

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.

Gepner, Terson père, Grandélément) des résultats très satisfaisants, et, tout en continuant le traitement général, on est amené à intervenir plus énergiquement dans les cas rebelles. Les *scarifications* sont mal supportées et entraînent que d'assez mauvais résultats. Les *pointes de feu* lèsent la conjonctive qui en somme n'est pas malade et c'est plutôt un traitement sous-conjonctival qu'il faut à cette affection sous-conjonctivale.

L'*abrasion avec dissection* latérale de la conjonctive et *raclage à la curette tranchante* ne serait de mise que pour une épislérite où certains nodules inflammatoires résistent à tout autre traitement, quelquefois pendant un temps extrêmement long. Nous en avons obtenu un bon résultat dans un cas.

Lorsqu'une épislérite bien limitée et intense se prolonge malgré tout, il est indiqué, après insuccès de l'injection sous-conjonctivale, d'aller directement porter la cautérisation au centre même du foyer pour l'antiseptiser et le rétracter. Une fine aiguille rougie pourrait suffire, en cas d'un matériel imparfait, sinon on s'adressera comme nous l'avons fait le premier (1897), et comme depuis, Clavelier et Pansier en ont obtenu de bons résultats, à l'électrolyse *négative*.

Le pôle positif étant appliqué sur la joue, l'œil bien fixé et bien cocaïnisé, l'aiguille négative est introduite de façon à occuper le grand axe *transversal* de la base du bouton épisléritique. Il faudrait ne pas avoir l'habitude de la chirurgie oculaire pour s'exposer à perforer l'œil et, malgré la petite douleur que provoque le passage du courant, le chloroforme nous a semblé absolument inutile. Une aiguille fine pénètre très bien : une aiguille légèrement lancéolée comme une aiguille à dissection a une base un peu plus large et peut être employée à condition qu'elle pénètre bien dans le nodule et pas seulement sous la conjonctive. Un courant électrolytique de 3 milliampères pendant une

minute est tout à fait suffisant. Un courant plus fort nécessiterait une durée moindre et aurait peut-être un effet escharotique excessif. On agira avec prudence, vu la grande force caustique de l'électrolyse négative. Une réaction analogue à celle de la cautérisation ignée suit l'opération, mais quelques jours après on s'aperçoit qu'une petite tache cicatricielle blanchâtre sous-conjonctivale a remplacé le bouton d'épislérite.

§ II. — Sclérite.

Bourgeois a employé l'électrolyse dans la sclérite antérieure qui d'ailleurs nécessite la péritomie et l'iridectomie dans certains cas, mais l'absence fréquente des *nodules* véritables qui donnent une indication formelle à l'électrolyse dans le *bouton d'épislérite* rebelle, nous a toujours, de même que l'*amincissement* de la sclérotique dans cette maladie, fait préférer les pointes de feu et les injections sous-conjonctivales.

L'ensemble de ces opérations ne présente aucune contre-indication à la continuation de tout autre traitement local ou général, mais on doit reconnaître qu'elles sont surtout indiquées dans les cas rebelles.

§ III. — Lèpre, tuberculose, hyperplasies.

La *lèpre* et la *tuberculose* sclérales ne diffèrent pas sensiblement comme traitement chirurgical de celles de la conjonctive bulbaire. Elles doivent, en tous cas, être traitées par les moyens *conservateurs* (abrasion, curages et iodoforme, cautérisation ignée, etc.) avant d'en venir, s'il y a lieu, à l'énucléation du globe. Il en serait de même des diverses *hyperplasies* sclérales encore si mal délimitées.

§ IV. — Staphylomes.

Les staphylomes scléroticaux antérieurs et équatoriaux constituent quelquefois d'énormes saillies et de véritables diverticules formant des appendices aussi gros qu'un grain de raisin. Dans ces cas-là, si la lésion se réduit à une volumineuse ectasie bien limitée et suffisamment pédiculisée, très disgracieuse et très gênante pour le malade, on pensera à en faire l'ablation tout en conservant le globe de l'œil. La sclérotomie, la ponction répétée et la transfixion de la poche, l'iridectomie sont en effet inefficaces ou dangereuses : la cautérisation ignée est également inefficace, si le staphylome est très large et, s'il est très mince, la perforation ignée pourrait avoir des conséquences désastreuses, telles que l'atrophie douloureuse de l'œil.

L'ablation de la cornée et de l'iris fait disparaître ces staphylomes (Desmarres), sans cependant qu'on touche à l'ectasie sclérale : mais, même si elle n'est pas suivie d'exentération du globe (à faire si une violente hémorragie intra-oculaire suivait l'ablation de la cornée), elle transforme l'œil en moignon et oblige au port d'un œil artificiel. Avant d'en venir à l'exentération ou même à l'énucléation, nécessaire si les staphylomes sont multiples, l'œil douloureux et l'irritation sympathique menaçante, on se proposera l'ablation de l'ectasie avec suture immédiate.

Les suites peuvent en être relativement bonnes, comme dans certains cas récemment publiés (Galezowski, Panas). Mais l'atrophie de l'œil accompagnerait une perte par trop abondante du corps vitré et, d'autre part, le glaucome continue quelquefois après l'opération, qui d'ailleurs pourrait aussi provoquer l'ophtalmie sympathique. Il s'agira donc de cas tout à fait exceptionnels, où le pédicule sera suffisamment étroit, le staphylome étant cependant

volumineux, nodulaire, et très gênant sous la paupière supérieure.

Technique opératoire. — Cette opération est la répétition de celle qu'on emploie pour le staphylome cornéen et elle a suivi la même évolution, d'abord sans sutures, puis avec sutures. Mais elle a le grave désavantage de se pratiquer ici au niveau même du corps vitré. Mackensie et d'autres se bornaient souvent à saisir l'ectasie avec une anse de fil ou un crochet et à l'exciser sans suture, mais la plupart des opérateurs de son temps enlevaient le segment antérieur de l'œil en même temps que le staphylome, de façon à avoir un moignon plus inoffensif.

Après avoir légèrement dégagé la conjonctive, on enfonce les aiguilles dans la base du staphylome préalablement saisi avec une pince érigne, car il s'affaisse et s'évanouit pour ainsi dire à la première piqûre : puis on excise le staphylome à la pince et aux ciseaux, ou par transfixion plus pénible au couteau. On serre les fils de soie, sans pouvoir éviter une perte plus ou moins profuse de corps vitré, même avec l'anesthésie générale. On pourrait ensuite réunir la conjonctive disséquée, avec quelques points de suture, mais cette manœuvre complique encore l'opération : de plus les staphylomes sont souvent si près de la cornée qu'on ne trouve pas au niveau du limbe de conjonctive à suturer. Mieux vaut, si on veut faire la suture à double plan, scléral et conjonctival, disséquer la conjonctive et l'inciser au delà du staphylome en la laissant adhérer au limbe ou employer la suture en bourse de Wecker au-devant de la cornée. Mais tout cela a pour résultat d'abord de gêner au moment où on retire les sutures sclérales de soie (on ne doit pas employer du catgut qui se résorbe trop facilement et laisse la plaie sclérale béante), ensuite d'exercer de vives pressions sur un œil déjà en partie vidé, puisqu'on travaille en plein corps vitré.

On usera de fils aseptisés ou antiseptisés longtemps à

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

l'avance pour éviter dans la mesure du possible le phlegmon de l'œil entier par infection du corps vitré.

Dans les cas où le staphylome aurait déjà une tendance à se pédiculiser, il serait justifié de tenter de séparer peu à peu le staphylome du reste de l'œil par une ligature sous-conjonctivale enserrant son pédicule et qui, si elle était métallique (fil d'or comme pour le *drainage*) pourrait être amenée au dehors entre les paupières et tordue de temps à autre pour *isoler* progressivement le staphylome comme une cavité close appendiculaire.

Mais, outre que l'opération ne pourrait être tentée que dans des cas fort rares, nous sommes encore insuffisamment fixés sur le degré d'irritation directe ou sympathique qu'elle provoquerait. Elle ne paraît toutefois pas plus dangereuse que les opérations précédentes et peut-être arriverait-elle à les éviter. On doit aussi se demander si elle n'entraînerait pas, avec un fil trop fin et trop serré, une section trop rapide. On pourrait du reste, en faufilant, faire l'anse à la fois conjonctivale et sous-conjonctivale, pour avoir un peu plus de tissu.

§ V. — Plaies et ruptures.

Les plaies et les ruptures de la sclérotique sont d'un pronostic très variable. Parmi les *plaies*, on voit quelquefois des piqûres d'aiguille ou de pointe de ciseaux, guérir admirablement, sans aucune infection intra-oculaire. Dans une de nos observations, une piqûre d'aiguille en plein corps ciliaire détermina une petite cicatrice cystoïde et bosselée, mais ne s'accompagna d'aucune lésion irienne ou cristallinienne et d'aucun trouble visuel. A côté de ces faits, la piqûre avec une aiguille sale, un couteau malpropre, entraînera, pour une ouverture sclérale insignifiante, la panophtalmie en quelques heures, à cause de l'infection directe du vitré par l'instrument piquant.

Les ruptures ont moins de tendance à s'enflammer et, lorsque le contenu de l'œil n'est pas vidé et qu'il n'y a pas plus tard une cataracte ou un décollement rétinien, une vision satisfaisante subsiste. Nous avons vu plusieurs malades où une assez bonne vision existait avec d'énormes ruptures sclérales cicatrisées, des cicatrices cystoïdes difformes et même *l'expulsion et la disparition de l'iris* tout entier. Quelquefois, alors qu'une rupture sclérale paraît se cicatriser simplement, il survient inopinément une ophtalmie sympathique.

Quoi qu'il en soit, *l'énucléation d'urgence* doit être rare dans ces cas-là, bien qu'elle ait été à un moment donné recommandée (Warlomont) pour tous les traumatismes graves. Il y a des cas où des yeux presque complètement vidés, que le malade a quelquefois *refusé* de se laisser énucléer, fournissent ensuite, pour la prothèse, des moignons aussi bons qu'après l'ablation du staphylome cornéen : c'était le cas pour une de nos malades, buphtalmique, qui heurta un coin de table, et évacua presque tout le contenu de son œil. D'autre part il *faudra énucléer* à la moindre menace d'ophtalmie sympathique, les yeux restant mous et douloureux (phtisie douloureuse). Dans ces cas, on ne s'attardera pas aux opérations partielles (iridectomies, ablation de la cornée et de l'iris, exentération) qui donneraient même un coup de fouet à une ophtalmie sympathique au début, et on énucléera sans remords.

La conduite à tenir, lorsqu'un *corps étranger* a pénétré dans l'œil par la sclérotique, sera examinée avec la chirurgie du corps vitré.

S'il n'y a qu'une *piqûre* sclérale, on désinfectera rigoureusement et d'une façon permanente (irrigations, instillations, pommades antiseptiques), mais aucune opération n'est véritablement indiquée. S'il n'y a pas un trajet assez grand pour laisser baver le corps vitré, auquel cas une suture conjonctivale serait pratiquée au-devant de l'orifice,

BIBLIOTHÈQUE
FAC. DE MÉD. U.A.M.

une opération précoce sera inutile, plus ou moins dangereuse et mal interprétée par le malade souvent déjà en puissance d'une panophtalmie. L'occlusion et l'expectation antiseptique d'attente seront donc instituées.

Contre l'enclavement irien, les myotiques seront fréquemment instillés et combinés à la compression. Mais, à moins d'un *énorme* enclavement rendant impossible la cicatrisation, on s'abstiendra pour les enclavements *petits et moyens* de toute cautérisation et de toute résection, l'ophtalmie sympathique ayant plusieurs fois suivi ces opérations, de même que les opérations sur l'enclavement après l'extraction de la cataracte sans iridectomie.

Lorsque la plaie s'y prêtera par sa forme et son siège, on pourra décoller la conjonctive et tenter de l'amener à englober l'enclavement qui deviendra ainsi *sous-conjonctival* et par suite d'un pronostic un peu meilleur pour l'avenir.

De Wecker a même décollé la conjonctive comme au premier temps de l'énucléation et de l'opération du staphylome (procédé de Wecker) et l'a *suturée* au-devant de la cornée rompue, *fracturée* (comme le disait Fano), en même temps que la sclérotique. Les fils coupent au bout de quelques jours cette enveloppe qui se rétracte ensuite sans adhérer à la cornée. Ces manœuvres pourraient toutefois amener l'évacuation d'une nouvelle quantité des humeurs de l'œil déjà si largement ouvert par le traumatisme. Nous avons vu si souvent de larges ruptures cornéennes guéries par les simples pommades antiseptiques et sans aucune infection, que nous considérons cette opération comme inutile dans la majorité des cas.

Lorsque la plaie ou la rupture sclérale s'y prête, on pourra *suturer*, mais, en prenant, avec des soies très fines, la conjonctive bien dégagée préalablement, et aussi les couches *superficielles* de la sclérotique. Aller en pleine sclérotique expose à des pressions et à des évacuations dangereuses. La suture des plaies sclérales, longtemps regardée comme une

hérésie, a fini, après quelques succès anciens (Baretti, 1833), par prendre une certaine place dans la chirurgie oculaire, grâce aux efforts de Pomeroy, Bowman (1856), Critchett, Windsor, Lawson, Pooley, Galezowski et d'autres auteurs. Divers procédés ont été proposés, en plus de la suture simple de dehors en dedans (suture de Lawson, avec anse à double aiguille de dedans en dehors pour éviter de prendre la choroïde, suture en bourse de Nuel, dissection de lambeaux de Schöler). En somme la suture simple de dehors en dedans, *en évitant de traverser toute la sclérotique*, et en prenant la conjonctive dégagée qu'on adosse à elle-même, est le procédé à suivre ordinairement.

S'il est certain et démontré par l'expérience de tous les jours que beaucoup de plaies et de ruptures *sclérales* guérissent sans suture, il est juste de reconnaître qu'une bonne suture conjonctivale et épisclérale joue un rôle important pour les consolider et les protéger définitivement.

Lorsqu'une panophtalmie suit rapidement le traumatisme, c'est surtout à l'*exentération* que l'on devra s'adresser, mais on tâchera de prévenir la panophtalmie en cautérisant (Abadie) le trajet infecté avec le fer rouge.

Enfin, lorsque la rupture de la sclérotique n'a pas entraîné celle de la conjonctive, plus extensible, on observe la hernie du corps ciliaire et l'enclavement du cristallin sous la conjonctive. Ces deux lésions seront traitées par l'expectation et le bandeau compressif jusqu'au moment où le chémosis aura disparu. Une simple transfixion conjonctivale au couteau à cataracte permettra *alors* l'ablation du cristallin, sans perte du corps vitré, la rupture sclérale s'étant cicatrisée au-dessous de lui.

Nous avons, comme d'autres, exécuté plusieurs fois cette intervention qui n'a, faite en temps opportun, aucun des dangers qu'on lui a souvent attribués.

Enfin, dans les cas où l'irritation de l'œil persiste et où le cristallin joue le rôle de corps étranger, surtout s'il est

resté partiellement enclavé dans la plaie sclérale, on sera quelquefois cependant amené à pratiquer son extraction avant la cessation de tous les phénomènes irritatifs.

La même conduite serait indiquée pour les *corps étrangers* inclus dans la membrane.

Il est difficile de porter de bonne heure un *pronostic* sûr pour les *suites éloignées* de ces plaies du globe, même traitées par la suture. Telle plaie guérira, avec conservation d'un certain degré de vision, alors que la plaie était fort étendue et qu'il y avait eu évacuation d'une partie du corps vitré. Telle autre, de même apparence, pourra entraîner une ophtalmie sympathique ou laisser un globe qui s'atrophiera lentement et constituera un moignon douloureux et dangereux. Le pronostic reste donc pendant longtemps incertain, comme pour toutes les plaies intéressant l'intérieur du globe et les membranes profondes.

Telles sont les opérations *sclérales* proprement dites : quant aux opérations dont le premier temps consiste seulement à traverser la sclérotique ou à celles qui agissent sur la sclérotique pour lutter contre une affection intra-oculaire, elles seront plus fructueusement envisagées dans une description ultérieure à la fois clinique et opératoire. Il en est ainsi pour le glaucome, la cataracte (extraction sclérale), le décollement de la rétine et diverses affections du corps vitré, susceptibles d'opérations à porte d'entrée sclérale. Elles seront ainsi en regard du but pour lequel elles ont été créées.

CHAPITRE SIXIÈME

IRIS

Les opérations sur l'iris sont assez nombreuses : toutefois il est juste de convenir que leur abondance stérile a été infiniment trop grande, que beaucoup d'entre elles n'ont tout au plus qu'un intérêt historique et que la plupart même n'étaient que des répétitions ou des modifications insignifiantes des procédés antérieurs. Grâce à Desmarres qui a déblayé ce terrain¹, la chirurgie irienne s'est allégée de ce lourd bagage et, grâce à une plus grande précision et à une sélection minutieuse dans les indications et la technique opératoire, grâce aussi au perfectionnement des instruments, a été considérablement simplifiée dans la seconde moitié du XIX^e siècle, tandis que la première moitié l'avait singulièrement et inutilement compliquée.

On divise en trois grandes sections les opérations qui sont encore aujourd'hui pratiquées sur l'iris. La première comprend la *libération de la pupille*, adhérente soit à la cornée, soit au cristallin. La seconde a pour objet la *section* simple de l'iris (*iridotomie*) : la troisième, la *suppression* d'une partie de cet organe (*iridectomie*). Ces deux dernières opérations ont pour objet de créer une *pupille artificielle*.

1. Les ouvrages vraiment utiles à consulter à ce sujet sont, outre le *Traité* de Desmarres, les *Traités de chirurgie oculaire* de Deval et de Wecker.