, dans l'espérance bien faible, sans doute, que les humeurs reprendront leur lucidité naturelle, ou du moins que le malade conservera un œil, inutile à la vérité pour la vision, mais toujours préférable à un œil artificiel, lorsqu'il ne perd pas entièrement son aspect ordinaire.

§ 10. — Du staphylôme.

On a donné le nom de staphylôme à plusieurs maladies qui ne doivent point être confondues, et qu'il est convenable de décrire isolément. Nous parlerons successivement du staphylôme de la cornée, auquel nous joindrons celui de la sclérotique, et du staphylôme de l'iris.

1° *Staphylôme de la cornée et de la sclérotique.* — Le staphylôme de la cornée est une affection dans laquelle une portion ou la totalité de cette membrane fait au devant de l'œil une saillie plus considérable que dans l'état ordinaire, et trouble ou détruit entièrement la vue.

Cette maladie est plus fréquente chez les enfants que chez les adultes. Elle survient ordinairement au déclin de la variole, ou à la suite d'une autre affection éruptive, d'une ophthalmie aiguë ou chronique, surtout si l'inflammation n'a point été traitée, ou qu'on ait employé un traitement nuisible. Quelquefois encore le staphylôme succède à une plaie superficielle ou à une contusion, ou bien il est l'effet d'une diathèse particulière.

Le staphylôme est communément, surtout dans le principe, borné à une partie de la cornée; plus tard, il peut en soulever la totalité et comprendre dans la tumeur qu'il forme une partie de la sclérotique. Quelquefois aussi cette dernière membrane est le siège primitif ou exclusif du staphylôme, qui occupe alors le plus souvent le côté externe de l'œil. Dans quelques cas, il y a à la fois plusieurs staphylômes sur le même œil; mais alors il est rare qu'ils soient volumineux.

Quelques auteurs ont prétendu que le staphylôme de la cornée était toujours produit par l'amincissement progressif de cette membrane, soulevée et distendue par l'humeur aqueuse. Cette opinion a été combattue par Richter, qui a soutenu qu'au contraire le staphylôme était constamment le résultat de l'épaississement des lames de la cornée. Il a cité à l'appui de son opinion des faits indubitables. Mais les premiers pourraient citer aussi un grand nombre d'observations favorables à leur manière de voir : de sorte que de cette discussion, dans laquelle les deux partis ont tort, résulte cette vérité, que le staphylôme est produit tantôt par l'épaississement de la cornée, et tantôt par son amincissement. Le professeur Scarpa a fait remarquer que c'est surtout chez les enfants et dans le staphylôme récent que s'observe la première variété, tandis que la seconde existe toujours dans les staphylômes invétérés des adultes.

Dans l'un et l'autre cas, la maladie se présente sous la forme d'une tumeur ordinairement assez molle, d'un volume qui varie depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui du poing, et même bien au delà, comme Mauchart (*Th. chois.*, par Haller, t. 1, p. 513) en a vu un exemple. La forme du staphylôme est quelquefois hémisphérique, plus souvent irrégulière, aplatie ou conique, lisse ou bosselée. Cette tumeur est diaphane quand il y a simple amincissement de la cornée, et toutes les fois que la maladie n'a point altéré la transparence des membranes; elle est blanche quand la cornée est actuellement ulcérée, ou qu'elle présente des cicatrices à la suite d'ulcérations, de plaies ou d'inflammations; quelquefois même alors elle offre une teinte bleuâtre. Lorsque l'iris s'enfonce dans l'excavation de la cornée amincie, la tumeur peut prendre les nuances propres à cette membrane, comme le bleu, le vert, etc., et même le rouge si l'iris vient à s'enflammer. La tumeur enfin peut être parsemée de couleurs dissemblables lorsque différentes parties sont diversement altérées.

L'œil affecté de staphylôme est ordinairement le siège d'une douleur très-vive qui se prolonge fréquemment dans le côté correspondant de la tête, et y détermine une hémicrânie très-violente. La vue est trouble, confuse ou même abolie; l'œil est constamment rouge, humide, et ses mouvements sont incommodes et douloureux.

Cette affection a en général une marche chronique; néanmoins, dans quelques cas, elle se développe avec une assez grande rapidité. Après avoir acquis une certaine dimension, la tumeur devient station-