

lume assez considérable pour rendre difficile ou 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-

naire; quelquefois la douleur vive dont elle était le siège ne se fait plus sentir qu'obscurément ou cesse tout à fait, et le staphylôme n'est plus qu'incommode. Mais si son volume est assez considérable pour s'opposer à la réunion des paupières, il en résulte un larmolement fort gênant et une ophthalmie perpétuelle. Dans d'autres cas aussi la maladie continue à s'aggraver, les membranes s'amincissent de plus en plus, les douleurs augmentent, la vue se perd totalement; enfin, la tumeur s'ulcère dans un ou dans plusieurs points, et les humeurs de l'œil s'échappent; entraîné par elles, l'iris se précipite vers l'ouverture, et forme une tumeur particulière, dont nous parlerons bientôt. Lorsque la maladie est parvenue à ce degré, l'atrophie de l'œil est presque inévitable.

Le diagnostic du staphylôme est toujours facile. Cette maladie, on le sent bien, n'est jamais susceptible d'une guérison complète. Le traitement consiste à évacuer les humeurs de l'œil, et à corriger la difformité qui suit cette opération, en plaçant un œil d'émail. Le procédé opératoire autrefois en usage était fort douloureux pour le malade et très-compiqué pour le chirurgien: on traversait la tumeur d'abord de haut en bas, puis transversalement avec une aiguille garnie d'un double fil, de manière que les fils fussent croisés comme les deux lignes qui forment la lettre X; on les serrait ensuite deux à deux, de manière à comprendre la totalité de la tumeur en serrant séparément chaque fil, et en formant ainsi quatre ligatures. Les inconvénients de cette opération sont trop évidents pour que nous ne regardions pas comme superflu de les indiquer. Aujourd'hui on enlève un lambeau circulaire de la cornée au moyen d'un couteau à cataracte, avec lequel on incise d'abord sa moitié inférieure; on saisit le lambeau avec des pinces, et on achève en haut l'excision de la cornée avec des ciseaux courbes. On couvre l'œil de charpie sèche et d'un bandeau peu serré. Vers le quatrième jour, les paupières se gonflent, les membranes de l'œil s'enflamment; on applique un cataplasme émollient. Du septième au neuvième jour, la suppuration s'établit, le gonflement diminue, et l'œil se réduit à un moignon qu'on aperçoit en écartant les paupières. Ce moignon présente quelquefois une espèce de bourgeon rougeâtre, sur lequel il est nécessaire d'appliquer le nitrate d'argent.

L'opération dont nous venons de parler est un remède extrême auquel on n'aurait point recours s'il existait quelque moyen de con-

server l'œil; mais l'expérience a démontré que tous ceux qu'on a conseillés sont malheureusement insuffisants: tels sont les topiques; telle est, même dans le staphylôme récent, l'opération imaginée par Richter. Cette opération consiste à former dans le bas de la tumeur un ulcère artificiel, en appliquant plusieurs fois le nitrate d'argent ou le muriate d'antimoine, et à continuer l'usage de ces caustiques pour maintenir cet ulcère ouvert pendant un certain temps. M. Scarpa a plusieurs fois employé ce moyen, mais jamais avec succès, et aucun chirurgien n'a, je crois, éprouvé les heureux effets que Richter attribue à sa méthode.

Ce que nous avons dit du staphylôme de la cornée s'applique, sous tous les rapports, à celui de la sclérotique, avec cette seule différence que ce dernier n'est pas toujours apparent, et qu'il offre aussi quelques variétés sous le rapport de la couleur. Toutes les fois que le staphylôme occupe l'hémisphère postérieur de l'œil, il ne peut qu'être soupçonné, et le plus souvent il ne l'est pas. Lorsqu'il est placé dans l'hémisphère antérieur, on le voit, du moins en partie, en écartant les paupières et en faisant diriger l'œil dans un sens favorable. Souvent il a une couleur noirâtre, et comme il a généralement une forme arrondie et qu'il offre une saillie marquée, il ressemble à la cornée et à l'iris, en sorte que le même œil paraît porter deux cornées. La couleur noirâtre de ce staphylôme est due à la choroïde qui se montre à travers la sclérotique, laquelle devient transparente en s'amincissant. Il est à peine nécessaire de dire que quand cette espèce de staphylôme vient à s'ulcérer, c'est la choroïde et non l'iris qui fait saillie à travers l'ouverture. On voit, d'après ce que nous venons de dire, que le staphylôme de la sclérotique diffère bien peu de celui de la cornée, et que nous devons les réunir dans le même article, plutôt que de revenir sur cet objet en traitant des maladies de la sclérotique.

2<sup>o</sup> *Staphylôme de l'iris.* — Le staphylôme de l'iris, autrement appelé *procidence* ou *hernie* de l'iris, est une tumeur formée par cette membrane, engagée dans une ouverture contre nature de la cornée. Cette maladie a longtemps été désignée seule sous le nom de staphylôme; plus tard on a appliqué cette dénomination à l'affection que nous venons de décrire. Quelques auteurs modernes ont appelé staphylôme faux celui de la cornée, et staphylôme vrai celui de l'iris; mais il nous semble préférable de les désigner par des termes qui

rappellent les parties qui en sont affectées. Peut-être vaudrait-il mieux encore, à l'exemple de M. Scarpa, réserver le nom de staphylôme à la tumeur de la cornée, et nommer l'autre procidence de l'iris. Au reste, nous n'attachons aux noms des maladies qu'une importance très-secondaire; et nous pensons que, pourvu qu'on donne un sens fixe à ceux qu'on emploie, il faut peu s'embarrasser de leur étymologie, et encore moins des règles qu'il a plu aux nomenclateurs de créer.

Le staphylôme de l'iris peut avoir son siège dans toutes les parties de la surface convexe de la cornée, à l'exception du centre de cette membrane qui correspond à l'ouverture de l'iris. Il faudrait qu'une cause très-violente agit sur l'œil, en altérât fortement l'organisation, pour que l'iris, dérangé de sa position naturelle, vint faire saillie à travers un trou qui occuperait le centre de la cornée. Ce cas n'est pas impossible; mais alors la procidence de l'iris ne serait qu'un objet accessoire, et d'autres accidents fixeraient l'attention du chirurgien.

Toutes les causes capables de rompre tout à coup ou lentement la continuité de la cornée peuvent produire le staphylôme de l'iris. Les principales sont les plaies, les contusions, certaines opérations chirurgicales, les abcès, les ulcères, les fistules de la cornée, et enfin, comme nous l'avons dit, le staphylôme de cette dernière membrane.

Le staphylôme de l'iris se présente sous la forme d'une tumeur ordinairement noirâtre, qui proémine à travers un trou de la cornée, et dont le volume offre de nombreuses variétés; tantôt elle a à peine celui d'une tête de mouche, et tantôt elle présente celui d'une pomme, ou seulement d'un grain de raisin: de là les divers noms de *myocéphalon*, *melon* ou *malum staphyloma*, *raisinière*, qu'on a donnés à cette maladie. On l'a quelquefois aussi appelée *helos* ou *clavus*, clou, à cause d'une sorte de ressemblance qu'on a cru trouver entre cette tumeur et la tête d'un clou. La forme du staphylôme de l'iris est en général irrégulièrement arrondie; sa surface est rarement lisse, comme celle du staphylôme de la cornée; le plus souvent elle est murale, mamelonnée, ou même anguleuse. Cette tumeur est molle, et lorsqu'elle est très-récente, elle est réductible. Outre la sensation de gêne qu'elle produit sur les paupières en les empêchant quelquefois de couvrir l'œil, elle est communément le siège d'une douleur fort vive. En même temps la pupille est déformée, allongée vers la tumeur, et sa partie moyenne ne correspond plus exactement au centre

de la cornée. Il en résulte du trouble dans la vue, et le champ de la vision est toujours diminué. A ces symptômes se joignent très-souvent un larmolement habituel et une ophthalmie d'abord très-vive qui rend l'éclat de la lumière insupportable; plus tard, la douleur devient obscure et la conjonctive prend une couleur rouge blafarde.

Le même œil est quelquefois attaqué de deux tumeurs semblables. Deshaies-Gendron, qui en cite un exemple, observa une particularité remarquable: les deux tumeurs, en augmentant de volume, s'étaient réunies par leurs bords voisins et semblaient n'en former qu'une, quoiqu'elles fussent séparées par une portion de la cornée.

Le diagnostic du staphylôme de l'iris est très-facile: l'apparition de la tumeur à la suite d'une plaie ou d'une ulcération de la cornée, et la déformation de l'iris, en sont les signes pathognomoniques. Le pronostic est beaucoup moins fâcheux que celui du staphylôme de la cornée. La portion de l'iris qui s'échappe par l'ouverture de la cornée devient un moyen naturel qui s'oppose à l'écoulement de l'humeur aqueuse, prévient dans beaucoup de cas celui des autres humeurs, et par conséquent l'atrophie de l'œil. Lorsque la maladie dure depuis plusieurs jours, la portion *herniée* de l'iris se gonfle, s'enflamme, et contracte des adhérences avec les bords de l'ouverture de la cornée. Ensuite la tumeur s'affaisse, se durcit et devient parfois indolente. On a vu même (1) la petite tumeur tomber d'elle-même après avoir été longtemps étranglée entre les bords d'un ulcère de la cornée. Mais une telle terminaison est si rare, qu'il n'est pas permis de l'espérer des seuls efforts de la nature. La tumeur est très-souvent assez volumineuse pour nuire aux fonctions de l'œil et gêner les mouvements des paupières; il est toujours utile alors et quelquefois indispensable de chercher à en débarrasser le malade.

Les principaux moyens qui ont été conseillés pour arriver à ce but sont la cautérisation et l'excision. La cautérisation doit être préférablement employée lorsque la tumeur est petite et récente: l'action du caustique, qui en détruit d'abord les parties superficielles, détermine plus profondément une inflammation légère, qui est très-propre à établir l'adhérence de l'iris avec la cornée, lorsque cette adhérence n'est pas encore commencée, et à la hâter lorsqu'elle n'est point

(1) Scarpa, *Maladies des yeux*, t. II, p. 49, dans les notes.

achevée. Cette cautérisation doit être faite avec le nitrate d'argent, qu'on applique sur la surface de la tumeur, en ne la pressant qu'autant qu'il le faut pour ne détruire le staphylôme qu'en trois ou quatre applications du caustique; on aura soin de cesser son emploi dès que la tumeur ne formera plus qu'une saillie légère, et qu'il excitera de vives douleurs. Il ne serait pas prudent d'entreprendre de détruire la tumeur en une seule fois. Lorsqu'on a suffisamment cautérisé, on abandonne la maladie à elle-même; des granulations se développent et la plaie se cicatrise. Si, quand le staphylôme est petit et récent, au lieu de le cautériser, on l'enlevait avec l'instrument tranchant, il se reproduirait bientôt par la procidence d'une nouvelle portion de l'iris. C'est ce qui est arrivé à plusieurs chirurgiens, et à M. Scarpa lui-même.

Lorsque la tumeur, petite ou volumineuse, est ancienne, dure et supportée par un pédicule étroit, il n'est pas douteux qu'une cicatrice solide ne se soit formée, et que la simple incision au moyen de ciseaux ne soit préférable à la cautérisation, qui exigerait un temps fort long. Enfin, dans tous les cas où la tumeur dure depuis peu de temps et offre un volume assez considérable et une base d'une certaine étendue, il ne serait pas prudent de l'exciser en totalité, parce qu'on pourrait par cette opération rompre la cicatrice, dont il est impossible de connaître d'avance la solidité et l'étendue. Il ne serait pas convenable non plus d'attaquer avec le nitrate d'argent une tumeur qu'on ne pourrait détruire que par un nombre très-grand de cautérisations. Le caustique trop souvent appliqué pourrait déterminer dans la tumeur une dégénération fâcheuse, accident bien rare, sans doute, mais qui n'est pas impossible; il rendrait d'ailleurs le traitement fort long. Il est donc convenable, dans tous ces cas, de réunir les deux moyens curatifs, l'excision et la cautérisation; en coupant le staphylôme à quelque distance de la cornée, à une ligne par exemple, on ne s'exposera pas à toucher à la cicatrice et à rompre les adhérences, et cautérisant alors à plusieurs reprises le reste de la tumeur, on parviendra à la détruire. De cette manière, on évitera les inconvénients attachés à l'un et à l'autre de ces moyens thérapeutiques, et on réunira dans un procédé mixte ce qu'ils offrent l'un et l'autre d'avantageux.

Le staphylôme lui-même est toujours une affection locale qui n'exige point de remèdes internes. Mais, comme nous l'avons dit

précédemment, l'ulcère ou la fistule de la cornée qui deviennent souvent la cause de cette maladie dépendent quelquefois d'une diathèse vénérienne, scrofuleuse, etc., qu'il est nécessaire de combattre. Il faudrait alors, avant d'en venir au traitement local, prescrire pendant un temps convenable un régime et des médicaments internes propres à détruire l'affection présumée. Enfin, dans le cas où le staphylôme de l'iris aurait succédé à celui de la cornée, le premier ne serait qu'un symptôme de l'autre; il n'exigerait aucun traitement particulier, et on agirait comme si la seconde affection existait seule.

Nous finissons ce qui a rapport au staphylôme de l'iris, en faisant remarquer que le traitement que nous venons d'indiquer ne produit jamais une guérison parfaite. Il reste constamment une tache plus ou moins large dans le lieu qu'occupait la tumeur, et la pupille ne reprend ni sa forme circulaire, ni sa position première. Il est important de prévenir sur cela le malade qu'on opère, et de ne point lui laisser ignorer que l'opération a seulement pour but de le débarrasser de la tumeur et de la gêne mécanique qu'elle produit.

### 3<sup>o</sup> Procidence ou chute de la tunique de l'humeur vitrée. —

Quelques auteurs ont décrit une affection qui semble offrir avec le staphylôme de l'iris beaucoup de ressemblance: c'est la procidence ou chute de la tunique de l'humeur vitrée. Lorsqu'il existe une perforation à la cornée, soit par l'effet d'une ulcération, soit à la suite de l'opération de la cataracte, on voit se présenter à travers l'ouverture une vésicule transparente, remplie d'un liquide incolore. Ce liquide a été pris pour l'humeur aqueuse, et la membrane qui l'enveloppe pour la tunique qui revêt la face postérieure de la cornée. Mais si l'on fait attention que cette membranule adhère si intimement à la cornée qu'il est impossible de l'en séparer par la dissection la plus délicate; que les causes qui déterminent l'apparition de cette vésicule ont détruit à la fois la continuité de la cornée et celle de la membranule elle-même; que si on enlève cette vésicule, il ne tarde pas à s'en former une autre; qu'enfin on a vu souvent paraître cette petite tumeur après la résection du staphylôme de l'iris, on devra conclure de chacune de ces considérations: 1<sup>o</sup> que cette membranule ne paraît point susceptible d'abandonner la cornée; 2<sup>o</sup> qu'ayant été incisée ou détruite avant la formation de la tumeur, on ne peut pas supposer qu'elle lui serve d'enveloppe; 3<sup>o</sup> qu'il est absolument impossible que cette petite membrane s'étende et se dilate au point de fournir suc-

cessivement des enveloppes à toutes les vésicules qui se forment ; 4° qu'enfin, si ces prétendues hernies se montrent fréquemment après l'incision de l'iris et l'extraction du cristallin, il est évident qu'elles ne sont point formées par la membrane qui est placée devant l'iris, mais bien par une portion des membranes situées derrière celui-ci.

Il est incontestable que la vésicule qui se présente souvent à la suite des opérations pratiquées sur l'œil n'est autre chose qu'une portion de l'humeur vitrée, enveloppée dans sa membranule propre, et adhérente à d'autres portions contenues encore dans l'œil, qui s'échapperont à leur tour lorsque celle qui les précède sera enlevée, si les lèvres de la plaie ne se rapprochent pas. Pour confirmer cette conclusion, il suffit de se rappeler la disposition bien connue du corps vitré.

Ce n'est point ici une maladie particulière, mais simplement un effet du passage du corps vitré dans les chambres de l'œil, et hors de l'œil, à travers l'ouverture de la cornée. Cet accident ne présente pas d'autre indication que d'exciser la vésicule et d'éloigner les causes qui tendraient à écarter les bords de l'ouverture, soit en se plaçant entre eux comme font quelquefois les paupières, soit en comprimant le globe de l'œil.

#### ARTICLE VIII.

##### *Maladies de l'iris.*

Les principales maladies auxquelles l'iris est exposé sont le déplacement ou hernie de cette membrane, son adhérence à la cornée ou à la capsule du cristallin, son décollement, la constriction de la pupille, son imperforation congéniale et son oblitération accidentelle, enfin sa dilatation contre nature. Nous avons parlé de la hernie sous le nom de staphylôme ou procidence de l'iris; nous allons traiter des autres maladies de cette membrane.

##### § 1. — De l'iritis. (P. B.)

L'iritis est l'inflammation de l'iris. J'en ai déjà parlé, t. II, p. 1032, en traitant de la syphilis, et j'ai décrit alors l'iritis syphilitique, dont

j'ai vu un grand nombre d'exemples. Mais il survient quelquefois, d'après les ophthalmologistes, un iritis non spécifique. Je dois avouer que je ne l'ai jamais observé. J'ai vu assez souvent des iritis dans des ophthalmies intenses, c'est-à-dire dans des inflammations de tous les tissus qui concourent à la composition de l'œil; mais je n'ai vu, dans aucun cas, des iritis isolés: j'en excepte toutefois ceux qui se manifestent dans la syphilis constitutionnelle. Quand ils sont chroniques, ils existent seuls; mais quand ils sont aigus, ils sont, comme les autres, concomitants de l'ophthalmie générale.

Les ophthalmologistes modernes ont établi dans la description de l'iritis des distinctions qui avaient été faites déjà par les ophthalmologistes du XVIII<sup>e</sup> siècle: ainsi ils ont distingué l'inflammation de l'iris en celle qui occupe la membrane séreuse antérieure, ou *iritis séreuse*; en celle qui occupe la membrane séreuse postérieure, ou *uvéite*, et en celle qui occupe le tissu parenchymateux de l'iris, ou *iritis parenchymateux*. De pareilles distinctions sont oiseuses, et les ophthalmologistes le reconnaissent eux-mêmes, puisqu'ils disent que les deux premières espèces sont des variétés de la dernière. Aussi je ne suivrai pas leur exemple, et je décrirai seulement l'iritis simple. Son analogie avec l'iritis syphilitique est très-grande; je ne comparerai pas ici ces deux maladies, afin de ne pas faire de répétitions; le lecteur pourra consulter le chapitre de la *Syphilis*.

Les causes de l'iritis qui nous occupe sont la scrofule et la goutte. La scrofule paraît avoir une action beaucoup plus directe que la goutte. Ces causes sont nommées constitutionnelles ou générales pour les distinguer des causes locales ou externes, qui sont le refroidissement de tout le corps, l'action de l'air extérieur sur l'œil, et surtout les lésions traumatiques directes et celles des autres membranes de l'œil.

L'iritis s'annonce par un rétrécissement régulier de la pupille, une absence de mouvement de l'iris qui ne cède qu'à des variations brusques et subites de lumière, et par un changement de couleur dans cette membrane. A mesure que la maladie fait des progrès, ces phénomènes augmentent. Le rétrécissement de la pupille reste circulaire, ce qui le différencie de celui qui a lieu dans l'iritis syphilitique et qui est toujours irrégulier; il devient tel quelquefois que la pupille n'a guère qu'un millimètre de diamètre. Alors il n'y a plus aucun mouvement oscillatoire, quel que soit le moyen que l'on emploie, et les nar-