

que l'iris, avec lequel elles sont intimement unies. Toutes les parties qui forment le staphylôme, à l'exception de la capsule cristalline, reçoivent de nombreux vaisseaux sanguins. Il existe une certaine divergence d'opinions entre les auteurs, relativement aux connexions de la membrane de Descemet avec la face postérieure du staphylôme. D'après Hairion, la structure de tous les staphylômes n'est pas uniforme; d'après la nature du tissu qui entre dans la formation de la tumeur, il en existe trois variétés: le *fibroïde*, l'*épithélial* et le *fibro-plastique*. En résumé, si dans quelques cas les staphylômes opaques de la cornée sont constitués aux dépens de l'iris recouvert d'une exsudation plastique, il est incontestable que, dans d'autres, la cornée elle-même participe à la formation de la tumeur.

Causes. Le staphylôme opaque de la cornée est la conséquence des ulcères de cette membrane. Si l'ulcération est très-limitée, et que le travail de destruction s'étende jusqu'à la chambre antérieure, une petite portion d'iris s'engage dans la perforation. En même temps, la portion de cornée qui entoure cette dernière se ramollit; elle prête moins de résistance à l'impulsion exercée par les humeurs de l'œil, se distend, est poussée en avant avec la portion d'iris qui lui est contiguë et qui contracte des adhérences intimes avec elle. C'est ainsi que se forme le staphylôme *partiel*. Chez quelques sujets atteints de kératite ulcéreuse, on peut suivre toutes les phases de ce travail, preuve bien certaine, nous le répétons, que le staphylôme opaque de la cornée n'est pas toujours, comme le pensent quelques auteurs, constitué par une hernie de l'iris recouvert d'une pseudo-cornée. Le staphylôme *total* est souvent la conséquence d'une ophthalmie purulente des nouveau-nés. Si la cornée, comme cela s'observe dans quelques cas, est complètement ou en grande partie détruite, le cristallin s'échappe au dehors, le corps vitré demeure dans l'œil; l'iris poussé en avant fait hernie par sa totalité à travers la brèche cornéale; cette tumeur se recouvre d'une exsudation plastique qui ne tarde pas à s'organiser et prend les caractères d'une cornée: de là le nom de *pseudo-cornée* qu'on lui a donné avec raison. Les mêmes phénomènes se passent après certaines ophthalmies blennorrhagiques qui ont donné lieu soit à une infiltration purulente, soit à une gangrène de la cornée.

Symptômes. Ils varient suivant l'espèce du staphylôme:

Dans le *staphylôme partiel*, la cornée présente, dans une portion limitée de son étendue, une saillie plus ou moins considérable qui se continue, par une inclinaison douce, avec le reste de la membrane. Cette saillie a une coloration variable suivant les tissus qui entrent dans sa formation. L'iris prédomine-t-il dans la masse morbide, celle-ci est d'une couleur bleu foncé; la cornée proprement dite est-elle comprise en plus grande partie dans la tumeur, celle-ci est d'un gris bleuâtre. En même temps, la pupille est déformée, tirillée du côté du staphylôme, parfois remplie en partie ou en totalité par une exsudation plastique. La vision est plus ou moins troublée d'après ces dernières conditions.

Le *staphylôme général* se présente sous la forme d'une tumeur blancheâtre, blanche-jaunâtre, blanche-opaline, bleuâtre, grise-bleuâtre ou rosée;

des vaisseaux s'y ramifient parfois en plus ou moins grand nombre; cette tumeur, d'un volume variable, a le plus souvent une forme *hémisphérique*, quelquefois *conique*. La surface en est lisse ou inégale. On trouve parfois au centre une petite tache noirâtre répondant à une portion d'iris non recouverte de cornée, ou un pertuis par lequel s'échappe l'humeur aqueuse et qui se ferme et se rouvre alternativement. D'autres staphylômes présentent à leur sommet un *kératocèle* auquel succède une fistule temporaire de la cornée. Autour de la circonférence de cette membrane, et dans une étendue variable, la sclérotique très-amincie, de couleur bleuâtre, offre quelquefois une série de bosselures de cette couleur. La vision est abolie ou réduite à distinguer la lumière des ténèbres. Lorsque la cécité est complète, et qu'il se forme une petite perforation à la cornée, tant que celle-ci n'est pas cicatrisée, le malade recouvre parfois la faculté de distinguer les objets de grande dimension.

Marche. Terminaisons. Le staphylôme *partiel* peut demeurer stationnaire pendant longtemps. D'autres fois, il se convertit en staphylôme total, parce qu'il se forme d'autres ulcérations perforantes de la cornée, à côté de la première, et que de nouvelles portions d'iris s'engagent dans la tumeur. Au bout d'un certain temps, la cornée et l'iris sont soudés ensemble dans presque toute leur étendue.

Le staphylôme *total* peut demeurer stationnaire pendant des années, constituant alors une difformité à peine gênante. D'autres fois, la tumeur s'accroît au point de déborder les paupières, exerce une pression douloureuse sur les voiles, rougit et est le siège d'élançements; elle s'enflamme, se ramollit, s'ulcère, puis se perfore; d'où une évacuation de l'humeur aqueuse et l'affaissement de la partie antérieure du globe. Quelquefois la perforation se cicatrise et le staphylôme reparait avec les mêmes caractères que précédemment, jusqu'à ce qu'une nouvelle attaque inflammatoire reproduise les mêmes phénomènes. D'autres fois, la phlegmasie se propage aux parties profondes de l'œil; il se déclare un phlegmon qui, parcourant ses diverses périodes, entraîne finalement l'atrophie de l'organe. Dans d'autres cas, la tumeur durcit, le staphylôme peut devenir aussi coriace que du fibro-cartilage; c'est la transformation en tissu *fibro-plastique* dont il a été question précédemment (p. 34).

Diagnostic. Le staphylôme total ou partiel se distingue de l'*albugo* et du *leucoma* par l'absence, dans ces dernières affections, de toute saillie anormale de la cornée qui, tout en ayant changé de couleur, a conservé sa forme normale.

Pronostic. Il est grave, parce que le staphylôme opaque compromet la vision, qu'il donne lieu à des douleurs lorsqu'il fait des progrès.

Traitement. Il diffère, suivant que le staphylôme est partiel ou total:

1° **STAPHYLOME PARTIEL.** Lorsqu'un staphylôme de ce genre est en voie de formation, on arrive parfois à en arrêter la marche, et même à le faire disparaître, en *cautérisant* la tumeur avec la pierre infernale ou avec le beurre d'antimoine (Beer); en pratiquant des *ponctions* multiples du staphylôme; en *excisant* un petit lambeau de la tumeur (Rosas); en pratiquant

une *iridectomie* (A. Quadri); en excisant un petit lambeau de la cornée (A. Quadri). La *compression* du staphylôme à travers les paupières peut aussi être tentée. Lorsque la vision est perdue, que la pupille a complètement disparu, il est préférable de faire l'*excision* totale du staphylôme.

2° STAPHYLÔME TOTAL OU COMPLET. En admettant que la tumeur n'occasionne aucune douleur, aucune gêne, elle est toujours un objet de difformité, et il y a tout avantage pour le malade d'en être débarrassé, pour pouvoir porter un œil artificiel. Deux méthodes générales ont été préconisées : la ligature et l'excision ; celle-ci est totale ou partielle.

(a). **Ligature.** On traverse la base de la tumeur par deux longues épingle qui se croisent en X, au centre de la base. Un fil de soie passé derrière les épingle fait le tour complet du staphylôme. On le serre sur les épingle et on le fixe au moyen d'un double nœud. Les deux chefs sont assujettis sur la joue correspondante, au moyen d'un petit emplâtre agglutinatif. Si le staphylôme est partiel, on en embrasse toute la base, en enfonçant les épingle contre la région diaphane de la cornée. S'il est complet, on se contente de comprendre entre les épingle une petite portion du staphylôme. Dans les deux cas, la partie étranglée est tout à fait détachée vers le troisième jour ; au bout d'une semaine, la cicatrisation est complète (Borelli).

Excision de la tumeur. Elle comprend un grand nombre de procédés.

Celui que nous mettons habituellement à exécution est le suivant : le patient est assis sur une chaise basse, la tête appuyée contre la poitrine d'un aide ; les paupières sont convenablement écartées par un élévateur et un abaisseur. Le chirurgien fixe l'œil, en saisissant avec des pinces à griffes un repli de la conjonctive, au voisinage de la circonférence de la cornée. De l'autre main, il prend un couteau *staphylotome* qu'il tient horizontalement comme une plume à écrire, l'un des tranchants de l'instrument dirigé en haut, l'autre tranchant tourné en bas. Il enfonce la pointe de l'instrument dans l'épaisseur du staphylôme, près de la circonférence de la sclérotique, sans enfamer celle-ci, et la fait ressortir dans un point diamétralement opposé. Continuant à pousser le couteau de dehors en dedans, il détache ainsi la plus grande portion de la tumeur qui ne tient plus en haut ou en bas que par un petit lambeau. On achève la séparation du staphylôme, en le saisissant avec des pinces et en excisant le pédicule restant avec des ciseaux. Il faut s'opposer à l'issue de l'humeur vitrée, pendant les manœuvres opératoires ; de cette façon, le moignon qui reste, après l'ablation du staphylôme, conserve assez de volume pour l'adaptation parfaite d'un œil artificiel. On recommande aussi avec raison de ne jamais comprendre dans l'excision aucune portion de sclérotique : il y a avantage à ne pas laisser le cristallin dans l'œil. Après l'ablation de la tumeur, on rapproche les paupières et on les maintient closes, à l'aide de bandelettes de taffetas agglutinatif, comme après la kératotomie. Le reste du traitement est conforme à celui de cette dernière opération.

Accidents. Le plus commun est l'hémorragie. On l'attribue à l'écoulement subit des humeurs de l'œil, d'où résulte une diminution notable de la pression intraoculaire, et par suite une exhalation de sang dans la cavité de l'or-

gane. L'hémorragie peut être assez abondante pour que le sang s'accumule sous la paupière supérieure qui est soulevée par le liquide ; parfois, le voile est tellement distendu qu'il est livide, recouvert de phlyctènes et qu'on le croirait menacé de gangrène. Dans d'autres cas, le sang s'épanche au-dessous des membranes profondes du globe. Pour prévenir cette hémorragie intraoculaire, on ponctionne lentement le staphylôme, de manière à obtenir un écoulement graduel de l'humeur aqueuse. Si, malgré ces précautions, le sang s'écoule, on a recours aux fomentations froides et astringentes, à une compression méthodique du globe. Lorsque la paupière est fortement distendue, on enlève avec précaution une portion du caillot.

L'*issue de l'humeur vitrée* est un accident fâcheux, en ce sens que l'œil se réduit à un trop petit volume. Pour le prévenir, on peut, comme l'a proposé Critchett, traverser la sclérotique, en arrière du staphylôme, avec des aiguilles recourbées enfilées chacune d'un fil ; ces aiguilles restent en place pendant l'excision de la tumeur, et servent de barrière à l'humeur vitrée ; après l'opération, elles entraînent les fils, au moyen desquels on obtient une réunion des lèvres de la plaie par première intention.

Lorsqu'il se déclare, à la suite de l'opération, une *phlegmasie trop intense*, on la combat par les antiphlogistiques, les onctions hydrargyriques belladonnées sur l'orbite, l'application sur les paupières de cataplasmes émollients. Si l'inflammation ne se développe pas à un degré suffisant et que la tumeur se reproduise, ce qui arrive souvent quand on n'a enlevé qu'une petite portion du staphylôme, on augmente la phlegmasie, en irritant la cavité oculaire par l'introduction journalière d'un stilet entre les lèvres de la plaie.

CHAPITRE VII.

TUMEURS DE LA CORNÉE.

ARTICLE I.

Staphylôme conique transparent de la cornée.

On l'appelle encore *cornée conique*, *cornée en pain de sucre*, *staphylôme pellucide de la cornée*, *conicité pellucide de la cornée*, *keratoconus*, *ochlodes*, *hyperkeratosis*. C'est une maladie caractérisée par une déformation spéciale de la cornée : celle-ci présente la forme d'un cône, au lieu d'avoir celle d'un segment de sphère ; elle conserve toute sa transparence, ce qui la distingue du staphylôme opaque partiel ou total de la même membrane.

Anatomie pathologique. Le cône est tantôt petit et pointu, tantôt plus saillant et à sommet arrondi : ce sommet correspond généralement au centre du cône, quelquefois au côté ; plus rarement la cornée tout entière