

ou total de diverses manières sans y avoir largement insisté.

Wenis, dans sa thèse (1874), nous dit que dans un cas de staphylome, après ablation du segment antérieur, Richet a enlevé le corps vitré, la rétine et la choroïde et conservé un moignon convenable. Sichel enlevait aussi, paraît-il, les membranes internes avec l'ongle, après l'ablation cornéenne.

Dans tous les cas, c'est avec Noyes (1872) et surtout Alfred Græfe (1884) que l'on a systématisé et régularisé le curage du globe, surtout dans la panophtalmie, mais aussi depuis dans un certain nombre d'autres affections d'ensemble du globe, telles que l'hydrophthalmie et les vastes ossifications.

C'est la nécrologie, l'enregistrement périodique et croissant des morts (de ceux que leurs auteurs ont bien voulu publier), après l'énucléation dans la panophtalmie qui remirent en faveur les opérations partielles que bien des chirurgiens n'avaient d'ailleurs jamais abandonnées, mais c'est aussi la constatation de certains accidents, douloureux ou sympathiques, causés par les modifications pathologiques du contenu qu'on laissait dans l'œil après ablation de la cornée ou du segment antérieur, qui engagèrent à donner un coup de curette de plus, et à vider le reste du corps vitré, de la rétine et de la choroïde. Il ne restait plus alors que la coque, comme celle d'un œuf vidé.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — Le curage de l'œil est une opération d'une simplicité enfantine : comme nous le disons, c'est le curage d'un œuf. On enlève la calotte cornéenne, d'ailleurs souvent déjà ouverte au limbe, avec des ciseaux courbes pointus ou avec un simple couteau à cataracte un peu large, qui serviront à faire toute la section. D'autres opérateurs font la première partie de l'ablation au couteau, et la seconde partie aux ciseaux, ce qui nécessite, sans aucun profit, un instrument de plus. Le procédé de Gifford (large section sclérale méridienne et curage, sans ablation

cornéenne) mérite d'être essayé. Dans quelques cas, le cristallin et une partie du corps vitré s'évacuent, dès que l'ablation cornéenne est en voie d'achèvement. Quelquefois au contraire, on voit, lorsque la cornée est enlevée, un plan solide formé par l'iris adhérent et le cristallin restés en place. On saisit alors l'iris avec une pince et on l'arrache en le décollant rapidement et circulairement de ses attaches ciliaires. Le cristallin est enlevé ici d'un coup de curette. Puis l'ouverture du globe étant maintenue béante avec des pinces, des crochets à strabisme, de petits releveurs ou tout autre instrument, on plonge une large curette à bords légèrement émoussés jusqu'au fond du globe contre lequel elle vient buter. On exécute alors un raclage des parois et on ramène en deux ou trois temps tout le contenu. Au niveau du muscle ciliaire les attaches sont plus solides et le raclage devra être un peu plus énergique. Une irrigation antiseptique faible et hémostatique *très chaude* est dirigée dans l'intérieur de la poche, qu'on a même éclairée avec l'électricité (de Wecker), pour voir si le curage est total. On fait ensuite un point de suture au milieu des lèvres de l'excision cornéenne. L'introduction d'une mèche iodoformée, d'un drain, nous a généralement paru inutile, si le lavage très chaud a été soigneusement exécuté. Les liquides intraoculaires s'évacuent suffisamment les jours suivants sur les côtés de la suture médiane. Le point de suture est utile pour masquer l'orifice béant et répugnant qui résulte de l'opération et ne gêne en rien : il vaudra mieux le faire que de laisser la plaie sans suture.

Avant la suture nous enlevons sur le diamètre horizontal de chaque côté un coin de sclérotique de manière à éviter des angles et à transformer l'ouverture circulaire en une ouverture losangique (fig. 71).

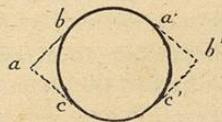


FIG. 71. — Ablation kéro-sclérale losangique pour l'exentération.

a, b, c, a', b', c', triangles de sclérotique enlevés.

Il est inutile de faire une suture conjonctivale (Græfe) entrecoupée ou en bourse, au devant de la cornée.

Les curages partiels sont des diminutifs de la précédente opération et, malgré de petits avantages immédiats, ils ont l'inconvénient, sauf si l'on pratique l'ablation du segment antérieur (à rejeter, car c'est un traumatisme aussi grave et moins avantageux encore comme suites et comme moignon, que le curage total) de laisser le corps ciliaire et la choroïde en place, organes toujours dangereux pour la possibilité d'une ophtalmie sympathique et d'une ossification intra-oculaire tardive.

Quant à la cautérisation ignée dans l'intérieur de la poche complètement vidée (Guaita, Fage), elle nous paraît inutile, tandis qu'après le curage *partiel* nous l'avons faite dès 1895 plusieurs fois¹, dans le reste du vitré purulent, comme dans un anthrax et avec de bons résultats. De Lapersonne a fait depuis même toute l'exentération avec le thermocautère (exentération ignée). Toutefois l'exentération à la curette nous semble généralement plus nette et préférable; l'opération précédente pourrait entraîner le sphacèle de la coque.

Dans des cas exceptionnels tels qu'au *cours de la panophtalmie* les curages partiels, limités à l'ablation de la cornée, de l'iris, du cristallin, et de la partie antérieure du vitré purulent avec *cautérisation ignée espacée dans le reste du vitré*, seront préférés à l'exentération totale. Ils se font en effet souvent sans anesthésie générale, et entraînent une réaction post-opératoire moindre que l'exentération totale. Le moignon est un peu plus volumineux, et l'œil artificiel plus mobile au périmètre (Truc), mais on conviendra qu'il renferme des éléments qui constituent un péril pour l'avenir.

SUITES. — Les suites du curage total sont assez longues.

1. A. Terson. *Traité de chirurgie clinique et opératoire* de Le Dentu-Delbet, t. V, p. 172.

Le chémosis séreux est quelquefois très marqué et nécessite quelques scarifications les jours suivants, s'il empêche l'occlusion complète des paupières. Les calmants et les injections de morphine peuvent être indiqués le soir et le lendemain de l'opération. Mais tout cela est fort variable avec les sujets et un moignon s'établit peu à peu. Très rarement on a observé le sphacèle plus ou moins complet de la coque sclérale. Le pansement humide chaud, arrosé de temps à autre et changé souvent, est le meilleur pendant les premiers jours. On lui substitue ensuite un pansement sec.

Les suites des curages partiels ne diffèrent pas beaucoup de celles d'une panophtalmie, où la cornée a cédé et laissé échapper spontanément une partie des liquides intra-oculaires. Il faut plusieurs semaines pour que tout rentre dans l'ordre, mais la réaction immédiate est moindre.

La prothèse sera employée dès que l'inflammation et toute crainte d'ophtalmie sympathique ont disparu.

La modification la plus importante (Mules, 1885) qu'a subie l'exentération consiste, à la suite de la constatation des résultats obtenus en chirurgie générale par la *prothèse intra-organique*, à introduire dans la coque vidée des objets de diverse nature (boules de verre, de métal, de soie, d'éponge, etc.), destinés à renforcer le moignon.

Cette chirurgie à corps étrangers systématiques a pu donner quelques résultats, mais elle ne dispense nullement du port d'un œil artificiel, et laisse subsister des chances d'inflammation, même sympathique, sans préjudice de l'expulsion spontanée précoce ou tardive du corps étranger prothétique. Aussi déconseillons-nous cette pratique et croyons-nous que ces corps étrangers iront rejoindre dans un oubli mérité la cornée artificielle, les canules et les clous lacrymaux. Les opérés pourront payer d'une foule d'ennuis la satisfaction d'avoir pendant quelque temps, ou même toujours, un œil un peu plus gros.

Le moignon composé de la sclérotique et des muscles

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

de l'œil constitue un « œil moral », comme on l'a dit, suffisant et supérieur à l'amputation et à la suppression totales, qu'est l'énucléation. Il a été bien étudié histologiquement par Guaita, Forçet, Waldisnuhl et d'autres.

INDICATIONS GÉNÉRALES. — C'est surtout dans la *panophtalmie* que le curage total ou partiel, total le plus souvent, trouvera son indication la plus formelle. Sans doute la panophtalmie a été traitée souvent à toutes ses phases par l'énucléation (Panas), mais le nombre des cas de mort avoués après l'énucléation dans la panophtalmie est déjà trop considérable pour qu'on ne doive pas considérer l'exentération comme beaucoup moins dangereuse. Il est absolument exceptionnel qu'on puisse mourir après une exentération (Bocci et Reymond, N. Hansen). La mort après l'énucléation paraît plus fréquente encore chez des sujets où l'infection générale était déjà avérée; aussi doit-on formellement s'abstenir de l'énucléation chez ces sujets (Panas).

Mais il est de plus en plus prouvé que l'énucléation dans la panophtalmie présente un imprévu beaucoup plus considérable au point de vue de la vie, que le curage. Aussi s'abstiendra-t-on très généralement de l'énucléation dans la panophtalmie pour lui substituer les opérations partielles.

L'exentération est également indiquée comme complément de l'ablation de la cornée pratiquée pour un *staphylome* ou pour la *huphtalmie*, si une violente hémorragie se déclare, si l'on découvre une ossification intra-oculaire et d'une manière générale, dans tous les cas où on pourra éviter l'énucléation, sans danger pour la vie (tumeur) ou pour la vision (ophtalmie sympathique).

On s'efforcera donc de réduire le nombre des énucléations, et surtout chez les *jeunes sujets*, où les opérations partielles sont préférables.

En plus de nombreuses exentérations dans la panophtalmie chez l'adulte et chez l'enfant, nous avons pratiqué aussi

l'exentération dans un cas où plusieurs semaines après un coup de bâton sur l'œil, le globe entièrement rempli de sang et sans perception lumineuse, causait des douleurs intolérables que les sclérotomies n'avaient pu réduire, mais sans irritation sympathique. Le curage complet de l'œil, dont tout l'intérieur était constitué par un énorme caillot, eut des suites régulières et rapides. Nous croyons qu'au cours d'une violente hémorragie expulsive après l'extraction du cristallin cataracté, l'exentération est en tous cas préférable à l'énucléation que quelques auteurs ont proposée. Mais on voit quelquefois *sans exentération* et *sans énucléation*, ces yeux s'atrophier sans de trop fortes douleurs. En tous cas, si une opération large est indiquée, on préférera l'exentération qui conserve encore une partie de cet œil auquel on avait prétendu rendre la vision et dont l'énucléation est pour le malade et le chirurgien un sacrifice plus pénible que jamais.

Les résultats de l'exentération et des curages sont généralement satisfaisants et fournissent une bonne prothèse. Toutefois les moignons dus au curage total deviennent quelquefois difformes ou minuscules et le curage partiel laisse les éléments d'une ossification future. Mais ce n'est qu'exceptionnellement en somme qu'on sera obligé d'énucléer finalement.

L'ophtalmie sympathique est très rare après l'exentération TOTALE, aussi rare peut-être qu'après l'énucléation.

C'est surtout parce que l'œil artificiel est beaucoup *moins enfoncé* tout en étant plus mobile, que l'exentération est préférable, toutes les fois qu'elle pourra être sans danger substituée à l'énucléation. Les meilleures pièces prothétiques, même les plus récentes, ne remédient en effet qu'imparfaitement aux inconvénients de l'amputation totale du globe. C'est donc après un examen consciencieux de chaque cas particulier que tout chirurgien, sans parti pris, devra se décider pour l'exentération ou pour l'énucléation, les indi-

cations de cette dernière n'étant absolues que pour les tumeurs l'ophtalmie sympathique.

Dans tous les autres cas, on est, suivant les circonstances, amené à exentérer ou à énucléer, si l'on veut être réellement utile.

Dans les panophtalmies *endogènes, métastatiques*, sans lésion traumatique et opératoire, il est préférable, vu l'absence ou le peu d'intensité des douleurs, de s'abstenir d'opération, ou de la réduire, le cas échéant, à une simple ponction scléro-vitréenne inférieure au couteau à cataracte, sans curage le plus souvent. L'ablation d'un moignon douloureux serait possible, lorsque l'état général sera complètement rétabli, mais l'énucléation et même l'exentération pourraient être inutiles ou dangereuses, quand le patient est en pleine infection généralisée, en danger de mourir et de perdre les deux yeux par suppuration intra-oculaire due à l'infection sanguine. On sera d'ailleurs très réservé, même en fait d'opérations partielles, pour intervenir dans les cas de cette nature, le malade pouvant attribuer à l'opération si souvent inutile la cécité dont il restera atteint.

CHAPITRE CINQUIÈME

SCLÉROTIQUE

La plus grande partie des opérations sur la sclérotique vise à modifier des lésions de l'intérieur de l'œil. Aussi la chirurgie de la rétine (détachement) et celle du corps vitré (corps étrangers, cysticerques, etc.) participe à vrai dire à la chirurgie de la sclérotique. Sauf l'intervention directe par cautérisation, grattage, électrolyse, sur des foyers infectieux scléraux et épiscléraux (épisclérite, tuberculose, etc.), par ablation de parties ectasiées (staphylomes, cicatrices cystoïdes, etc.), sutures (plaies et ruptures), on passe en général par la sclérotique pour aller *ailleurs*, vers un autre but; c'est l'incision *laparotomique*. Il n'y en a pas de meilleur exemple que l'exécution de l'iridectomie dans la variété *antiglaucomeuse*, où le siège de l'incision a une telle importance que cette opération pourrait être aussi bien rangée dans la chirurgie de la sclérotique que dans celle de l'iris, ou plutôt tient également à l'une et à l'autre.

§ I. — Épisclérite.

Dans l'épisclérite, après insuccès des traitements conservateurs, tels que les *injections sous-conjonctivales* qui peuvent, de même que dans la sclérite, donner (H. Snellen,

BIBLIOTHÈQUE
FAC. DE MÉD. U.A.M.