

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° STAPHYLOME 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 stylet 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