

QUATRIÈME PARTIE

—  
CHIRURGIE OCULAIRE

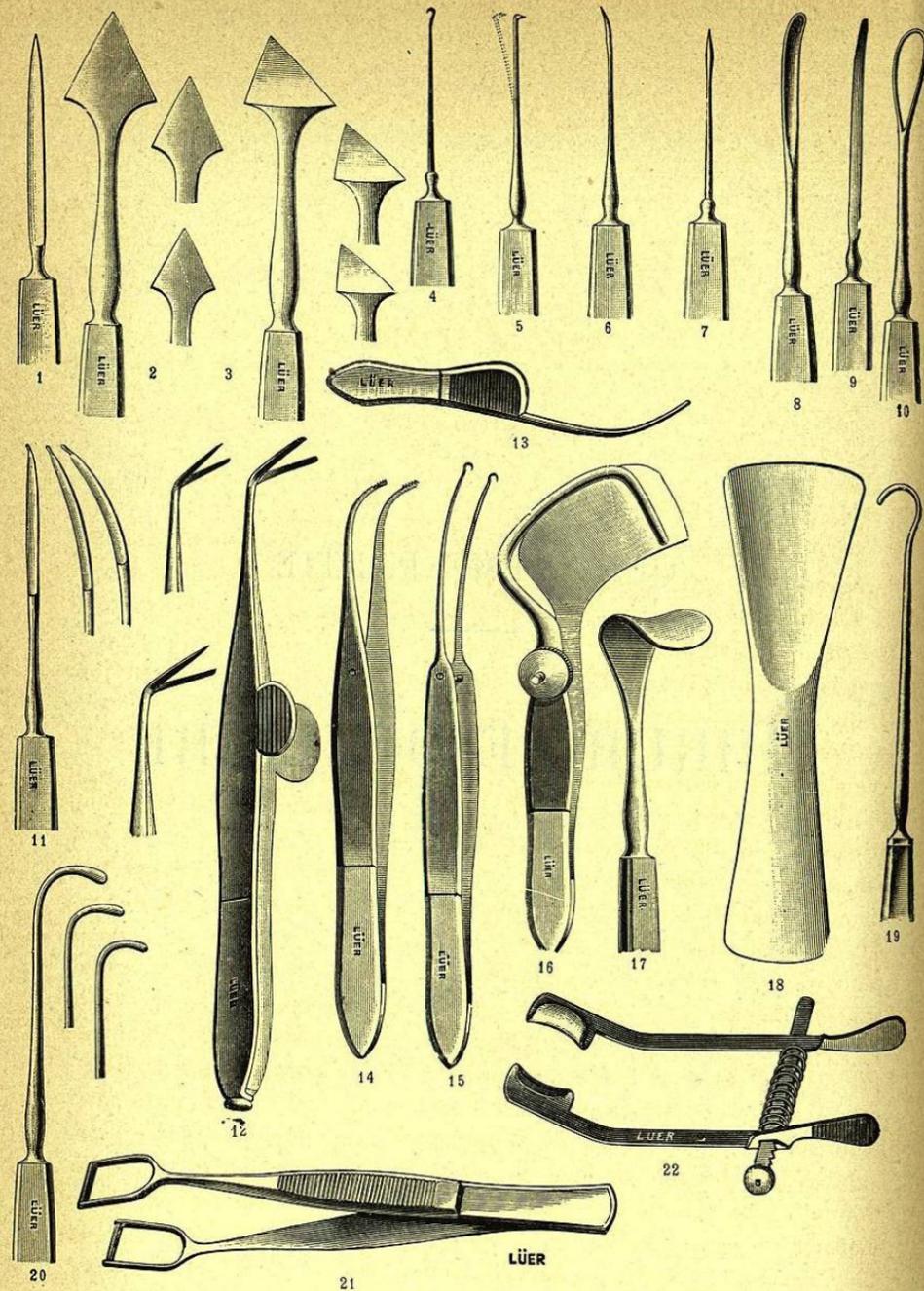


FIG. 316.

1 Couteau de Graefe; 2 Couteau lancéolaire droit; 3 Couteau lancéolaire coudé; 4 Crochet pointu pour iris; 5 Kystitome; 6 Aiguille-serpente de Wecker; 7 Aiguille à cataracte de Beer; 8 Curette de Daviel; 9 Spatule; 10 Anse de Weber; 11 Couteau de Weber; 12 Pince-ciseaux de Wecker; 13 Pince à iris de Fischer; 14 Pince-kystitome de Fœrster; 15 Pince à ériges de Reisinger; 16 Blépharostat de Snellen; 17 Releveur de Desmarres; 18 Plaque en buffe de Jaeger; 19 Crochet à strabisme d'Arit; 20 Crochet à strabisme de Graefe; 21 Pince à roulettes de Knapp; 22 Blépharostat de Mellinger.

## CHAPITRE PREMIER

### GÉNÉRALITÉS

§ 152. — La *méthode antiseptique*, qui constitue en chirurgie le plus grand progrès des temps modernes, a été la source, dans le domaine spécial des opérations oculaires, d'une réelle amélioration et d'une plus grande sûreté des résultats. Il est donc du devoir de tout opérateur de ne procéder que par la méthode rigoureusement aseptique ou antiseptique. Dans les opérations oculaires, il s'agit bien moins d'antiseptie que d'asepsie; en effet, on ne doit pas s'occuper de désinfecter une plaie infectée, mais de produire une plaie pure et de la préserver de l'infection.

L'infection de la plaie peut être le fait de l'opérateur et des instruments dont il se sert, ou bien elle trouve sa source dans l'œil même ou son voisinage. Pour éviter la première cause, l'opérateur se lavera soigneusement les mains et les désinfectera dans une solution d'acide phénique à 4 p. 100 ou de sublimé à 1/2.000. Les instruments délicats, dont on se sert pour les opérations sur le globe oculaire, on les désinfectera en les faisant bouillir dans une solution à 1 p. 100 de carbonate de soude, où ils ne se rouillent pas. Pour prévenir une infection de la plaie provenant des parties voisines (paupières et sac conjonctival), on commence, avant l'opération, par laver à fond, au savon, tout le pourtour de l'œil, mais particulièrement la peau et les bords des paupières, puis on les irrigue au sublimé (1 : 2000). Pour laver le sac conjonctival, on se sert d'une solution faible de sublimé (1 : 4000) ou de la solution physiologique de sel marin (6 p. 1000), stérilisée par l'ébullition. Le sac conjonctival ne constitue un danger particulier pour l'infection que s'il renferme des sécrétions décomposées par suite de la présence d'une affection de la conjonctive ou du sac lacrymal. Il faut donc, avant toute opération, examiner avec soin la conjonctive et spécialement le sac lacrymal et essayer, avant de procéder à l'opération, de guérir au préalable, par un traitement approprié, l'affection dont serait atteinte l'une de ces parties. En ce qui

concerne spécialement la blennorrhée du sac lacrymal, la cure radicale en exige malheureusement un temps fort long. C'est pourquoi, dans le but de perdre moins de temps, j'ai l'habitude d'extirper le sac lacrymal quelques jours avant l'opération, ou de le fendre au niveau de sa paroi antérieure, et, après l'avoir convenablement nettoyé, de le bourrer de poudre d'iodoforme.

Après l'opération, on applique un pansement aseptique. Si l'opération a été pratiquée au globe oculaire même, immédiatement après qu'elle est achevée, on ferme les paupières et on y applique une rondelle de gaze stérilisée et, là-dessus, un tampon de ouate : le tout est fixé au moyen d'un bandeau. Après les opérations, dans lesquelles le globe a été ouvert

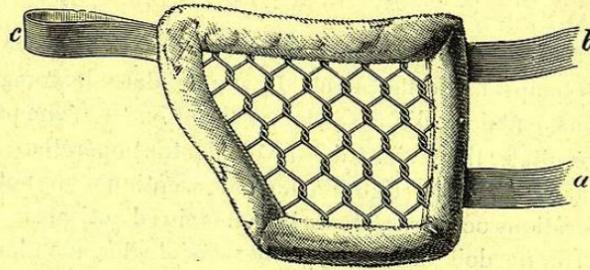


FIG. 317. — Treillis pour l'œil gauche. — Les bords en sont garnis de ouate pour éviter toute pression. Des deux extrémités temporales partent les rubans *a* et *b*, que l'on passe au-dessus et au-dessous de l'oreille, par derrière la tête, pour les ramener du côté droit. On passe l'un de ces rubans dans la boucle *c*, puis on le lie à l'autre.

dans une assez grande étendue (iridectomie, extraction de cataracte), je maintiens le tampon de ouate sur l'œil à l'aide d'une bande de toile large de 4 à 5 centimètres, dont les deux extrémités sont fixées au front et à la joue par du diachylon. Par-dessus, on ajuste un léger treillis métallique (fig. 317), qui empêche le patient d'approcher les doigts de l'œil et de rompre ainsi la plaie. Snellen emploie dans le même but une coquille d'aluminium, fixée sur l'œil par des bandelettes d'emplâtre adhésif. Pour les plaies opératoires de la conjonctive et des paupières, on les désinfecte encore une fois avant d'appliquer le pansement, en les aspergeant d'une solution de sublimé, ensuite on les saupoudre d'iodoforme et on applique le pansement.

Dans les opérations sur le globe oculaire, on obtient l'anesthésie au moyen de la cocaïne en solution à 5 p. 100, que l'on instille à plusieurs reprises dans le sac conjonctival, à des intervalles de quelques minutes. La solution doit être fraîchement préparée et stérilisée par l'ébullition. Après l'instillation de la solution de cocaïne, le patient doit avoir soin de tenir l'œil fermé, parce que le clignement devient moins fréquent par suite

de l'anesthésie, alors la cornée reste à découvert et se dessèche facilement. L'anesthésie provoquée par la cocaïne dure environ dix minutes, et son effet se borne aux parties superficielles telles que la cornée et la conjonctive, tandis que la sensibilité de l'iris est conservée. Ainsi, dans l'iridectomie, le patient ne s'aperçoit ni de la fixation du globe ni de l'incision; en revanche, l'excision de l'iris est douloureuse. Dans les opérations sur les paupières, on peut injecter quelques gouttes de la solution de cocaïne à 2 p. 100 sous la peau de la paupière. Quant à l'anesthésie au moyen du chloroforme ou de l'éther, elle n'est indiquée que pour les opérations plus grandes, telles que l'énucléation, etc., et chez les enfants.

§ 153. — En ce qui concerne les opérations pratiquées sur le globe même, il faut observer les principes suivants :

On écarte les paupières au moyen de blépharostats (écarteurs ou élévateurs). Il en est qui, à l'aide d'un ressort, tiennent les paupières écartées (élévateurs à ressort, fig. 316, 22), d'autres ne s'appliquent qu'à une seule paupière et doivent être tenus à la main (écarteur de Desmarres, fig. 316, 17). Quant au globe, on le fixe au moyen d'une pince à dents (*pince à fixation de Waldau*), par laquelle on saisit et on maintient un pli conjonctival près du bord cornéen.

Comme les bras métalliques de l'écarteur à ressort produisent sur les paupières une pression désagréable pour le patient, on peut, si l'on dispose d'un assistant exercé, le charger de maintenir les paupières écartées avec les doigts. C'est tout particulièrement recommandé quand on veut éviter toute pression sur le globe (par exemple, pour empêcher une perte de corps vitré); on fait écarter les paupières par les doigts d'un assistant, et, si c'est possible, on renonce même alors à saisir le bulbe par la pince à fixation.

Lorsque l'on ouvre le globe oculaire, on pratique généralement l'incision dans la région de la chambre antérieure. Celle-ci étant limitée par la cornée, et vers la périphérie par la sclérotique, l'incision peut se trouver soit dans la cornée, soit dans la sclérotique. Sous ce rapport, on distingue les sections :

*a)* D'après leur situation, en sections cornéennes et sclérales. Ces sections diffèrent surtout en les points suivants :

1° Dans les sections sclérales, il y a plus de tendance au prolapsus irien que dans les sections cornéennes (voir la remarque au paragraphe suivant);

2° La sclérotique est recouverte par la conjonctive. On peut donc ménager un lambeau conjonctival quand on place l'incision dans la sclérotique, ce qui n'est pas possible dans la section cornéenne;

3° Les plaies sclérales ont moins de tendance à s'infecter que les cornéennes, la sclérotique étant moins sujette que la cornée à la suppuration. C'est pourquoi, avant l'introduction de la méthode antiseptique, la section sclérale donnait de meilleurs résultats que la section cornéenne. Aujourd'hui qu'il est facile de prévenir l'infection, cette distinction n'a plus la même importance.

b) D'après la *forme*, nous distinguons les sections en linéaires et courbes. Les premières se trouvent dans un grand cercle de la surface du globe, sur lequel elles représentent une ligne constituant le chemin le plus court pour réunir les deux extrémités de l'incision (fig. 318, *caf*). Les sections courbes ou à lambeau correspondent à un cercle parallèle. Entre la plus grande section à lambeau (fig. 318, *edf*) et la section linéaire, on peut se figurer une infinité de sections intermédiaires, qui représentent

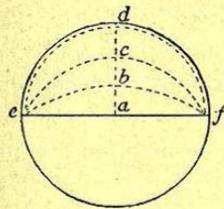


FIG. 318. — Différentes formes de section cornéenne.

la transition de l'une à l'autre (*ecf*, *ebf*). Toutes sont des sections courbes à lambeau plus ou moins haut et dont la limite inférieure est formée par la section linéaire. Celle-ci même est une section courbe avec un lambeau dont la hauteur = 0. Les sections les plus en usage sont les sections à lambeaux de plus ou moins de hauteur. Comme exemple d'une section purement linéaire, nous pourrions citer l'incision de la cornée dans l'ulcère serpiginieux d'après le procédé de Sæmisch, où, au moyen du couteau de Graefe, on fend la

cornée d'arrière en avant (§ 155). — Pour un égal écartement des extrémités de l'incision, la section à lambeau présente une plaie plus longue que la section linéaire, et, en soulevant le lambeau, on peut largement entre-bâiller la plaie.

Pendant l'exécution de l'incision, on doit prendre garde de retirer le couteau lentement, pour permettre à l'humeur aqueuse de s'écouler aussi lentement que possible. De cette manière, on prévient les fâcheuses conséquences qui résultent souvent d'un écoulement trop brusque de ce liquide, telles qu'un grand prolapsus de l'iris, la subluxation du cristallin, la hernie du corps vitré ou une hémorragie intra-oculaire. C'est surtout quand on opère dans le cas d'hypertonie que l'écoulement lent de l'humeur aqueuse est d'une importance capitale.

Avant de terminer l'opération, il faut surtout s'appliquer à remettre soigneusement l'iris en place. En aucun cas, celui-ci ne doit rester enclavé dans la plaie. Le prolapsus de l'iris se reconnaît à des signes divers, selon qu'il est plus ou moins prononcé. L'iris a-t-il été refoulé au dehors à travers la plaie, on le voit bomber en avant sous forme d'un bourrelet ou

d'une saillie noirâtre, au milieu, ou, s'il a déjà été coupé, à l'un ou aux deux angles de la plaie (fig. 320, *i*). Lorsque l'iris, au lieu de faire hernie, est simplement enclavé entre les lèvres internes de la plaie (fig. 322), ce fait se trahit par l'étirement de la pupille. Après les opérations où l'iris a été excisé, on remarque aux limites entre la pupille et le colobome deux angles saillants, appelés angles du colobome (fig. 319, *a* et *a'*). Ils correspondent aux points de jonction du bord pupillaire et des côtés du colobome. Lorsque l'iris est libre, les deux angles du colobome sont situés vis-à-vis l'un de l'autre et dans le cercle que formerait le bord de la pupille resté intact, (les « angles du sphincter sont en place » (fig. 319); lorsque l'iris est, au contraire, enclavé dans la plaie, le côté du colobome correspondant à l'enclavement est raccourci et l'angle du colobome attiré en haut (fig. 320, *a'*). Cet angle peut être tellement déplacé, qu'il devient

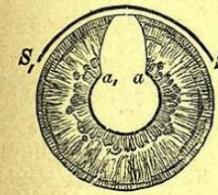


FIG. 319. — Situation normale de l'iris (après une extraction à lambeau scléral). Gross. 2/1. — Les angles du sphincter *a* et *a'* sont profondément placés tous deux.

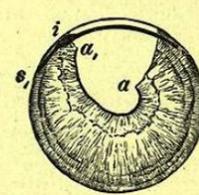


FIG. 320. — Enclavement de l'iris dans la plaie (après une extraction à lambeau cornéen). Gross. 2/1. — L'iris est visible dans la plaie sous forme d'une petite élevation *i* foncée, et l'angle du colobome *a'*, comparé à celui de l'autre côté *a*, situé normalement, paraît tiré en haut.

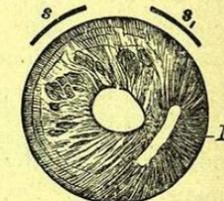


FIG. 321. — Enclavement de l'iris (après une extraction linéaire simple sans iridectomie). Gross. 2/1. — La pupille est attirée vers la cicatrice *N*, *ss'*, incision de la sclérotomie d'après de Wecker.

même invisible. Après les opérations où l'iris n'a pas été excisé, il n'existe naturellement pas d'angles du colobome. Dans ce cas, le seul signe de l'enclavement irien est la déformation de la pupille et son déplacement du côté de la plaie, absolument comme on l'observe dans l'enclavement de l'iris après un ulcère perforant de la cornée (fig. 321).

L'enclavement de l'iris dans la plaie entraîne toute espèce de conséquences fâcheuses. La cicatrisation est troublée par une irritation inflammatoire et elle traîne en longueur. La cicatrice est moins solide et moins régulière et, plus tard, l'enclavement irien peut donner lieu à de l'hypertonie, de l'inflammation et même à une affection sympathique de l'autre œil. Pour prévenir toutes ces conséquences, il ne faut rien négliger, après l'opération, pour empêcher l'iris de s'enclaver et pour le ramener dans sa situation normale. Dans ce but, on introduit la curette dans la plaie et on refoule prudemment l'iris dans la chambre antérieure. Si cette manœuvre ne réussit pas, ou si l'iris replacé proémine

de nouveau dans la plaie, il faut se résoudre à saisir et à exciser le lambeau d'iris enclavé.

Une hémorragie de la chambre antérieure se produit dans les opérations où des tissus vasculaires, tels que la sclérotique ou l'iris, ont été blessés. Quand l'iris est sain, sa section ne produit presque pas d'hémorragie, car les vaisseaux s'oblitérent promptement par la contraction de leurs parois. En revanche, dans les cas où l'opération se pratique sur un iris malade (dans l'iritis, le glaucome, l'atrophie irienne), souvent l'hémorragie est telle que toute la chambre antérieure se remplit de sang. L'hémorragie est un accident gênant, elle empêche l'opérateur de voir dans l'intérieur de l'œil, mais d'ordinaire, dans l'œil sain, elle n'entraîne aucune suite fâcheuse, puisqu'au bout de quelques jours le sang est résorbé. Au contraire, lorsque l'iris est malade, non seulement l'hémorragie est plus abondante, mais il s'écoule souvent un temps très long, quelquefois des mois, avant que la résorption n'en soit complète. Dans ces cas, en effet, la nutrition de tout l'œil est fortement troublée.

L'hémorragie, survenant après la section des vaisseaux, ne doit pas être confondue avec ces hémorragies intraoculaires, qui se déclarent pendant l'opération, lorsque, à la suite de l'écoulement de l'humeur aqueuse ou de l'extraction du cristallin, la pression intraoculaire s'abaisse brusquement, et le sang afflue en plus grande abondance dans les vaisseaux de l'uvée et de la rétine. Ces hémorragies sont surtout à craindre quand on opère sur un œil qui est le siège d'une hypertonie. En fait, dans le glaucome, de petites hémorragies sont presque de règle après l'iridectomie (voir p. 470). Dans certains cas rares, l'abondance du sang qui jaillit des vaisseaux est telle qu'il remplit le corps vitré ou se répand sous la choroïde. Dans ce dernier cas, il décolle la choroïde de la sclérotique et, quand l'hémorragie est particulièrement abondante, il arrive que le contenu du globe soit expulsé (hémorragie expulsive) et que le sang lui-même suinte par la plaie. Inutile de dire qu'un tel œil est perdu.

§ 154. — Lorsque, dans une opération, l'œil a été ouvert, le *traitement consécutif* doit avoir surtout pour but d'écarter toutes les causes qui pourraient retarder la cicatrisation ou empêcher la solidification de la cicatrice. Par conséquent, l'œil opéré doit être bandé pour empêcher les mouvements des paupières, et, dans les grandes opérations, l'autre œil lui-même sera tenu fermé pendant quelques jours. Pour le reste, le patient évitera tout effort physique; car l'augmentation de la pression intraoculaire qui en résulterait pourrait décoller les lèvres de la plaie fraîchement agglutinées. Dans les grandes opérations donc (iridectomie, extraction de la cataracte), le patient gardera le lit, couché sur le dos, le

premier jour et passera les jours suivants dans un fauteuil; pendant ce temps, pour éviter les efforts de mastication, il ne prendra qu'un peu de nourriture liquide ou demi-solide. Quand on observe ces règles de conduite, la marche de la guérison se fait d'ordinaire comme suit: Peu après l'opération, les lèvres de la plaie s'agglutinent, et la chambre antérieure se rétablit. Très fréquemment, il arrive que la plaie fraîchement fermée n'est pas encore suffisamment solide pour résister tout d'abord à l'accumulation de l'humeur aqueuse, et que, pendant le premier jour, la plaie

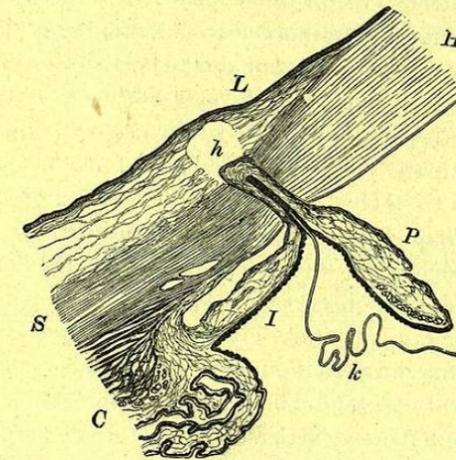


FIG. 322. — Enclavement de l'iris avec cicatrice cystoïde après l'extraction d'une cataracte sénile. Gross. 13/1. — De son insertion au corps ciliaire C, l'iris I se dirige dans la cicatrice de la plaie opératoire, de telle façon que la chambre antérieure se réduit à une mince fente. A l'intérieur de la cicatrice, l'iris est replié sur lui-même, et son point de réflexion répond aux couches externes de la sclérotique. De la cicatrice sort la portion pupillaire de l'iris P, qui flotte librement dans la chambre aqueuse. On remarque, à la face antérieure de l'iris, une crypte; près de sa face postérieure, la coupe du sphincter pupillaire. En même temps que l'iris, on voit, enclavée dans la cicatrice, la cristalloïde k, montrant de nombreux plis. La plaie d'extraction coupe la limite de la sclérotique S et de la cornée H, de façon que sa moitié antérieure occupe la sclérotique, sa moitié postérieure la cornée. A cause de l'interposition de l'iris, les lèvres de la plaie ne sont pas réunies; aussi le canal de la plaie s'étend sous forme d'une cavité creuse h dans le tissu de la conjonctive du limbe L. Il en résulte que la plaie n'est fermée que par une couche fort mince de tissu.

s'ouvre encore une ou plusieurs fois pour donner issue au liquide de la chambre antérieure, avant qu'elle ne se ferme définitivement. Alors les lèvres de la plaie adhèrent intimement l'une à l'autre, et il se forme une cicatrice fine et linéaire. Lorsque la cicatrice siège dans la cornée, elle reste visible pour toujours, sous forme d'une mince ligne grise, tandis que les cicatrices de la sclérotique, au bout de quelque temps, sont à peine encore reconnaissables. Il faut un temps assez long avant qu'une cicatrice soit suffisamment solide pour résister aux influences nuisibles extérieures. Pendant quelque temps (plusieurs semaines ou des mois, suivant l'importance de la plaie), le patient s'abstiendra donc de tout effort physique un peu violent: il évitera aussi les pressions sur l'œil, etc.