

## CHAPITRE II

### OPÉRATIONS SUR LE GLOBE OCULAIRE

#### I. — PONCTION DE LA CORNÉE.

§ 155. — La ponction, ou la paracentèse de la cornée, peut se pratiquer au moyen du couteau lancéolaire (fig. 316, 2 et 3) ou du couteau linéaire Græfe (fig. 316, 1).

Pour pratiquer la *ponction au moyen du couteau lancéolaire*, on enfonce l'instrument dans la cornée au voisinage de son bord extéro-inférieur, et on le pousse suffisamment en avant, pour donner à la plaie une longueur de 2-3 millimètres, puis on le retire très lentement. Pour faire écouler l'humeur aqueuse, il suffit de déprimer doucement, au moyen de la curette de Daviel (fig. 316, 8), la lèvre périphérique de la plaie (fig. 324, c). L'évacuation de l'humeur aqueuse doit se faire lentement, de préférence à plusieurs reprises.

La ponction au moyen du couteau lancéolaire se pratique :

1° Dans les ulcères progressifs de la cornée dont les progrès en largeur ou en profondeur ne peuvent pas être arrêtés par un traitement médical. Dans les ulcères de la cornée qui menacent de devenir perforants, on prévient la perforation trop brusque et un prolapsus irien. Lorsque le fond de l'ulcère est fortement bombé en avant, on choisit ce point pour y pratiquer la ponction ;

2° Dans les ectasies de la cornée de différentes espèces, ainsi que dans les prolapsus iriens fortement bombés ou dans les staphylômes qui en proviennent. Dans ces cas, la ponction doit être suivie de l'emploi du bandeau compressif ;

3° Dans les inflammations rebelles de la cornée ou de l'uvée, ainsi que dans les opacités du corps vitré, dans le but d'agir favorablement sur la nutrition du globe oculaire en activant les échanges nutritifs ;

4° Dans l'hypertonie, quand on peut prévoir qu'elle sera passagère, par exemple dans l'iridocyclite ou la tuméfaction du cristallin ;

5° Dans l'hypopyon très abondant, dans le but de l'évacuer. — Dans tous ces cas, il n'est pas rare que l'on soit obligé de répéter la ponction une ou plusieurs fois.

On pratique la ponction au moyen du *couteau linéaire* de Græfe dans l'ulcère serpigineux, d'après la méthode de Sæmisch (voir p. 193). On enfonce le couteau de Græfe, le tranchant dirigé droit en avant, en dehors du bord externe de l'ulcère, dans la partie encore saine de la cornée. Ensuite on pousse le couteau dans la chambre antérieure assez loin du côté nasal pour que la pointe en sorte en dedans du bord interne de l'ulcère. Alors celui-ci tout entier se trouve au-devant du tranchant du couteau, qu'on n'a qu'à faire avancer pour le fendre d'arrière en avant. L'incision s'étendra par ses deux extrémités dans le tissu encore sain, et elle doit, autant que possible, être exécutée de façon à diviser par son milieu la partie progressive, la plus jaune de l'ulcère. Lorsque la section est achevée, on extrait l'hypopyon. Il faut rouvrir l'incision chaque jour (au moyen du couteau de Weber ou de la curette de Daviel), jusqu'à ce que l'ulcère commence à se déterger.

*Ponction de la sclérotique* (sclérotomie). — On peut la pratiquer dans la partie antérieure de la sclérotique appartenant à la chambre antérieure, ou bien dans le segment postérieur qui est le plus grand, — sclérotomie antérieure ou postérieure.

Voici comment se pratique la *sclérotomie antérieure*, d'après de Wecker : on enfonce le couteau de Græfe à 4 millimètre en dehors du bord externe, et on le fait sortir à la même distance en dedans du bord interne de la cornée. Ponction et contre-ponction sont donc situées symétriquement et pratiquées comme si l'on se disposait à former, dans la partie supérieure de la cornée, un lambeau de 2 millimètres de hauteur. Et effectivement, dès que la contre-ponction est achevée, on exécute de bas en haut quelques mouvements de va-et-vient, comme pour former un lambeau, mais on retire le couteau avant d'achever la section. Au bord supérieur de la cornée, on conserve ainsi un pont de sclérotique, qui réunit le lambeau au tissu voisin et qui empêche l'entre-bâillement de la plaie. Par cette opération, on pratique donc dans le bord scléral deux sections séparées l'une de l'autre par un pont étroit de sclérotique (fig. 321, s et s'). — La sclérotomie peut être pratiquée en bas, aussi bien qu'en haut.

En raison de la situation périphérique de la plaie, la sclérotomie prédispose fortement au prolapsus irien. On devra donc s'efforcer, avant d'opérer, de provoquer, au moyen de l'ésérine, un miosis intense. Alors, le sphincter, spasmodiquement contracté, maintient l'iris dans la chambre antérieure. Si, en dépit de ces précautions, l'iris s'enclavait dans la plaie et ne pouvait être réduit convenablement, il ne resterait plus qu'à l'attirer au dehors et à l'exciser.

On pratique la sclérotomie dans le glaucome, mais les résultats n'en sont pas aussi sûrs et certainement pas aussi durables que ceux de l'iridectomie. C'est pour ce motif que la sclérotomie n'est plus pratiquée, par la plupart des opérateurs, comme opération courante dans le glaucome, et n'est plus exécutée que dans certains cas exceptionnels. A ces cas appartiennent : 1° le glaucome simple, avec chambre antérieure profonde et sans hypertonie manifeste; 2° le glaucome inflammatoire quand, par suite de son atrophie, l'iris est devenu si mince qu'on ne peut pas espérer exécuter une iridectomie suivant les règles; 3° le glaucome hémorragique; 4° l'hydrophthalmie; 5° au lieu d'une seconde iridectomie dans les cas de glaucome où, en dépit d'une première iridectomie, exécutée correctement, une nouvelle hypertonie se manifeste.

La *sclérotomie postérieure* se pratique sur le segment postérieur de la sclérotique. L'incision sera exécutée suivant la direction d'un méridien, c'est-à-dire d'arrière en avant, parce que la plupart des fibres de la sclérotique se dirigent dans ce sens, et la plaie a moins de tendance à s'entre-bâiller; en outre, on rencontre ainsi le moins de vaisseaux de la choroïde. L'endroit de l'incision doit être choisi de façon à ne blesser ni un muscle de l'œil, ni le corps ciliaire. Afin d'éviter la blessure de ce dernier, l'incision doit rester au moins à 6 millimètres en arrière du bord de la cornée. Les indications de la sclérotomie postérieure sont :

1° *Le décollement de la rétine.* — On enfonce un large couteau de Grafe dans la sclérotique, à l'endroit qui correspond au plus fort soulèvement. Dès que le couteau, ayant traversé la sclérotique et la choroïde, se trouve dans la poche sous-rétinienne, on lui fait subir un léger mouvement de rotation, de façon à obliger la plaie à s'entre-bâiller. A ce moment, on remarque que, sous la conjonctive soulevée, il se forme une vésicule jaunâtre produite par le liquide sous-rétinien sorti de la plaie. Dès que le liquide a cessé de couler, on retire le couteau;

2° *Le glaucome,* lorsque la chambre antérieure a disparu et que l'iridectomie est devenue, pour des raisons techniques, impossible (certains cas de glaucome malin et absolu). L'opération se pratique de la même manière que dans le décollement rétinien, seulement, ce n'est pas du liquide sous-rétinien, mais un peu de corps vitré qu'on laisse s'échapper. En outre, en raison de la consistance plus grande du corps vitré, l'on est le plus souvent obligé de faire l'incision un peu plus longue. Après la sclérotomie, d'ordinaire la chambre antérieure se rétablit, et il devient possible d'exécuter alors une iridectomie;

3° On fera une section méridienne d'une plus grande étendue, quand il s'agit d'*extraire* du corps vitré soit un corps étranger, soit un cysticerque.

## II. — IRIDECTOMIE.

§ 156. — On exécute l'iridectomie, d'après Beer, de la manière suivante : on enfonce le couteau lancéolaire dans le voisinage du bord cornéen,

tantôt plus vers la périphérie, tantôt plus vers le centre, suivant qu'on se dispose à exciser l'iris plus ou moins près de son insertion ciliaire. On enfonce la lance jusqu'à ce que l'incision ait acquis une largeur suffisante (4-8 millimètres, d'après l'étendue d'iris que l'on compte exciser). En outre, il faut tenir la lance de façon que l'incision soit concentrique au bord cornéen. Il faut également retirer le couteau lentement, en le faisant glisser contre la paroi postérieure de la cornée, pour ne pas blesser l'iris ou le cristallin, qui s'avancent au moment où l'humeur aqueuse s'échappe. Après avoir pratiqué l'incision, on introduit dans la chambre la pince à iridectomie fermée (fig. 316, 13), et on l'avance jusqu'au bord de la pupille. A ce moment, on ouvre la pince, et, en pressant légèrement sur l'iris, on en saisit un pli; ensuite on entraîne l'iris au dehors, et, au moment où il est le plus tendu, on le sectionne à ras de la plaie, à l'aide des ciseaux courbes ou des pinces-ciseaux de Wecker (fig. 316, 12). L'opération est terminée, et il ne reste plus qu'à refouler doucement l'iris dans la chambre antérieure à l'aide d'une spatule introduite dans la plaie, afin qu'après l'opération la pupille et le colobome aient une forme convenable.

Les *indications* de l'iridectomie sont :

1° *Des obstacles optiques.* — Ils consistent en opacités des milieux réfringents dans le champ pupillaire. A ces opacités appartiennent : a) des opacités cornéennes; b) une membrane pupillaire (occlusion de la pupille); c) des opacités du cristallin, telles que la cataracte zonulaire, la cataracte nucléaire, ou la cataracte polaire antérieure, d'un diamètre très grand, enfin la cataracte rétractée qui ne s'étend pas loin vers la périphérie; d) la subluxation du cristallin, où il s'agit de placer la pupille devant la partie privée de cristallin.

Pour qu'une iridectomie optique puisse être exécutée avec avantage, les *conditions* suivantes sont nécessaires :

a) L'opacité doit être assez *dense* pour empêcher la formation d'images nettes sur la rétine. Il ne suffit donc pas que les troubles de la vue consistent en un simple éblouissement. Dans ce cas, l'iridectomie ne servirait qu'à le rendre plus gênant encore. Souvent on commet l'erreur de pratiquer l'iridectomie pour des opacités relativement légères et, au lieu d'améliorer la vue, on la rend plus mauvaise. Pour éviter une semblable méprise, on commence par déterminer soigneusement l'acuité visuelle, puis on instille de l'atropine et on renouvelle l'examen. Lorsque la vue est beaucoup meilleure après qu'avant la dilatation pupillaire, l'iridectomie est indiquée; sinon, il faut y renoncer;

b) L'opacité doit être *stationnaire*. Ainsi, dans les opacités de la cornée, le processus inflammatoire doit être entièrement terminé et, dans