

## ARTICLE XIV.

## OSSIFICATION DE LA CORNÉE.

Cette maladie est fort peu commune, et rarement la dégénérescence s'étend à toute la membrane. Cependant, ainsi que nous l'avons vu plus haut (voy. p. 334), on conserve dans le musée de Walther, à Berlin, une cornée ossifiée qui a 7 millimètres de long sur 5 de large, et qui pèse 10 centigrammes.

Quelques auteurs pensent que la transformation osseuse est ici une *simple lithiase*; mais rien ne justifie cette manière de voir.

Lorsque la maladie siège dans les lames superficielles, l'opacité le plus souvent est due à des dépôts formés par des collyres et recouverts de fausses membranes.

Quelquefois la cornée et la sclérotique sont ossifiées ensemble: tel est le cas rapporté par Anderson, dans lequel une tache semblable à un corps étranger faisait saillie dans la chambre antérieure, et s'étendait de la partie supérieure de la cornée à la face postérieure et interne de la sclérotique. Cette plaque osseuse fut extraite au moyen d'une pince, après qu'un lambeau eut été taillé sur la cornée.

M. Mackenzie rapporte ce fait dans son ouvrage. Il pense avec raison qu'il s'agissait plutôt d'une luxation du cristallin et de la capsule, qui se serait partiellement ossifiée. Une double circonstance justifie cette opinion: l'œil malade était moins gros que l'autre, et la maladie datait d'une chute faite quinze ans auparavant, et dans laquelle une lésion directe de l'organe avait eu lieu.

Middlemore (*Thèse médico-chirurgicale, Revue*, octobre 1837) rapporte le fait, qui ne semble laisser aucun doute, d'une plaque osseuse siégeant entre les lamelles de la cornée. Elle en fut extraite au moyen de l'incision, et l'œil, qui était enflammé depuis longtemps par ce corps étranger, guérit complètement.

M. Darcet a publié aussi un cas d'ossification de la cornée (*Journal hebdomadaire*, t. IV, première série); il décrit la pièce pathologique dans les termes suivants: « La cornée, dans le centre, présentait une ossification d'un blanc de lait, très dure, cassante, du volume d'une lentille, occupant la totalité de l'épaisseur de la cornée, et faisant une légère saillie sur le cristallin. Cette ossification était placée au centre du cercle entièrement opaque et corres-

pondant tout à fait à la pupille; le reste de la cornée présentait aussi de l'opacité, mais elle était beaucoup moins prononcée; les autres parties de l'œil paraissaient très saines. »

## ARTICLE XV.

## STAPHYLÔME OPAQUE DE LA CORNÉE.

On appelle de ce nom l'adhérence avec saillie de la cornée et de l'iris. L'adhérence est partielle ou générale, et la saillie opaque, conique ou sphérique, et d'une étendue plus ou moins considérable, s'accompagne souvent d'une cécité absolue ou d'un abaissement plus ou moins notable de la vision.

SYMPTÔMES. — Le *staphylôme général* de la cornée se présente sous la forme d'une tumeur blanchâtre, parsemée quelquefois de plaques plus ou moins noires, tantôt saillantes, tantôt concaves. Il offre le plus souvent à sa surface des inégalités d'un blanc crayeux et qui sont comme superposées; quelquefois cependant elle est lisse et d'un blanc mat rosé, à peu près uniforme.

Lorsque la tumeur est de forme *conique*, ce qui est le cas le plus ordinaire, elle se termine assez souvent à son sommet par une petite plaque transparente, quelquefois concave, plus souvent convexe, qui n'est autre chose qu'un kératocèle (voy. ce mot, page 367).

La saillie formée par le staphylôme est parfois si considérable, que les paupières sont singulièrement gênées dans leur jeu, et que dans quelques cas même elles ne peuvent plus se rapprocher. Il est très commun alors de reconnaître à la surface du staphylôme l'existence de vaisseaux plus ou moins nombreux, anastomosés ensemble de plusieurs manières, et qui viennent de divers côtés de la conjonctive bulbaire.

Irritée sans cesse par le mouvement de la paupière supérieure, la tumeur s'enflamme quelquefois brusquement, et plus tard s'ulcère dans sa partie la plus saillante. Le ramollissement qui survient dans la partie ulcérée amène une perforation bientôt suivie de l'évacuation de l'humeur aqueuse et de l'affaissement de la tumeur, accident d'où résultent les conditions les plus propres à une cicatrisation de l'ulcération. Les lèvres de celle-ci, mises en

contact par l'effet même de l'affaissement, et bientôt soudées par une matière plastique sécrétée par leurs bords, ne tardent pas à se réunir. La membrane de l'humeur aqueuse joue un rôle important dans cette cicatrisation : par une sorte de déplacement, elle glisse en arrière de la perforation et fournit ainsi un point d'appui à l'exsudation plastique. La cicatrisation marche alors de plus en plus, et ne tarde pas dans beaucoup de cas à devenir complète; mais comme elle remet la tumeur dans les conditions où celle-ci était avant la perforation, le staphylôme se retrouve soumis aux mêmes causes d'inflammation, parmi lesquelles les frottements répétés de la paupière jouent le principal rôle. C'est alors que cette tumeur peut se terminer par la fonte purulente du globe ou, ce que je n'ai jamais observé, par la dégénérescence cancéreuse.

Quelquefois le *staphylôme général* est *sphérique*; il est volumineux, d'une couleur rosée remarquable et parcouru de vaisseaux nombreux; souvent alors il se complique d'entropion inférieur.

Le *staphylôme partiel*, moins considérable que le staphylôme général, consiste dans la soudure d'une plus ou moins grande partie de l'iris avec la cornée, accompagnée d'une saillie plus ou moins étendue de cette dernière membrane et d'une disparition partielle de la pupille, qui se trouve tirillée vers la partie opaque de la cornée. Ce qui le distingue surtout du staphylôme général, c'est, à part l'élévation souvent moins grande de la tumeur, la conservation d'une partie de la cornée, au-dessous de laquelle on aperçoit une portion de l'iris demeurée également saine.

Le staphylôme partiel devient le plus souvent général, si l'on n'y porte remède; il est indispensable, pour pouvoir employer les moyens les plus convenables, de comprendre ce qui se passe à la base de la tumeur.

L'iris, longtemps encore après qu'une cicatrice semble être définitivement formée, joue le rôle d'un corps étranger dans l'ulcération qu'il a traversée. Les bords de cette ulcération, enflammés, ramollis, cèdent peu à peu; de proche en proche une plus grande portion de l'iris s'engage, et une plus grande partie de la cornée devient saillante. C'est ainsi que de jour en jour le staphylôme partiel prend un accroissement plus considérable, et que la cornée et l'iris se soudent enfin définitivement ensemble par de fausses membranes solides. Il est facile de comprendre que, si l'on pouvait protéger la cicatrice contre l'action musculaire qui comprime incessamment les milieux de l'œil, elle finirait par devenir résis-

tante, et s'opposerait à la saillie toujours croissante de la cornée et à l'oblitération de la pupille. Nous reviendrons là-dessus lorsque nous nous occuperons du traitement.

ÉTILOGIE. — Dans les causes formatrices du staphylôme, les ulcérations de la cornée tiennent en général la première place, particulièrement celles qui frappent des sujets scrofuleux ou qui accompagnent si souvent l'ophtalmie purulente des nouveaux-nés.

Dans ces deux cas et dans les ophtalmies blennorrhagiques, la cornée, ramollie dans une étendue plus ou moins large, proémine plus ou moins en avant. L'inflammation traumatique de l'iris, la hernie de cette membrane, l'inflammation et par suite le ramollissement de la cornée, doivent aussi être notés en première ligne. Si la lymphe plastique épanchée s'est fait jour au dehors en détruisant la lamelle superficielle, c'est la lamelle profonde, doublée de la membrane de l'humeur aqueuse, qui fait saillie; tandis que c'est le contraire lorsque l'épanchement s'est fait jour en dedans.

Dans le premier cas, bientôt la lamelle profonde de la cornée, amincie, incapable de résister à la pression exercée sur l'œil par l'action des muscles, se perfore, et l'humeur aqueuse, en s'écoulant au dehors, entraîne avec elle une portion de l'iris, qui vient ainsi contracter bientôt des adhérences solides avec les lèvres de l'ulcération cornéenne.

Si l'ulcération n'est pas très large et que la cornée ne soit pas enflammée dans une grande étendue, tout se borne à une adhérence partielle de l'iris avec la cornée (*synéchie antérieure incomplète*), tandis que si le contraire arrive, l'iris tout entier vient faire procidence par son bord pupillaire. C'est alors que, la phlegmasie devenant de plus en plus intense par suite de la mortification de l'iris, des exsudations fibro-albumineuses filtrent entre les deux membranes et les soudent à jamais. Par degrés, le pourtour de la procidence de l'iris s'enflamme dans une étendue plus ou moins grande, et ces parties enflammées et ramollies, ne pouvant plus opposer une résistance suffisante à la pression musculaire, finissent par céder peu à peu en faisant saillie en avant. Toute la cornée, ainsi enflammée de proche en proche, se recouvre des exsudations blanchâtres dont nous avons parlé et de kératocèles qui se crèvent, puis se cicatrisent, pour se perforer de nouveau.

Le staphylôme est beaucoup moins souvent consécutif d'une

ophthalmie interne. Il est vrai de dire pourtant que des désordres existent fréquemment dans les yeux staphylomateux, du côté du cristallin et de la capsule ; mais il ne faut pas s'y tromper, ce n'est pas par là que la maladie a débuté.

Il est encore assez commun que le cristallin soit résorbé ; on ne le rencontre plus alors, ou l'on n'en rencontre que des débris, circonstance qui est due sans doute à la pression des muscles de l'œil. Nous ferons ici abstraction des cas dans lesquels ce corps a traversé l'ulcération de la cornée.

Pourquoi le plus souvent le staphylôme est-il *conique* ? Pourquoi dans quelques cas est-il, au contraire, *sphérique* ? C'est là une circonstance encore assez mal expliquée par les auteurs, et dont je crois avoir trouvé la raison. Commençons par citer l'opinion de Sanson sur ce sujet.

« Quand l'adhérence est totale, dit-il, l'humeur aqueuse continuant de s'accumuler dans la chambre postérieure seulement, c'est-à-dire dans un lieu où l'on pense que l'absorption est très peu active, pousse en avant l'iris et la cornée, en pesant également sur tous les points, et il se forme un staphylôme général sphérique. C'est cette espèce de staphylôme qui se forme ordinairement lorsque l'affection a débuté par la cornée.

« Quand, au contraire, le staphylôme est la suite d'une ophthalmie interne, d'une iritis, par exemple, à l'adhérence de la totalité de la face antérieure de l'iris à la cornée se joint celle de la face postérieure de cette membrane ou de l'uvée à la capsule du cristallin ; alors les deux chambres sont effacées, et la sécrétion de l'humeur aqueuse détruite ; le cristallin, poussé par l'action simultanée des muscles de l'œil, se porte en avant ; la pression qu'il exerce se fait surtout sentir au niveau du centre de la cornée, et le staphylôme prend une *forme conique*. »

Il est inutile de relever ici l'erreur dans laquelle est tombé Sanson. Je me contenterai, pour toute réponse, de donner l'explication rationnelle à laquelle m'ont conduit de nombreuses et très minutieuses observations.

Rien, dans l'appareil locomoteur de l'œil, dans la disposition convexe de la cornée, n'est susceptible de rendre compte de cette différence de forme ; il faut donc qu'elle tienne à l'état pathologique lui-même, et c'est ce qui, selon moi, est facile à démontrer.

Le staphylôme conique commence toujours par une ulcération très étroite, que cette ulcération soit centrale ou excentrique ; de

la différence de position de l'ulcération résulte seulement que le staphylôme est général ou partiel. Celui qui est la suite d'une ulcération centrale est toujours général. Lorsqu'il est partiel, il est toujours appuyé à la circonférence de la cornée ; il est rare que le staphylôme qui a débuté par une ulcération excentrique devienne général. Ceci établi, reprenons notre explication, en l'appliquant, pour plus de clarté dans la démonstration, au staphylôme central.

Au centre de la cornée s'est faite une ouverture ulcéreuse étroite, dans laquelle l'iris s'engage et vient faire hernie. Du moment que cette membrane est herniée, elle joue le rôle d'un corps étranger, et voici ce qui arrive : supposons par la pensée la cornée divisée en plusieurs zones circulaires concentriques, au centre desquelles serait située l'ulcération, la portion herniée de l'iris détermine par sa présence une vive irritation de la zone de la cornée la plus voisine ; celle-ci se ramollit, devient le siège d'épanchements, ne peut plus faire équilibre à la pression musculaire qui vient de l'arrière, se laisse distendre et vient faire saillie en avant ; des exsudations se forment. Pendant ce temps, le corps étranger ne cesse pas d'agir de la même façon ; le travail inflammatoire continue et se propage à la zone la plus voisine qui, à son tour, se ramollit, se laisse distendre, fait saillie. La portion la première envahie avance d'autant ; mais, d'un diamètre plus petit, elle forme le sommet du cône dont la base va s'élargissant de plus en plus à mesure que l'inflammation altère les zones de la cornée les plus éloignées du centre, et présentant par conséquent le diamètre le plus étendu.

Il n'est pas possible que les choses se passent autrement que nous venons de le dire ; et si l'on examine un staphylôme en voie de progrès, on reste facilement convaincu que, là où la cornée est malade depuis peu de temps, les exsudations sont encore très récentes, sans consistance, molles ; tandis qu'au centre elles sont de plus en plus résistantes, solides, ce qui tient à leur date plus ancienne. Chaque zone de la cornée a son âge : les zones centrales sont les plus anciennes ; les plus excentriques sont les plus récentes. Je ne sache pas que personne ait encore donné cette explication bien simple, et qui se trouve écrite dans l'histoire pathologique des pièces.

Dans le staphylôme sphérique, les choses se passent d'une manière analogue. Cette forme est toujours consécutive à une large ulcération de la cornée.

Supposons une ulcération circulaire qui occupe les trois quarts de la cornée. L'iris vient s'appliquer sur cette large ouverture, poussé en arrière par le cristallin, sur lequel il se moule exactement. L'inflammation se propage aux zones les plus excentriques qui se ramollissent et se laissent distendre. La largeur de l'ulcération permet au cristallin, poussant toujours devant lui l'iris, de passer tout entier au travers de l'ouverture, sans se déchatonner le plus souvent, sous l'influence de la pression qui continue à s'exercer d'arrière en avant. Bientôt l'iris, qui coiffe la lentille, se recouvre d'exsudations qui subissent la transformation inodulaire, et peu à peu se manifeste la forme sphérique que nous avons décrite plus haut, et pour laquelle le cristallin a servi de moule. Que le cristallin se résorbe ou non, maintenant la chose est indifférente. Les exsudations sont organisées et il n'est plus possible que la forme du staphylôme se modifie. Il suffit d'étudier les effets de l'ophtalmie purulente sur la cornée, ou ceux de maladies capables de provoquer la hernie totale de l'iris, pour être persuadé que le mécanisme de la formation du staphylôme sphérique ne peut être autre que celui-ci, car c'est toujours à la suite des larges ulcérations de cette membrane que se manifeste le staphylôme sphérique.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISONS. — La marche du staphylôme opaque est d'autant plus rapide d'ordinaire que l'ulcération est plus large. Nous venons de voir, à propos de l'étiologie, que l'inflammation des bords de la perforation joue un rôle important dans son degré de gravité et dans son volume progressif; nous n'y reviendrons point ici.

Le staphylôme, quand il est partiel et peu volumineux, peut, nous l'avons dit, rester stationnaire pendant un temps quelquefois très long, à moins qu'une inflammation de la cornée ne vienne lui donner un nouveau degré d'activité. Lorsqu'au contraire il est général, il ne tarde pas à prendre un volume énorme, et à gêner ou même à empêcher le mouvement des paupières. Le staphylôme général est le plus souvent compliqué d'hydrophthalmie considérable et de choréïdite chronique. Les frottements de celles-ci l'entretiennent dans un état continuél de plus ou moins vive inflammation qui finit à la longue par se propager aux membranes internes et quelquefois à tout le globe; c'est alors que survient la fonte purulente, rarement la dégénérescence cancéreuse.

TRAITEMENT. — Le traitement du staphylôme opaque doit nécessairement varier selon son degré de gravité; il peut être simplement *prophylactique* ou *radical*.

C'est donc sous ces deux points de vue différents qu'il doit être étudié.

*Traitement prophylactique.* — Il est hors de doute que c'est à l'inflammation souvent très lente de la cornée, soit avant, soit après son ulcération, qu'on doit surtout rattacher la formation du staphylôme; il ne faut donc pas, à l'exemple de Beer (*loc. cit.*, p. 43) et de Chélius (*Traité d'ophtalmologie*, t. II, p. 362), qui se fondent pour cela sur des idées purement spéculatives, chercher à augmenter cette inflammation, mais au contraire s'efforcer de la faire disparaître.

S'il ne s'agit que d'une kératite primitive, on devra donc appliquer le traitement que nous avons indiqué ailleurs, c'est-à-dire recourir surtout à une sage médication antiphlogistique pendant la période inflammatoire, à une alimentation convenable, à des collyres légèrement astringents, et, dans quelques cas particuliers dans lesquels la cornée semble devenir plus proéminente qu'à l'état normal, à une compression ménagée, méthodiquement pratiquée et capable de faire équilibre à l'action musculaire et à l'hypersecretion de l'humeur aqueuse, s'il est vrai toutefois, ce qui n'est pas prouvé, que cette hypersécrétion existe à l'état actif. Il est évident qu'on ne doit pas prendre pour telle une plus grande quantité de liquide dans la chambre antérieure, agrandie par le staphylôme.

S'il s'agit, au contraire, d'une ulcération de la cornée qui menace de devenir perforante, on devra, pour préserver l'iris d'une proci-dence, prescrire l'emploi des mydriatiques, en même temps qu'on aura recours à des topiques astringents pour enrayer le ramollissement de la cornée. On ne devra pas oublier qu'il est important, aussitôt que la mydriase aura été obtenue, d'éloigner ou de cesser tout à fait les instillations qui auraient pour effet d'augmenter le ramollissement cornéen, si elles étaient poussées trop loin.

De cette manière, en préservant l'iris d'une hernie, on se mettra dans les meilleures conditions pour éviter la formation du staphylôme partiel, qui conduit trop souvent au staphylôme général.

Si, malgré tous les efforts qu'on aura faits pour la prévenir, la

hernie de l'iris survient, après avoir inutilement essayé de la réduire (voy. *Hernies de l'iris*), on se hâtera de l'aplatir sur la cornée, au moyen de cautérisations avec le nitrate d'argent et de la compression. On dilatera en outre la pupille, si l'on s'aperçoit qu'une saillie commence à se montrer, et l'on comprimera l'œil pour empêcher une hernie plus grande, la diminution ou même l'oblitération de la pupille, et la formation d'un staphylôme.

*Traitement radical.* — Il s'agit d'abord d'aplatir la tumeur dans le but de faire disparaître en même temps la difformité et les douleurs qu'elle occasionne ; ceci est applicable tout aussi bien au staphylôme partiel qu'au staphylôme général.

On a proposé pour cela une foule de moyens sur lesquels nous passerons rapidement pour ne nous arrêter qu'aux principaux.

Celse et Aétius proposent de faire la ligature du staphylôme en le traversant d'abord à sa base avec des aiguilles. Le dernier de ces auteurs coupait la tumeur au-devant du fil. Celse le premier, et plus tard Scarpa, conseillaient d'enlever une petite partie lenticulaire du sommet du staphylôme, et plusieurs auteurs, parmi lesquels nous nous bornerons à citer Richerand et Langenbeck, les ont imités. Cette méthode a, plus tard, été régularisée par d'autres praticiens, et c'est celle que nous aurons soin de décrire.

On a encore recommandé la cautérisation, la compression méthodique, le séton, les astringents, seuls ou combinés avec la compression, et enfin une ponction répétée (Richter, Wardrop, M. Baudens), ou de nombreuses petites incisions.

De tous ces moyens, quelques-uns peuvent réussir dans certaines circonstances données. Lorsque le staphylôme partiel est peu élevé, et qu'une portion de la pupille étant conservée, la vision a peu ou point perdu, il y a lieu de recourir à la cautérisation répétée de la tumeur ; on se servira d'un crayon aplati de nitrate d'argent, et l'on prendra soin de laver l'œil immédiatement pour éviter un excès d'inflammation.

Lorsque la douleur sera éteinte, on pratiquera une compression convenablement ménagée, mais continue. On se gardera bien d'employer à cet usage des corps durs, dont l'effet serait analogue à celui du godet de corne ou de métal que recommandait Woolhouse dans ces sortes de maladies, et qu'il maintenait au moyen d'emplâtres et de bandages. Cette compression et la cautérisation de-

vront être longtemps et patiemment continuées. On aura soin, si l'on s'aperçoit que la pupille diminue peu à peu, d'enduire tous les jours les paupières d'extrait de belladone, ou d'instiller de l'atropine, pour prévenir la disparition progressive de cette ouverture.

Si ce moyen échoue, et que surtout la vision soit perdue, l'excision seule doit être pratiquée. Dans ce but, plusieurs moyens ont été imaginés, parmi lesquels le couteau à guillotine de Demours mérite d'être cité, ainsi que celui de Siebold (Chiron, B. D., III), dont le tranchant double coupe circulairement la cornée, sans qu'il soit besoin de ciseaux.

Scarpa conseillait d'opérer le malade assis ; la tête étant fixée par un aide, l'opérateur, avec un couteau à cataracte, transperçait la tumeur de dehors en dedans, à 3 ou 4 millimètres de son sommet, et taillait, aux dépens de la tumeur, un lambeau demi-circulaire inférieur, analogue à celui qu'on pratique sur la cornée dans l'opération de la cataracte, puis tournant en haut le tranchant du couteau et soulevant le lambeau avec une pince, il l'excisait au niveau de la base. Le diamètre du segment qu'on enlève à l'aide de cette double section, toujours relatif aux dimensions de la tumeur, peut varier depuis 5 jusqu'à 10 millimètres. « Le plus souvent, ajoute Scarpa, on enlève avec le sommet de la tumeur une petite portion de l'iris qui, dès le principe du mal, contracte avec la cornée des adhérences plus ou moins étendues ; mais la lésion de cette membrane est moins un inconvénient qu'un avantage, puisqu'elle facilite la sortie du cristallin et celle d'une partie de l'humeur vitrée. Après cette évacuation partielle, le bulbe de l'œil s'affaisse et se cache derrière les paupières, sur lesquelles on applique un plumasseau de charpie sèche, maintenu par une simple bande. »

Mais par ce procédé on risque singulièrement de vider l'œil, lorsque l'on doit désirer, au contraire, en conserver une certaine partie pour pouvoir appliquer l'œil d'émail ; et, d'autre part, on s'expose très souvent à la complication d'une hémorragie que l'on ne peut arrêter, et qui entraîne à sa suite le phlegmon.

Dans les premières années de ma pratique chirurgicale, je me servais d'une érigne que j'implantais dans le centre du staphylôme (voy. fig. 29, p. 354), et, à l'aide d'une aiguille à cataracte ordinaire, je pratiquais, à la partie la plus déclive du staphylôme, une petite ponction par laquelle s'écoulait bientôt l'humeur aqueuse. La tumeur, affaissée, se plisse alors dans tous les sens ; je la saisissais entre les branches d'une forte pince à mors, dont les branches se touchent

dans une grande étendue par la pression, et tenant verticalement cette pince de la main gauche, les mors en haut, j'enlevais la tumeur d'un seul coup des ciseaux dont les pointes étaient dirigées en bas. J'avais soin de ne faire exercer aucun tiraillement sur le globe pour ne point provoquer de contractions musculaires : ce procédé était moins douloureux que les autres, et les accidents auxquels la douleur peut donner lieu, comme les lipothymies et les convulsions, étaient moins à craindre.

De cette manière aussi, j'évitais de pratiquer une plaie très large et prévenais l'hémorrhagie dont je viens de parler ; mais j'avais le désavantage de ne pas toujours tenir l'œil avec solidité au moyen de l'érigne, et d'avoir une plaie frangée, les ciseaux ne pouvant exécuter une perte de substance régulière sur une partie plissée.

Voici le procédé auquel je me suis définitivement arrêté et que j'emploie depuis plusieurs années ; il a le très grand avantage de prévenir le chirurgien s'il doit survenir une hémorrhagie et de le mettre en conditions convenables pour l'éviter.

*Procédé de l'auteur.* — Le malade est couché sur le dos, la tête appuyée sur un oreiller résistant. Un aide fixe la tête et maintient les paupières écartées, avec les doigts seulement si l'œil est saillant, avec les éleveurs pleins dont j'ai parlé s'il est enfoncé dans l'orbite. Une aiguille courbe à lance assez large, munie d'un fil, est indispensable pour cette opération.

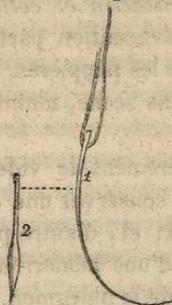


Fig. 24.

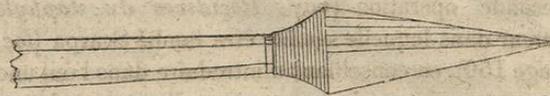
1, aiguille vue de profil et munie d'un fil.  
2, lance de l'aiguille vue de face. (Elle doit être plus ou moins large, suivant le volume de la tumeur.)

Je m'en sers pour traverser la tumeur à sa base, en ayant soin de pratiquer la ponction dans un endroit qui me paraisse assez résistant. Lorsque le fil a traversé de part en part, je le noue ou me contente simplement de le maintenir avec les doigts de la main gauche, comme cela est représenté dans la fig. 27, p. 353, puis j'attends quelques instants avant de pratiquer la manœuvre nécessaire à l'ablation de la tumeur, et je profite de ce temps d'arrêt pour faire

bâiller les lèvres de la petite plaie qu'a déterminée le passage de l'aiguille, afin de permettre à l'humeur aqueuse de s'écouler avec lenteur. Au bout de deux ou trois minutes (je dirai tout à l'heure pourquoi ce temps est indispensable), et s'il n'est rien survenu de particulier, je me sers de l'instrument que j'ai fait figurer ici, et auquel j'ai donné le nom de *staphylotome*, de la même manière que l'on se sert du couteau à cataracte ordinaire.

En voici la figure exacte : c'est une sorte de couteau à cataracte tranchant des deux côtés comme l'instrument de Siebold. Il offre l'avantage d'une exécution en un seul temps, et permet de ne pas se servir de ciseaux.

Fig. 25.



La pointe de l'instrument est placée au centre de la base de la tumeur. Il ne reste plus qu'à pratiquer la contre-ponction dans le point diamétralement opposé et à faire marcher la lame droit devant elle, jusqu'à ce que l'on soit arrivé à ne plus avoir, en haut et en bas, qu'un tout petit pont à diviser.

Parvenu à ce moment de l'opération, le chirurgien s'arrête, attend encore un instant, et achève la division de ce double petit pont, soit avec le kératotome toujours engagé dans la plaie, soit, s'il y a eu des contractions qui aient nécessité l'occlusion de l'œil par les paupières, à l'aide de ciseaux ordinaires.

Depuis longtemps j'ai complètement abandonné tout autre procédé que celui dans lequel on fait usage de l'aiguille, parce qu'il m'est arrivé, dans des cas où elle ne pouvait être aucunement prévue, de voir survenir une hémorrhagie qui compromettrait le résultat de l'opération, surtout lorsque je désirais appliquer l'œil artificiel ; en effet, à l'hémorrhagie succédait un phlegmon de l'œil, et consécutivement l'atrophie totale du bulbe. Je reviendrai plus loin sur cette hémorrhagie dans l'étude des accidents qui accompagnent ou suivent l'opération.

Un autre avantage du procédé qui consiste à traverser la tumeur avec une aiguille munie d'un fil, c'est qu'à aucun moment l'œil ne peut échapper, et que le chirurgien est toujours maître de la tumeur, même dans les cas où, par suite d'un accident prévu ou non, on est forcé de laisser les paupières se fermer pour un instant.

Une question très importante pour l'avenir du malade ne doit

point ici être négligée. Il est des positions qui réclament impérieusement que la difformité résultant du fait même de l'opération soit masquée sous un œil artificiel, et le chirurgien, avant de pratiquer l'opération du staphylôme complet, doit s'informer si le malade désire ou non jouir du bénéfice de la prothèse oculaire. Dans le premier cas, l'opération subira à cet effet une modification toute particulière : on enlèvera une plus grande partie de la base de la tumeur, et l'on pratiquera l'extraction du cristallin, s'il n'est pas détruit. Il faut bien se garder, dans tous les cas, de donner issue à une trop grande portion des milieux de l'œil, et ne pas se laisser aller trop tôt à la conviction qu'il est nécessaire de recourir à une seconde opération (voy. *Récidives du staphylôme*, p. 359), erreur dans laquelle semble être tombé Scarpa (*loc. cit.*, tome II, page 150), en conseillant d'introduire dans l'œil une tente de linge, pour en provoquer la suppuration. Il est probable que l'illustre chirurgien de Pavie n'avait pas assez compté, lorsqu'il donna ce conseil, sur la contraction de la cicatrice de la cornée, et sur un certain degré d'atrophie de l'ensemble de l'organe.

Dans un seul cas, je crus devoir recourir à l'emploi de ce moyen, et j'eus le regret de voir l'œil s'atrophier au delà des limites nécessaires, circonstance qui enleva tout mouvement à l'œil d'émail, qui dut être infiniment plus grand qu'il n'eût été sans l'introduction de la mèche. (Voy. paragraphe *Hydrophthalmie et œil artificiel*.)

Nous ne terminerons pas ce que nous avons à dire sur l'opération du staphylôme, sans ajouter qu'il faut avant tout s'abstenir de comprendre dans l'incision aucune portion (de forme circulaire ou autre) de la sclérotique, la portion fût-elle même très petite. Woolhouse avait conseillé ce moyen autant pour avoir un moignon régulier dans la forme, que pour éviter les accidents, tels que les vomissements et l'hémorrhagie. Le staphylôme opaque partiel peut être aussi emporté très aisément, soit par le procédé que nous avons décrit tout à l'heure, soit tout simplement au moyen du couteau à cataracte. La tumeur est remplacée par une cicatrice opaque, résistante, qui ne fait point saillie, et qui permet de rendre la vue au malade par une pupille artificielle. Mais on ne doit recourir à ce moyen extrême qu'autant qu'on n'aura pas réussi à aplatir la tumeur par la cautérisation, et l'on ne songera point à pratiquer la pupille artificielle, si l'autre œil n'est pas perdu sans ressource.

Voici maintenant quelques figures qui feront mieux comprendre le manuel opératoire :

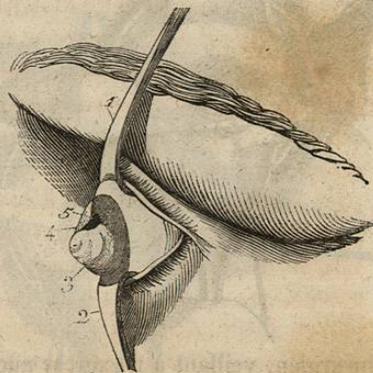
**A. — Opération du staphylôme opaque et partiel.**

*Œil gauche atteint de staphylôme partiel et représenté de profil.* La tumeur occupe la moitié inférieure de la cornée et la partie correspondante de l'iris. La pupille est déformée, rétrécie et ne reçoit plus que les rayons lumineux venant de haut en bas.

Les paupières sont écartées par deux éleveurs pleins (fig. 26).

Fig. 26.

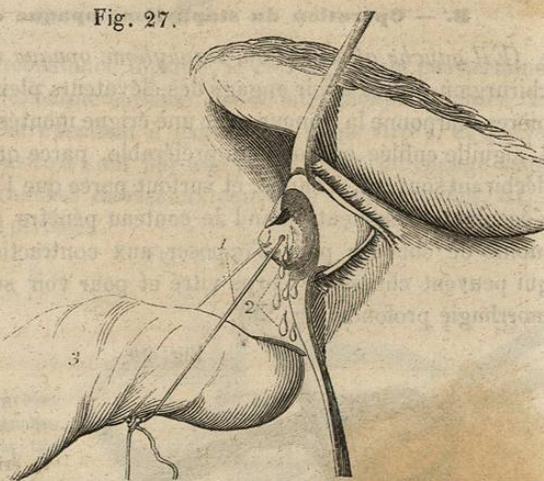
- 1, 2, éleveurs engagés sous les paupières et les relevant.
- 3, cornée dans sa partie staphylomateuse et opaque.
- 4, endroit où la cornée redevient transparente et derrière lequel la chambre antérieure existe.
- 5, pupille déformée et dirigée en haut.



Le même œil a été traversé dans sa partie staphylomateuse par une aiguille (fig. 27) et un fil que le chirurgien a noué à quelque

Fig. 27.

- 1, 1, fil traversant la tumeur et noué en anse pour recevoir l'index de la main gauche du chirurgien.
- 2, 2, 2, larmes s'échappant une à une de la piqûre de l'aiguille.
- 3, index gauche du chirurgien engagé dans l'anse du fil.



distance de l'œil pour y engager l'index de sa main gauche. On tient ainsi l'œil immobile, et la tumeur ne peut échapper que lorsqu'elle est entièrement détachée. On trouve surtout, dans l'usage du fil, le grand avantage de laisser l'humeur aqueuse s'écouler lentement par les piqûres de l'aiguille, et d'empêcher l'appareil musculaire de se contracter brusquement.