

d'auteurs parmi lesquels on doit citer Kùchler, ont ainsi obtenu de bons résultats, surtout quand l'incision était combinée à l'ablation du *crystallin*, *point capital* (W. Jones, Coursserant et d'autres); sinon le moignon reste très volumineux et le cristallin continue à jouer un rôle hypertonisant.

2° Les *paracentèses répétées de la cornée* et la *compression*, moyen inefficace.

3° Les *paracentèses de la sclérotique*. Ce moyen, employé dès les temps anciens, et combiné après évacuation d'une partie des humeurs de l'œil à l'*emboîtement* du globe avec une lame de plomb (Guy de Chauliac), a été repris par Woolhouse et plusieurs autres opérateurs.

4° La *cautérisation du staphylome* à son centre. On a ainsi attaqué le staphylome avec des caustiques chimiques, le nitrate d'argent (Richter), le beurre d'antimoine (Beer), la cautérisation ignée. On s'efforçait de *fistuliser* le staphylome et on rouvrait la cicatrice à diverses reprises de façon à y maintenir une sorte de cautère ou fonticule. Tous ces procédés sont incertains et inférieurs aux résections.

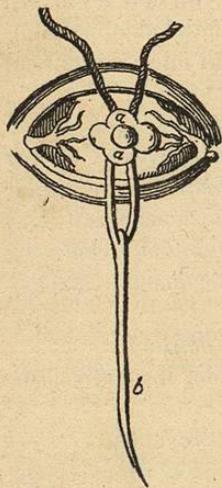


FIG. 64.

Ligature du staphylome
(Heister).

a, staphylome.
b, aiguille à anse de fil.

5° La *ligature*. — Les anciens depuis Aétius, décrivent la ligature du staphylome (fig. 64) que

divers modernes (Roux, Borelli) ont repris (fig. 65), d'ailleurs sans avantage réel. Ce procédé est lent et risque de provoquer des accidents inflammatoires.

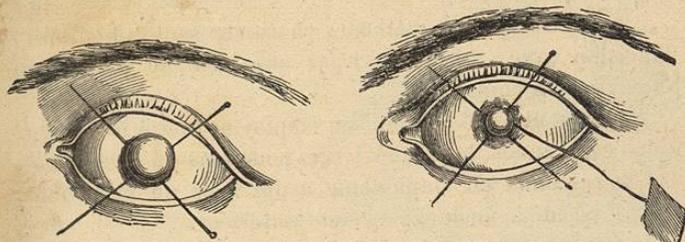


FIG. 65. — Ligature du staphylome.

I. Implantation des épingles. — II. Constriction des fils.

6° La *résection partielle ou totale du staphylome*. — Cette opération également appliquée, depuis l'antiquité, au traitement du staphylome, est logique et complète. Ce n'est guère qu'au milieu du XIX^e siècle que la grande facilité donnée à l'énucléation par le procédé de Bonnet et l'anesthésie générale, jointe à la crainte de l'ophtalmie sympathique, a fait pratiquer l'énucléation totale du globe pour de simples staphylomes. Mais cette pratique, vrai massacre des innocents, a, depuis bien des années déjà, perdu du terrain et n'a d'ailleurs jamais été adoptée par un certain nombre d'opérateurs.

La résection du staphylome se pratiquait soit au limbe, soit en avant du limbe, suivant que la résection était totale ou partielle.

Dans l'immense majorité des cas, le cristallin et une partie du corps vitré sortait après l'ablation de la cornée. *Aucune suture* n'était faite après la résection, probablement pour les mêmes raisons qui ont si longtemps empêché d'adopter régulièrement la suture après les amputations en chirurgie générale et à cause de la forme de la plaie.

Avec quelques variantes le procédé est resté le même de l'antiquité jusqu'à nos jours.

Celse enlevait un fragment lenticulaire du sommet du staphylome.

Au moyen âge, les méthodes en faveur sont la ligature, l'incision avec emboîtement par une lame de plomb, la cautérisation chimique.

Aux ^{xvii}^e et ^{xviii}^e siècles, on employait tantôt les ponctions cornéennes, tantôt les larges ponctions sclérales, tantôt la résection du staphylome attiré avec un fil (Saint-Yves), ou même celle du *segment antérieur*.

Woolhouse proposa de reporter la section bien au delà du limbe et de faire systématiquement l'ablation du *segment antérieur* en enlevant la cornée, l'iris et une partie de la sclérotique. Scarpa et d'autres se sont élevés contre ce procédé et ont repris l'excision tantôt limitée au limbe ou le plus souvent en avant du limbe.

Demours avait imaginé de pratiquer une vraie décapitation du staphylome avec l'instrument de Guérin et Dumont, qui étranglait et sectionnait dans une glissière la base du staphylome. Arcoleo a repris plus tard ce procédé avec un instrument analogue à l'amygdalotome. Mais ces instruments et ces procédés compliqués ont subi le sort de ceux qui faisaient l'iridectomie en un seul temps et diverses manœuvres qui gagnent au contraire à être variées suivant le cas et méthodiquement exécutées.

Deval déclare, au sujet de la résection, que, « si l'opération a été bien faite, un anneau formé par une languette kératique d'un demi à un millimètre de largeur et par les débris de l'iris, constituera les lèvres de la plaie. Lorsqu'il reste quelques fragments qui auraient dû être enlevés avec la masse morbide, on les saisit avec des pinces et on les excise aux ciseaux. Le cristallin sort ordinairement après la formation du lambeau. »

Quant à Desmarres, il opérât au début en saisissant le

sommet du staphylome avec une érigne, plus tard il employa exclusivement une aiguille munie d'un fil pour attirer le staphylome (Saint-Yves),

puis il sectionnait la base avec le couteau triangulaire (fig. 66), ou un couteau à double tranchant Critchett (1863) reporta vers la région ciliaire la section (fig. 67) faisant aussi une *résection du segment antérieur*, contre laquelle Scarpa avait déjà réagi. Ce procédé était mauvais, d'abord parce qu'il remplaçait l'intervention sur la région ciliaire, d'où possibilité d'hémorragie et d'ophtalmie sympathique, ensuite parce qu'il intervenait ainsi au milieu du corps

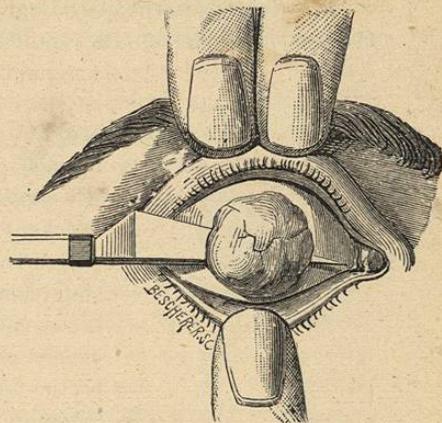


FIG. 66. — Résection du staphylome au couteau triangulaire.

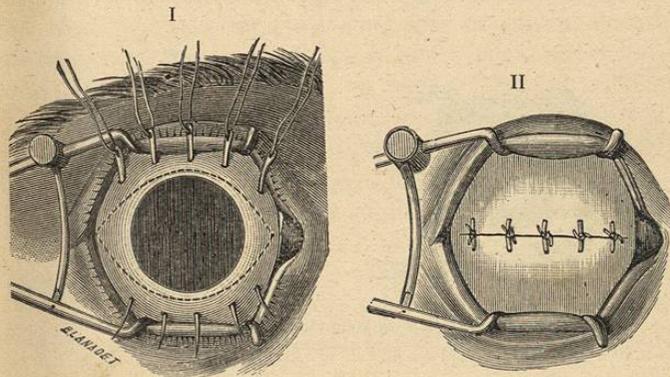


FIG. 67. — Opération de Critchett.

I. Passage des aiguilles. — II. Suture.

BIBLIOTHECA
FAC. DE MED. VA. AL.

vitré qui s'écoulait à peu près totalement, enfin parce que la sclérotique se réunit beaucoup plus lentement et beaucoup plus difficilement que la cornée; d'où opération dangereuse, inférieure à celles qui l'ont précédée, et mauvais

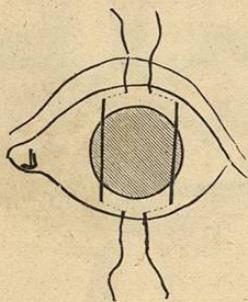


FIG. 68.
Résection du staphylome.
Procédé de Knapp.

moignon. Mais il insista sur la nécessité de suturer la plaie, ce que Wilde (1847) avait déjà fait avec un seul point de suture.

Knapp (1868) (fig. 68), puis de Wecker (fig. 69) firent de nouveau porter la section à la limite du staphylome, et de Wecker employa la conjonctive, comme moyen d'occlusion pour éviter d'intéresser les parties dangereuses et avoir un moignon plus régulier. Mais ce

procédé, qui toutefois donne souvent de bons résultats, a pour in-

convénient que la conjonctive, vraie toile d'araignée, se déchire quelquefois trop vite et que le corps vitré fait hernie et contrarie la réunion.

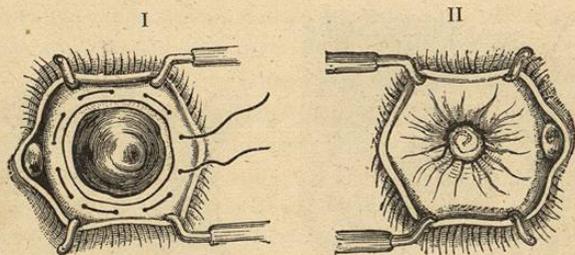


FIG. 69. — Résection du staphylome. Procédé de Wecker.

I. Passage des fils. — II. Suture en bourse.

Stellwag et Meyer ont employé de préférence une résec-

tion partielle avec sutures que Meyer décrit de la façon suivante¹. On taille, avec le couteau à cataracte, un lambeau à la base du staphylome en détachant les deux tiers de sa périphérie. Le cristallin et une partie du corps vitré s'échappent. Puis, avec des ciseaux courbes, on retire du staphylome ainsi détaché partiellement une portion telle qu'il reste un lambeau correspondant à l'ouverture, puis on suture le sommet du lambeau au point correspondant de la sclérotique. On obtient ainsi une cicatrice plate et résistante.

Richet fit l'ablation du staphylome après évacuation des membranes profondes, réalisant déjà l'exentération.

Fano² faisait la résection au limbe, enlevait le cristallin et réunissait le milieu de la plaie par un point de suture.

Wicherkiewicz³ dit avoir eu dans 42 cas d'excellents résultats en passant à la base du staphylome trois aiguilles courbes enfilées et en enlevant au couteau de Græfe tout ou partie du staphylome, faisant sortir le cristallin et nouant les fils. Il a plusieurs fois tatoué le centre de la cicatrice.

Galezowski⁴ a pratiqué aussi la staphylectomie au limbe et réuni la plaie par plusieurs points de suture. Fuchs conseille de laisser un liséré cornéen pour placer les sutures.

Camo⁵ recommande l'ablation d'une étoile de la cornée, de tout l'iris et du cristallin. Il dégage la conjonctive, racle la surface sous-jacente, et après avoir fait la suture cornéenne, fait par-dessus une suture conjonctivale. Cette dernière suture, reprise par divers auteurs, n'est pas indispensable.

1. Meyer. *Traité des opérations oculaires*, 1871.

2. Wenis. *Th. de Paris*, 1874.

3. Wicherkiewicz. *Przegląd Lek.*, 1884 et *Rev. gén. d'ophth.*, 1885.

4. Galezowski. *Traité des maladies des yeux*, 1888.

5. Camo. *Archives d'ophth.*, 1891.

BIBLIOTHECA
FAC. DE MED. U.A.N.L.

Panas exécute la résection du staphylome au limbe, provoque l'expulsion du cristallin, d'abord « suivant qu'il était cataracté ou non¹ », puis dans tous les cas², avec la curette. L'iris est arraché à sa base, dans les cas où il n'est pas venu en même temps que la cornée. Panas a donné à l'opération le nom de kératectomie combinée. Dans le premier temps, le staphylome est généralement embroché avec une aiguille de Reverdin dont le fil n'est passé qu'après résection du staphylome. L'opération se termine par des sutures, avec abrasion des angles saillants de la plaie.

On voit d'après cet exposé historique que la staphylectomie, après s'être aventurée avec Woolhouse et Critchett dans la région dangereuse du corps ciliaire, est revenue, comme le voulait Scarpa, dans la région du limbe. De plus les sutures permettent dans cette région *cornéenne* une réunion plus rapide que dans la sclérotique. L'opération est donc au plus haut degré conservatrice.

7° La *trépanation*, proposée au XVIII^e siècle par Darwin, pratiquée par Bowman et de Wecker, avec des instruments spéciaux, ne donne pas des résultats assez définitifs pour être chaudement recommandée.

8° Il en est de même de la *kératoplastie*, dont les premiers essais dus à Reissinger (1824), ont été continués par Desmarres, Dürr et bien d'autres. Ni la greffe de *petits* lambeaux cornéens, ni la *kératoplastie totale*, même avec conservation d'un lambeau conjonctival péri-cornéen (Dürr) et suture, n'ont permis aux cornées *animales* ainsi greffées de conserver indéfiniment une transparence utile.

9° Mentionnons aussi la *cornée artificielle* (Pellier de Quengsy, Nussbaum, E. Martin), que les essais périodiques faits jusqu'ici n'ont pu rendre pratique. Il en a été de même

1. Panas. T. des m. des yeux, tome I.

2. Panas. *Clin. ophth.*, 1899.

de la *trépanation sclérale* (pupille artificielle sclérale ou sclérectomie d'Autenrieth).

INDICATIONS OPÉRATOIRES. — Les staphylomes opaques *complets* nécessitent une intervention, pour dissimuler ou supprimer la *difformité*, et pour lutter contre les douleurs et la distension progressive que provoque l'*hypertonie* dont ces yeux sont généralement atteints. On ne pourra en effet rendre la vision à un staphylome complet, les essais précédents n'ayant donné aucun résultat stable.

Le tatouage n'étant que peu applicable aux staphylomes véritables, c'est surtout par le port d'un *œil artificiel* que se trouvera masquée la difformité. Mais l'œil staphylomateux ne constitue pas par lui-même un *bon moignon*, ordinairement il est *trop gros* pour qu'on puisse appliquer une coque d'émail : de plus il est presque toujours glaucomateux.

L'*énucléation* ne sera que très rarement appliquée aux staphylomes : ce serait dans le cas d'un œil énorme, mais à parois excessivement minces, devenues papyracées, qui ne formeraient qu'un mauvais moignon, et surtout quand l'œil est irrité et douloureux, qu'on pourra en venir à l'énucléation. Si l'on pratique une opération partielle, le moignon sera de beaucoup préférable, comme le croyaient les anciens.

L'*exentération* a l'inconvénient de donner un *moignon bien inférieur* à la simple staphylectomie sans curage de l'œil.

Les *ponctions de la sclérotique* faites sans enlever la cornée opaque, de façon à réduire l'œil sans toucher au staphylome, ne sont pas toujours efficaces : elles laissent persister le staphylome, l'iris et le cristallin, et, si elles sont au contraire trop largement faites, elles entraînent quelquefois l'atrophie douloureuse de l'œil. *On les emploiera* au contraire, s'il y a lieu, pour réduire le volume d'un moignon *resté trop gros* après la staphylectomie.

On pratiquera donc l'ablation de la cornée *staphylomateuse*, en y joignant celle de l'iris et du cristallin, désormais inutiles et particulièrement dangereux comme agents d'hypertonie. D'ailleurs, dans la majorité des cas, l'iris est enlevé en même temps que le staphylome dont il fait partie intégrante, et quant au cristallin, il sort fréquemment de lui-même sans qu'on soit obligé d'aller le chercher.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — L'opération comprend trois temps principaux, souvent réduits à deux. Le premier est la résection du staphylome. Le second, l'évacuation du cristallin, s'il n'est pas sorti. Le troisième, l'occlusion de la large plaie béante.

1^o Résection du staphylome. — On passera trois aiguilles courbes à 1 millimètre en avant du limbe, puis saisissant le sommet du staphylome avec une pince érigne, on le

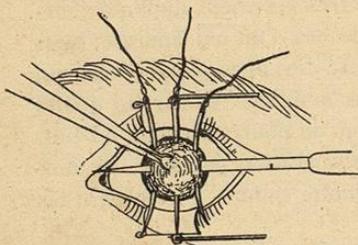


FIG. 70. — Résection du staphylome.

transfixe avec un couteau à cataracte de façon à le sectionner à un demi ou un millimètre au plus en avant des aiguilles (fig. 70). On termine la résection avec le couteau ou avec des ciseaux. L'iris est arraché à sa base avec des pinces à iridectomie, s'il y a lieu, car très

généralement il double le staphylome et est retiré avec lui.

2^o Évacuation du cristallin. — Avec le kystitome (et non avec la curette qui ouvre d'emblée le corps vitré), on évacue le cristallin souvent mou et qui passe entre les aiguilles.

3^o Suture. — Avec le porte-aiguille, on retire doucement les aiguilles en les saisissant par la pointe, puis on noue les fils de soie fine en commençant par celui du milieu. Les

angles seront abrasés s'ils sont trop saillants. Les fils sont laissés une semaine en place, si la cicatrisation s'effectue sans incident.

On évitera dans cette opération de cheminer seulement dans les lames de la cornée avec les aiguilles ou avec le couteau; la cornée staphylomateuse est quelquefois mince, mais d'autres fois d'une épaisseur sept à huit fois plus grande que la normale.

Accidents opératoires. — La suppuration très fréquente encore au temps de Scarpa et de Desmarres, quand on employait des instruments sales et on laissait la plaie sans suture, ne se produit guère plus aujourd'hui.

Une violente hémorragie *expulsive* est fort rare. Il est inutile de tenter de l'arrêter par des pièces hémostatiques, même mises en arrière du moignon. Cet accident doit transformer de suite l'opération en exentération et, en quelques coups de curette, on videra l'intérieur de la coque oculaire. Si une hémorragie de moindre importance se produisait les jours suivants, on est amené à desserrer les fils et à évacuer par une ponction ou avec une *fine* curette, une partie du sang ou des caillots.

Accidents consécutifs. — Le glaucome ne se reproduirait que si on avait laissé en place le cristallin ou une trop grande partie du staphylome.

La suppuration tardive ou une *choroïdite* plastique peuvent envahir le moignon et nécessiter son curage ou sa suppression.

Si la suture se désunit, le vitré forme un *bourgeon polypoïde* qui sera réséqué et cautérisé.

L'*ophtalmie sympathique* est l'accident le plus redoutable. Van den Bergh, Little, Knapp, Carter, Chevallereau, Darier en ont rapporté des cas¹ et il doit y en avoir d'autres non publiés. L'*extrême rareté* de cet accident ne doit cepen-

1. Soc. d'opt. de Paris, 1900.

dant pas faire supprimer les opérations conservatrices, mais réserver l'ablation de la cornée aux cas qui ont été fortement *glaucomateux*, les yeux ayant passé par le stade de glaucome paraissant exempts (de Wecker) de la possibilité de donner une ophtalmie sympathique. De plus, comme Wolfe et nous-mêmes l'avons de nouveau recommandé, on se tiendra en avant du limbe au cours de l'opération, de façon à être suffisamment loin de la région ciliaire. L'ophtalmie menaçante ou déclarée sera traitée par l'énucléation et le traitement mercuriel.

Résultats. — Les résultats opératoires de l'ablation du staphylome sont souvent très beaux. Nous avons vu d'assez nombreux cas de longues années après l'opération pratiquée par divers confrères, de province ou de Paris, et où les moignons étaient restés superbes et *complètement utiles* à la prothèse. On n'oubliera pas qu'il s'agit d'opérations qui ne sont pas des opérations de complaisance, mais qui, en masquant une difformité repoussante, permettent à une foule de sujets de jouer, sans trop d'infériorité, leur rôle social, alors que l'énucléation aurait laissé des traces beaucoup plus visibles. De plus ces moignons n'étaient plus douloureux. Il en a été de même dans plusieurs cas opérés par nous.

L'opération donne donc généralement lieu à un beau *moignon*, indolent, solide, de forme assez régulière, bien qu'un peu ellipsoïde horizontalement, de volume parfait, moignon en quelque sorte *vivant*, c'est-à-dire pouvant subsister de longues années sans subir de retrait atrophique. Ce moignon est fort bon pour la prothèse qui y colle pour ainsi dire, à un niveau égal à celui de l'œil sain et possède une mobilité parfaite. Chez un de nos malades, la cicatrice noirâtre le satisfaisait assez pour qu'il se passât d'œil artificiel. On sera réservé dans les *latouages* de ces moignons, afin de ne pas trop les irriter par les nombreuses séances que cette opération nécessite ici.

La suppression de la tendance hypertonique a été attribuée par Panas à un décollement rétinien qui se produirait dans le moignon. Ce décollement n'existe d'ailleurs pas toujours (G. Pinto). L'ablation du cristallin, de la barrière irienne et l'évacuation fréquente d'une notable partie du corps vitré, doivent également jouer un rôle antiglaucomateux.

Il faut reconnaître que ces beaux résultats prothétiques remontent bien haut, puisque Fabrice d'Acquapendente remarque que la prothèse sur les moignons avec « l'escorce de verre » faite à Venise donne de tels résultats que les plus clairvoyants s'y trompent et que Heister nous dit à propos de l'opération du staphylome d'après ses opérés que l'œil artificiel se meut avec tant de facilité que beaucoup de gens s'y méprennent au point de le prendre pour un œil naturel et sain. D'autre part Beer dit avoir fait l'opération du staphylome 216 fois sans accident sérieux.

La prothèse ne sera pas faite trop tôt, mais à titre provisoire environ un mois après l'opération, par conséquent plus tard qu'après l'énucléation.

§ VI. — Kératocône.

La *compression*, fort vantée par Demours et Desmarres, unie aux myotiques (Weber), considérée par d'autres comme inutile, a donné quelquefois de bons résultats (Panas). On peut la combiner à des opérations préliminaires (paracentèses, sclérotomies).

Quant aux *opérations* sur le globe lui-même, on s'est adressé un peu à toutes les interventions. L'*iridectomie* pure et simple et l'enclavement volontaire de l'iris (*iridodésis*) ont plus d'inconvénients que d'avantages. L'*iridotomie extracornéenne* de Vincentiis et Schöler serait beaucoup plus indiquée et bien plus justifiée que l'iridotomie intra-

BIBLIOTHECA
FAC. DE MED. U. A. M.

oculaire, dangereuse pour le cristallin, et que l'iridectomie qui accentue les cercles de diffusion.

L'avenir apprendra dans quelle mesure les enclavements iriens, si funestes pour l'avenir de l'œil, sont fréquents après cette opération qu'ils suffiraient à faire complètement rejeter, et si, dans le cas où elle paraît indispensable, une *sphinctérectomie* ne reste pas l'opération de choix, combinée aux autres opérations cornéennes. On recherchera préalablement dans quelle mesure l'atropine augmente la vision et faire la kératoscopie vraie au disque de Placido (Masselon).

Le *tatouage* (de Wecker) pourrait être indiqué, mais seulement s'il était manifeste que la taie, après ou avant la cautérisation ignée, est assez solide pour le supporter utilement et sans danger.

On a cherché à réduire la courbure cornéenne par diverses opérations venues en général de la *cure du staphylome opaque*. On a donc employé, comme on l'a fait si souvent pour le staphylome opaque, la cautérisation chimique du sommet du cône, puis l'excision d'un fragment cornéen (Fario (1839), Warlomont, Roosbroeck), avec ou sans sutures de la plaie (Bader).

Sichel père employait le nitrate d'argent pour cautériser le sommet du cône; de Græfe a repris ce procédé en faisant procéder la nitratisation d'un léger curettage avec une aiguille creuse.

Nous avons vu un malade de Meyer très amélioré de la sorte par une cautérisation *paracentrale*. La pupille, sans iridectomie, était suffisamment libre pour permettre une vision satisfaisante.

Les *ponctions* cornéennes ont été souvent utilisées sans grand résultat.

La *sclérotomie* a été également employée (de Wecker, Snellen) et combinée à la compression.

Dans un de nos cas, le large lambeau de l'extraction de

la cataracte n'a pas entraîné de modification notable dans l'état de la cornée.

La *cautérisation ignée* (Gayet) semble actuellement l'opération de choix. On la fera sur le côté de la taie en empiétant sur elle. On pourra cautériser une certaine étendue à plusieurs reprises avant d'en venir à la cautérisation perforante, de façon à avoir une surface rétractile beaucoup plus grande.

On instillera de l'*atropine* après l'opération. Sans doute elle n'agira pas tant que la chambre antérieure restera ouverte; mais, dès que la fermeture généralement rapide de la plaie s'effectuera, elle dilatera la pupille, calmera l'irritation irienne et écartera le sphincter du voisinage de la perforation. L'ésérine, si irritante, aurait, sauf une tendance glaucomateuse, plus d'inconvénients que d'avantages. On sera du reste à temps à suspendre l'emploi des mydriatiques ou à les remplacer par des myotiques d'effet plus doux que l'ésérine (pilocarpine).

C'est donc plutôt à la cautérisation ignée *paracentrale* combinée ou non plus tard à la sphinctérectomie et aidée par la tarsorrhaphie partielle qu'on s'adressera, dans les cas très marqués, pour opérer un kératocone.

Trélat et Abadie ont pratiqué des cautérisations ignées *périphériques*, de façon à rétracter par la périphérie l'excès de courbure. Ces tentatives paraissent moins justifiées, car elles diminuent la transparence de la partie saine de la cornée qu'elles attaquent.

Enfin la *suppression du cristallin* (Adams) a été tentée. Mais vu l'insuccès visuel possible et les dangers de l'opération, on sera réservé avant d'en venir à l'opacification et à l'extraction du cristallin transparent, qui n'agit pas sur le kératocone lui-même.

Nous avons préconisé¹ ici le premier l'emploi de la

1. A. Terson. Mal. de l'œil. *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, V. 1897.

tarsorrhaphie pour lui faire jouer un rôle de compression élastique permanente, bien supérieur à celui du bandeau compressif, irritant, et que le malade est, comme nous l'avons vu plusieurs fois, obligé d'abandonner à divers intervalles, pendant lesquels le bénéfice acquis peut se reperdre. On sait au contraire comme la *tarsorrhaphie* est bien supportée et il était permis de penser que son action ininterrompue aurait une influence des plus heureuses. Kalt vient de fournir à ce sujet des résultats intéressants¹.

La *tarsorrhaphie*, lorsqu'elle sera acceptée par le malade qui s'y résoudra d'ailleurs quelquefois seulement après avoir constaté les ennuis nombreux du bandeau compressif, devra être considérée comme un très utile *adjuvant des opérations* portant directement sur la cornée. Il est possible qu'elle assure leur guérison et la persistance de leur effet.

Quant à la *tarsorrhaphie* pure et simple, elle aura une influence de la même nature (et même plus efficace, vu la continuité absolue de son action) que la compression par le bandeau combinée à l'usage des myotiques. D'ailleurs on pourra augmenter son action par le bandeau qui serait alors mieux toléré et dont on pourra de temps en temps cesser l'usage sans risquer de perdre le résultat obtenu, la *tarsorrhaphie* restant en place.

C'est à la *tarsorrhaphie médiane*, large, qu'il conviendra de s'adresser, sans oublier les myotiques. Tout en conservant un large pont médian, ici indiqué pour comprimer directement la cornée malade, on prolongera un peu ce pont du côté *interne* vers les points lacrymaux. De cette façon, lorsqu'on voudra (après un temps variable, encore difficile à préciser, mais qu'il y a certainement intérêt à prolonger dans la mesure du possible) soit s'assurer du résultat, soit obéir aux sollicitations croissantes du malade, on attaquera la *tarsorrhaphie* par le côté *externe*, sans la supprimer

1. Kalt. *Soc. fr. d'opht.* 1899.

entièrement du coup et en laissant persister en dedans un petit pont d'arrêt. Il sera facile ainsi sans faire complètement cesser l'effet de la *tarsorrhaphie*: 1^o de vérifier l'état de la cornée; 2^o de constater l'effet optique obtenu; 3^o de pratiquer de nouvelles opérations sur la cornée, sur l'iris et même le cristallin, si elles paraissent nécessaires.

C'est envisagée de la sorte que la *tarsorrhaphie* réalisera probablement un progrès dans la thérapeutique, malgré tout assez décevante, du *kératoglobe*.

§ VII. — *Kératoglobe.*

Dans le *kératoglobe*, il est permis de se demander si l'extraction du cristallin transparent, pratiquée avec les préparations en usage dans la myopie extrême, ne serait pas utile, car d'une part, la cornée a une forme régulière, et d'autre part, le fond de l'œil et le corps vitré peuvent être en très bon état, ce qui n'est pas le cas dans la myopie excessive. Terson père, ayant opéré de la cataracte un malade atteint de *kératoglobe*, a obtenu un excellent résultat visuel.

§ VIII. — *Astigmatisme cornéen.*

La paracentèse de la cornée et diverses autres opérations (cautérisation ignée, scarification), ont été employées (Bates, Pflüger, Baiardi) pour modifier l'*astigmatisme* régulier. Ces opérations sont venues de la constatation des modifications de la courbure cornéenne à la suite d'opérations sur la cornée (extraction de la cataracte, iridectomie, etc.). Mais il n'est nullement encore prouvé qu'on puisse obtenir des résultats durables et susceptibles d'un dosage précis.

BIBLIOTHECA
FAC. DE MED. U.S.A.M.

§ IX. — Tumeurs.

La grande majorité des tumeurs cornéennes ne sont que des propagations de tumeurs conjonctivales : leur opération a déjà été examinée avec elles.

S'il y a au contraire une tumeur réellement primitive de la cornée, il y a lieu d'en *prélever un fragment* pour déterminer s'il s'agit d'une tumeur bénigne (papillome, fibromyxome, etc.), ou maligne (épithélioma, sarcome). Si la tumeur est démontrée *bénigne*, l'ablation et le curage (avec ou sans cautérisation ignée surtout périphérique et destinée à *barrer la route* conjonctivale et à intercepter l'appoint nutritif que la conjonctive fournirait à une récurrence), sont indiqués, en respectant le plus possible les parties saines, qui recouvreront une assez grande transparence.

Dans le cas d'une récurrence profonde ou d'une hypertrophie en masse de la cornée (fibro-staphylome hypertrophique), l'ablation de la cornée, de l'iris (pour éviter l'adhérence et ses dangers) et du cristallin désormais inutile, comme on les pratique pour le staphylome opaque complet, sera logique. C'était la pratique courante autrefois.

S'il s'agit d'une tumeur véritablement *maligne*, on fera l'ablation de l'œil et d'un assez grand anneau de conjonctive, après insuccès du traitement habituel (curage et cautérisation ignée large, profonde et portant *tout autour de la tumeur sur les parties qui paraissent* encore absolument saines).

§ X. — Exentération et curages du globe dans la panophtalmie.

L'exentération (curage total) et les curages partiels du globe ayant été en général pratiqués avec ablation ou vaste

détachement de la cornée, c'est avec les opérations *cornéennes* que l'on doit les décrire, de même que l'énucléation, vraie désarticulation du globe avec désinsertion successive de tous les muscles, doit être décrite avec les opérations *sur les muscles de l'œil*, dont elle n'est qu'un dérivé.

Le curage de l'œil nécessite d'abord une large ouverture cornéenne ou sur un méridien de la sclérotique (Gifford). On fait même souvent l'ablation d'une calotte, d'une sorte de couvercle, permettant l'évacuation facile du contenu de la coque oculaire.

En face d'une panophtalmie déclarée, les opérateurs se sont contentés souvent de cataplasmes et d'applications chaudes, quelquefois de ponctions larges de la cornée ou de la sclérotique, exceptionnellement de l'ablation de la cornée.

En somme, ce n'est que si la panophtalmie est déjà très avancée et la cornée déjà tombée qu'on se contentera de la première conduite, surtout si le sujet refuse toute opération. Toutefois la mort peut survenir, avec ou sans phlegmon orbitaire, à la suite d'une panophtalmie *non traitée*. Les ponctions simples, cornéennes ou sclérales, sont presque toujours insuffisantes, car elles ne donnent généralement pas d'issue au pus trop concret. La ponction à la lance ou au thermo-cautère dans la chambre antérieure entrave quelquefois le développement d'une panophtalmie tout à fait commençante, au même titre que les autres moyens (collyres, injections sous-conjonctivales, cautérisations diverses) dont nous n'avons pas à nous occuper ici.

D'autres opérateurs plus radicaux ont enlevé non seulement la cornée, mais aussi le segment antérieur de l'œil. On sait de plus que divers chirurgiens, entre autres Scarpa, comprimaient, après ablation de la cornée, le globe avec les doigts pour évacuer une plus grande partie des humeurs et plusieurs autres opérateurs pratiquaient le curage partiel