

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 :

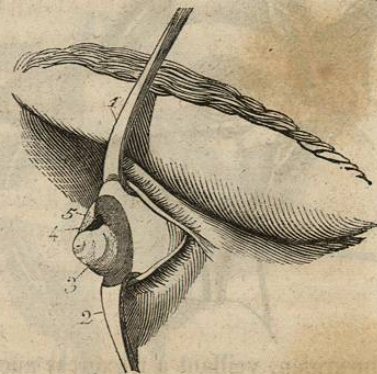
A. — Opération du staphylôme opaque et partiel.

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.

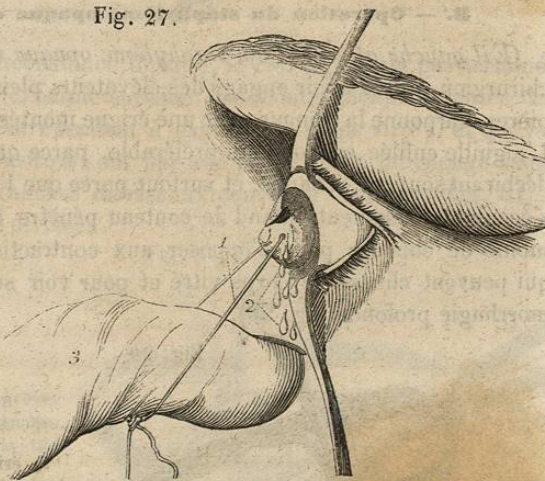
- 1, 2, éleveurs engagés sous les paupières et les relevant.
- 3, cornée dans sa partie staphylomateuse et opaque.
- 4, endroit où la cornée redevient transparente et derrière lequel la chambre antérieure existe.
- 5, pupille déformée et dirigée en haut.



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.

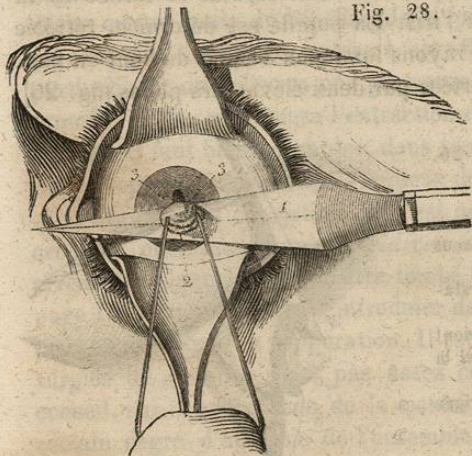
- 1, 1, fil traversant la tumeur et noué en anse pour recevoir l'index de la main gauche du chirurgien.
- 2, 2, 2, larmes s'échappant une à une de la piqûre de l'aiguille.
- 3, index gauche du chirurgien engagé dans l'anse du fil.



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.

Le même œil est vu de face (fig. 28). La tumeur, maintenue par le fil, comme il a été dit, a été traversée à sa base par le staphylotome ; elle est déjà détachée à sa circonférence inférieure, et le

Fig. 28.



- 1, staphylotome à double tranchant.
- 2, staphylôme presque détaché de l'œil.
- 3, 3, petite bride restant à diviser.

chirurgien, veillant à n'exercer aucune pression, pour éviter une blessure de l'appareil cristallinien, est sur le point de l'enlever en totalité en divisant la dernière petite bride qui la retient encore.

B. — Opération du staphylôme opaque complet.

Œil gauche atteint d'un staphylôme opaque volumineux. Le chirurgien, après avoir engagé des éleveurs pleins sous les paupières, harponne la tumeur avec une érigne montée sur un manche. L'aiguille enfilée est toujours préférable, parce que la tumeur, se déchirant souvent, échappe, et surtout parce que l'humeur aqueuse s'écoulant seulement quand le couteau pénètre dans l'œil, on a moins de chances pour s'opposer aux contractions musculaires qui peuvent chasser le corps vitré et pour voir survenir une hémorragie profonde (fig. 29).

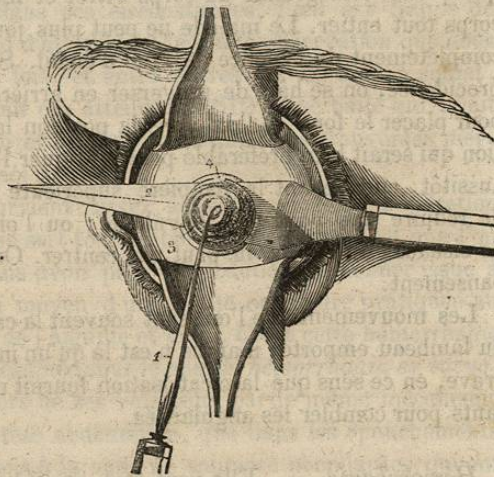
Fig. 29.



- 1, érigne harponnant le staphylôme.
- 2, pointe de l'érigne vue à travers la tumeur que l'on suppose transparente.
- 3, staphylôme conique, opaque, vu de profil.

Le même œil vu de face. Le chirurgien a traversé la tumeur de part en part à sa base, l'a divisée entièrement en bas, et se dispose à la détacher tout à fait en ramenant à lui l'instrument. Les aides doivent, en cet instant, desserrer les éleveurs le plus possible pour éviter toute pression sur l'œil, qui pourrait se vider (fig. 30).

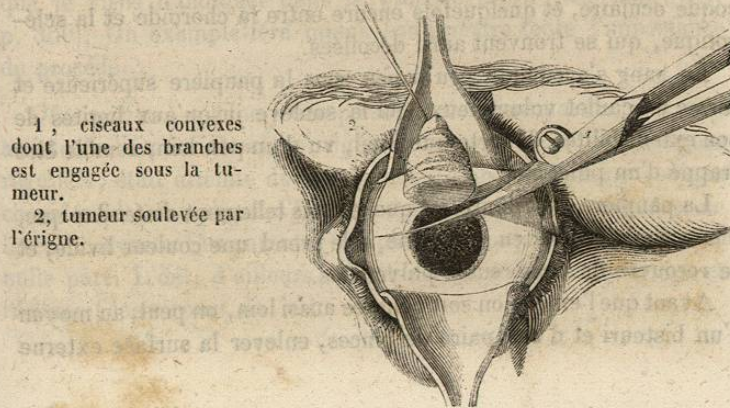
Fig. 30.



- 1, érigne.
- 2, staphylotome.
- 3, tumeur.
- 4, bride restant à diviser.

Si, par une circonstance fortuite, le chirurgien n'a pas terminé l'opération (par exemple lorsque des contractions violentes de l'appareil musculaire tendent à expulser le corps vitré), et que la tumeur tienne encore à l'œil par une petite bride, on engage sous la tumeur les branches de ciseaux convexes ordinaires (fig. 31), et cette bride est divisée.

Fig. 31.



- 1, ciseaux convexes dont l'une des branches est engagée sous la tumeur.
- 2, tumeur soulevée par l'érigne.

ACCIDENTS QUI ACCOMPAGNENT OU SUIVENT L'OPÉRATION. — *Agitation de l'œil.* — De même que dans toutes les opérations à faire sur l'œil, on a d'abord à craindre une mobilité excessive de cet organe. Si l'on opère par le procédé de Scarpa, il n'est pas rare, après la première incision faite au moyen du couteau, de voir le cristallin s'échapper de la plaie en entraînant avec lui une portion quelquefois très grande du corps vitré, et même d'autres fois ce corps tout entier. Le malade ne peut plus jouir alors que très incomplètement du bénéfice de l'œil d'émail. Si le corps vitré fait procidence, on se hâte de renverser en arrière la tête du malade pour placer le fond de l'œil dans la position la plus déclive, position qui serait bien préférable pour pratiquer l'opération ; on essaie aussitôt, en relevant la paupière supérieure avec ménagement, de réduire une partie de l'hyaloïde ; ou l'on excise, au moyen de ciseaux, tout ce qui ne peut pas rentrer. On procède ensuite au pansement.

Les mouvements de l'œil sont souvent la cause de l'irrégularité du lambeau emporté ; mais ce n'est là qu'un inconvénient bien peu grave, en ce sens que la cicatrisation fournit des matériaux suffisants pour combler les angularités.

Hémorrhagie. — Elle peut être immédiate ou n'apparaître que quelque temps après l'opération. Dans le premier cas, le sang provient des lèvres mêmes de la plaie, dont les vaisseaux se sont dilatés. Cet accident cède aisément d'ordinaire à des fomentations froides, et souvent il disparaît spontanément.

Dans le second cas, le sang provient des vaisseaux du fond de l'œil et peut continuer à couler pendant deux ou trois jours, malgré les moyens employés ; un caillot se forme enfin dans la coque oculaire, et quelquefois encore entre la choroïde et la sclérotique, qui se trouvent ainsi décollées.

Le sang s'accumule peu à peu sous la paupière supérieure et forme un caillot volumineux, qui la soulève jusqu'aux limites de son extensibilité, de sorte que l'œil, vu d'un peu loin, semble être frappé d'un phlegmon.

La paupière supérieure est quelquefois tellement distendue que, menacée de tomber en gangrène, elle prend une couleur livide, et se recouvre de nombreuses phlyctènes.

Avant que l'extension soit poussée aussi loin, on peut, au moyen d'un bistouri et d'une paire de pinces, enlever la surface externe

du caillot, mais il faudra se bien garder de l'enlever tout entier, dans la crainte de faire reparaître l'hémorrhagie. Cette précaution d'extraire le caillot doit, dans quelques cas, être plusieurs fois répétée.

Si, malgré toutes les précautions qu'on aura pu prendre, il reste un caillot volumineux sous la paupière, il est éliminé peu à peu par la suppuration, qu'on favorise au moyen de cataplasmes émollients. Quelquefois, dans ces circonstances, l'œil est frappé de phlegmon et plus tard d'atrophie. C'est une observation que nous avons faite plusieurs fois, et entre autres sur un ancien soldat, dont l'œil gauche avait été atteint en 1812 d'une balle qui avait produit une amaurose et une cataracte que nous trouvâmes pierreuse. (Voy. *Cataracte pierreuse.*)

L'hémorrhagie survient assez souvent pendant l'opération même, lorsque l'on se sert tout d'abord d'un couteau, et que l'on attaque la tumeur sans avoir pris la précaution de donner issue à l'humeur aqueuse au moyen d'une petite ouverture pratiquée au préalable au moyen de l'aiguille et du fil. C'est cette hémorrhagie que les auteurs ont désignée sous le nom de *hemorrhagia ex vacuo*. Le sang s'échappe hors de ses vaisseaux par le même mécanisme que dans la paracentèse abdominale, que dans les épanchements intra-crâniens survenus à la suite de saignées abondantes qui ont déterminé une syncope ; ou encore, et ceci se rapproche plus de notre sujet, d'une manière analogue à ce qui se passe quelquefois lorsque l'on pratique la paracentèse de la chambre antérieure par la cornée.

C'est précisément dans le but d'éviter cet accident que je ne consens plus, *dans aucun cas*, à opérer un staphylôme partiel ou général, sans me servir de l'aiguille munie d'un fil, de la manière que je viens d'indiquer dans le procédé décrit plus haut (voy. p. 350). Un exemple fera mieux comprendre toute l'importance du procédé.

Observation. — Une jeune personne de Montmartre, fille d'un artiste de l'Opéra-Comique, âgée de dix-huit ans, d'une figure régulière, était atteinte du côté gauche d'un staphylôme conique considérable, compliqué d'hydrophthalmie. Aucune profession ne lui était ouverte. Ses parents, très pauvres, ne pouvaient la placer nulle part. L'œil, d'ailleurs, s'enflammait de temps en temps et réclamait les secours de l'art.

Je songeai tout d'abord à enlever la cornée en entier. L'opération ayant été acceptée, je traversai la tumeur d'un fil, et donnai lentement issue à l'humeur aqueuse, craignant que l'hémorrhagie dont il vient d'être question ne se produisît brusquement. Cette précaution ne fut pas inutile, car aussitôt que l'œil fut affaissé, la jeune fille se plaignit d'une douleur excessive dans le fond de l'orbite, les sourcils, les ramifications de la cinquième paire, et tout aussitôt, au lieu de continuer à s'affaisser, l'œil ne tarda pas à reprendre le volume qu'il avait perdu pour un instant. Une hémorrhagie venait de se faire à la surface de la choroïde, et quelques gouttes de sang qui s'échappèrent par la double petite ouverture faite par l'aiguille ne laissèrent aucun doute à ce sujet. Je retirai rapidement le fil de la plaie, fermai les paupières, recommandai des applications d'eau glacée sur l'œil, et l'hémorrhagie fut ainsi à coup sûr arrêtée.

Le lendemain, l'œil était dans de très bonnes conditions, et, vers le cinquième jour, comme il était évident pour moi que le sang commençait à se résorber et que l'hydrophthalmie tendait à se reproduire, je pratiquai une ponction dans la sclérotique, à la partie inférieure externe de l'œil, donnai issue à un peu de sang noirâtre, et introduisis une mèche dans le globe oculaire, dans le but de l'enflammer. Une seconde hémorrhagie n'était plus à craindre à ce moment, car la présence du sang dans l'intérieur de l'œil avait produit une irritation suffisante pour s'opposer à la récurrence de cet accident.

Les choses marchèrent régulièrement. Tous les deux jours j'ouvris la plaie avec un stylet, et peu à peu l'œil s'affaissa complètement.

Aujourd'hui, depuis sept ou huit mois déjà, la jeune fille porte un œil artificiel qui cache entièrement sa difformité.

Que serait-il advenu si, au lieu de me servir de l'aiguille et du fil, j'avais du premier coup attaqué la tumeur à sa base? Assurément une hémorrhagie considérable et difficile à arrêter eût été la conséquence d'une pareille opération, et le résultat eût été beaucoup moins satisfaisant.

Douleurs violentes. — On évitera facilement ces douleurs pendant l'opération, en ayant soin d'affaisser l'œil par une sorte de paracentèse semblable à celle que nous avons indiquée dans le second procédé, et de choisir pour opérer le moment où l'œil n'est

point enflammé. C'est certainement à la négligence de cette dernière précaution que sont dus les violentes douleurs, les convulsions, les lipothymies, les vomissements notés par les auteurs. On a d'ailleurs la ressource du chloroforme.

Récidives. — La récurrence du staphylôme est assez fréquente. Lorsque l'on a enlevé la cornée, que l'on ait extrait ou non le cristallin, il peut arriver que la cicatrisation marche de telle sorte que le volume de l'œil soit encore très considérable, et constitue, sinon une récurrence à proprement parler du staphylôme, au moins une très choquante difformité. Dans ces cas, l'application de l'œil artificiel, unique but le plus souvent de l'opération, demeure impossible. Il faut, ou que le chirurgien consente à un échec, ou que le malade subisse une nouvelle opération à peu près semblable à la première.

Éviter une alternative aussi fâcheuse est assurément très facile. Il suffit d'avoir soin, dès le lendemain ou le surlendemain de l'opération, ou dès que l'on reconnaît que le volume de l'œil est encore trop considérable, de faire pénétrer un stylet par le centre de la plaie déjà en voie de cicatrisation. Une partie du liquide contenu dans l'organe s'échappe sans que le malade ressente aucune douleur de cette manœuvre, que l'on doit exactement répéter toutes les vingt-quatre ou quarante-huit heures pendant au moins douze ou quinze jours; peu à peu la sclérotique et les autres membranes reviennent sur elles-mêmes en se contractant, et finissent par constituer dans leur ensemble un moignon convenable pour supporter l'œil artificiel.

Pansement. — Il est des plus simples, et consiste en une application de bandelettes semblables à celles qu'on met d'ordinaire après l'extraction de la cataracte. L'œil sain est également tenu fermé pendant au moins deux jours, pour éviter les mouvements des paupières; des compresses glacées, renouvelées de minute en minute, sont appliquées pendant les premières heures sur l'œil opéré, qu'on a soin de refermer chaque fois qu'on l'examine.

Il est rare que des soins généraux deviennent nécessaires; cependant s'il survenait des vomissements, de la fièvre, de la céphalalgie, on prescrirait la potion antiémétique de Rivière, une potion laudanisée, des sangsues, la saignée même, etc., etc.

Une remarque qui ne manque pas d'intérêt est la suivante: Dans les premiers jours du pansement, et lorsque l'on a enlevé les

bandelettes ou le bandeau pour les remplacer, le malade voit quelquefois très nettement de l'œil opéré tous les objets qui l'entourent. Mais la joie qu'il ressent n'est pas de longue durée. La cicatrice, en s'organisant, fait disparaître peu à peu la vision pour toujours. J'ai vu des malades qui ne pouvaient que bien difficilement arriver à croire que la vue, après avoir été ainsi rétablie, devait se perdre de nouveau et sans qu'il restât aucun espoir.

Résultats de l'opération. — Dès le troisième jour, lorsqu'aucun accident ne s'est montré et que la cicatrisation marche régulièrement, on aperçoit sur le corps vitré, entre les lèvres de la plaie, de petits points blanchâtres, isolés les uns des autres et plus nombreux au centre qu'ailleurs. Ils augmentent peu à peu en nombre et en largeur, et finissent bientôt par se confondre, en s'étendant progressivement sur toute la surface qui sépare les lèvres de l'incision. Celles-ci, qui d'abord s'étaient gonflées et redressées, diminuent peu à peu, s'affaissent, puis bientôt se rapprochent d'une manière insensible, attirées l'une vers l'autre par la contraction du tissu inodulaire, qui apparaît sous la forme des points blanchâtres et circulaires dont nous venons de parler.

Le moignon oculaire diminue de volume, au fur et à mesure des progrès de la cicatrisation, et prend une forme sphérique parfaitement bien disposée pour recevoir la coque artificielle, qui, au reste, ne doit être appliquée qu'après la complète cicatrisation, c'est-à-dire tout au plus vers la fin du second mois. Ajoutons qu'une application prématurée de l'œil artificiel aurait pour effet certain d'amener l'atrophie du moignon, en entretenant l'inflammation traumatique encore mal éteinte.

Si, au contraire, la cicatrisation marche irrégulièrement ou que l'œil opéré ne soit pas tenu dans une immobilité convenable, le staphylôme opaque se reproduit, et l'opération doit être recommencée. (Voy. *Récidives*, p. 359.)

ARTICLE XVI.

STAPHYLÔME CONIQUE TRANSPARENT, OU CONICITÉ PELLUCIDE DE LA CORNÉE.

Cette affection singulière de la cornée est assez rare pour que Himly (1), qui la nomme *hyperkératosis*, n'en ait jamais observé un seul cas. Elle se caractérise par une saillie conique et transparente de la membrane, en tout point semblable, quant à la forme, à ces clous dorés dont se servent les tapissiers pour certains meubles. Le staphylôme transparent se distingue du staphylôme opaque que nous venons de décrire, par la transparence parfaite de toute la cornée, et même par sa conicité, qui est toujours moins allongée que dans l'opaque.

Étiologie. — Cette maladie a été surtout très bien étudiée en Angleterre, où elle paraît assez fréquente : Wardrop, Travers, Adams, Mackenzie, Brewster, en ont publié de nombreuses observations. En Allemagne, elle a été aussi très souvent décrite : Jæger, Schmidt, d'Ammon, Bénédicte, Chélius, etc., se remarquent parmi les auteurs qui l'ont le mieux observée. Je ne sais si elle est rare en France, mais assurément j'en ai vu de nombreux exemples.

Le staphylôme conique est quelquefois congénital ; dans ces cas l'iris peut être concave en avant, et l'œil regardé de côté présente ordinairement un reflet opalin. Les complications de cette affection sont nombreuses : à l'état congénital on a noté l'amaurose complète, la cataracte, et, dans des cas moins graves, le nystagmus.

Un phénomène remarquable, suivant d'Ammon, c'est que, dans le cas de staphylôme conique congénital, le crâne prendrait la forme pointue (*Spitzkopf*), ce qui serait dû à ce que les pariétaux et l'occipital s'avanceraient en arrière et en haut, tandis que le coronal serait aplati. (Voy. Cornaz, *loc. cit.*)

Voici, selon M. Mackenzie, les causes les plus probables de la conicité cornéenne pellucide, causes qu'il n'admet d'ailleurs qu'avec une sage réserve. Nous citons textuellement : « Il n'est pas vrai- » semblable, dit-il, que cette maladie dépende d'une pression

(1) Himly's *Augenheilkunde*, Band II, p. 74.