

l'ulcère s'arrêtait sous son influence. L'incision opératoire ne s'infecte pas toujours.

3. Dans les fistules cornéennes (iridectomie et libération de l'iris enclavé).

4. Dans les leucomes adhérents et les staphylomes partiels à différentes périodes et généralement de très bonne heure.

5. Dans les taies diffuses compliquées de synéchiés iriennes (K. interstitielles), lorsqu'elles sont *stationnaires* et pour activer leur éclaircissement.

6. Dans le kératocône.

7. Dans la scléro-cyclo-choroïdite antérieure.

6. Dans les affections occlusives de la pupille, *lorsqu'il n'y a plus d'inflammation*, et dans les iritis à répétition, à une *période tranquille*, comme pour *l'appendicite*, jamais en pleine inflammation. On s'expose sans cela, si l'on est trop pressé, à déterminer une irritation encore plus vive, la réocclusion de l'iridectomie, quelquefois l'atrophie de l'œil (Panas, Leplat), et des troubles sympathiques. On opérera donc, *sauf le cas de glaucome*, primitif ou secondaire, après le déclin de toute inflammation apparente ou réelle.

On sera très prudent dans l'*iritis séreuse* où des *paracentèses* répétées et des sclérotomies devront précéder en tous cas l'iridectomie qui n'est pas exempte de dangers consécutifs.

L'iridectomie, dans l'iritis à rechutes, n'a pas toujours une action sûre contre les récidives, qu'on a souvent attribuées aux synéchiés, et dont la diathèse ou l'endo-infection sont surtout responsables. Mais elle a des avantages *inappréciables* à d'autres points de vue et un nombre infini de malades lui doivent la vue, *malgré de nouvelles rechutes* d'iritis. Si on a eu soin de faire une vaste iridectomie, à *froid*, dans une période calme, cette large ouverture qui fait communiquer largement les deux chambres, empêchera

la perte de l'œil et de la vision par glaucome, aplatissement de la chambre antérieure, iris en tomate et occlusion pupillaire. On la fait souvent trop tard, et fréquemment on sera appelé, comme dans plusieurs de nos cas, à conserver ainsi seulement le second œil, le premier ayant été perdu ou même énucléé faute d'une large et périphérique iridectomie *faite à temps*. Qu'elle arrête quelquefois l'iritis, c'est possible, mais incertain. Qu'elle soit toujours utile pour neutraliser l'effet néfaste d'une rechute d'iritis occlusive, *voilà qui est certain*.

On se rappellera qu'il y a des cas où l'ablation répétée de l'iris peut échouer, et, si l'œil peut la supporter, l'extraction du cristallin transparent est, comme Wenzel et de Græfe l'ont conseillé et comme l'a prouvé Jocqs, la seule chance de salut.

7. Pour les *corps étrangers*, les *parasites de l'iris*, si on ne peut les détacher de la membrane.

8. Dans *certaines néoplasies* bien localisées et envahissantes comme la tuberculose *solitaire* de l'iris, après insuccès du traitement médical (de Wecker, Terson père, Treitel), le léprome, les kystes, les angiomes, et d'autres tumeurs.

Mais on sera fort réservé en cas de tumeurs malignes (sarcomes), où l'énucléation sera généralement et promptement préférable.

9. Dans les *enclavements iriens*. On se méfiera d'être trop actif dans ces cas-là. Il y a des enclavements auxquels il ne faut toucher, ni par cautérisation, ni par transfixion, ni par iridectomie. Il faut savoir attendre dans bien des cas, même si on doit intervenir, sans cela on a des accidents et même l'ophtalmie sympathique, surtout avec les enclavements de la base de l'iris (de Wecker). Nous reviendrons sur ce sujet avec l'extraction de la cataracte.

10. Dans *certaines occlusions congénitales* (membrane pupillaire).

11. L'action est très douteuse dans les *choroïdites*, la *myopie*, le *décollement* rétinien, etc.

12. Dans l'extraction de certaines *cataractes*.

13. Dans certaines variétés de cataractes *traumatiques* et *congénitales* (zonulaires, pyramidales, centrales, polaires, etc.), après un examen soigné de l'acuité visuelle *avant et après atropinisation*.

14. Dans les luxations et subluxations du *crystallin*, l'iridectomie prépare à l'extraction du cristallin ; dans d'autres cas, elle doit lutter contre le glaucome ou ramener la vision. L'iridotomie et les sclérotomies lui sont alors souvent préférables (de Wecker).

Quand on trouve, après l'iridectomie, derrière une occlusion pupillaire, un cristallin entièrement *opaque*, on pourra, comme nous l'avons fait plusieurs fois avec succès, agrandir la plaie aux ciseaux à la Daviel, kystitomiser et extraire la lentille.

15. Dans le *glaucome primitif* ou secondaire de l'enfant et de l'adulte.

16. Pour faciliter le *diagnostic* (certaines tumeurs, lorsque la dilatation pupillaire est irréalisable), ou les *opérations* sur le cristallin, le corps vitré ou la cornée (tatouage). L'iridectomie est alors diagnostique, prophylactique, préparatoire, et il n'est guère d'affection de l'œil où on ne l'ait pratiquée.

17. Sur l'œil sympathisant elle échoue contre l'iritis sympathique, et sur l'œil sympathisé, s'il y a une adhérence *pariétale*, de *toute la face profonde* de l'iris au cristallin. On opérera le plus tard possible, mais même alors ces cas sont les plus mauvais, la réocclusion est fréquente, et l'exécution même de l'iridectomie fort incertaine, l'iris *friable* et adhérent se laissant arracher par filaments sans consistance. Là aussi, si le fond de l'œil est bon, l'extraction du cristallin transparent avec iridectomie à la *Wenzel* transparent l'iris et le cristallin avec le couteau long, est indi-

quée. Plus tard, l'irito-ectomie pourra être encore nécessaire.

On devra toujours se rappeler de ne pratiquer l'opération que sur un œil qui peut la supporter et on devra bien réfléchir à l'avance pour ne pas risquer d'aggraver sensiblement l'état visuel et organique de l'œil sur lequel on croit à propos d'intervenir dans un but visuel, et même l'état de l'autre œil.

Résultats. — On ne saurait donner d'appréciation générale des résultats de l'iridectomie, sauf pour le glaucome où on les trouvera. — Les résultats de l'iridectomie optique et antiphlogistique sont tout à fait divers, en rapport avec la lésion antérieure, l'astigmatisme cornéen, les taies, l'état du cristallin et du fond de l'œil, etc. Toutefois on se rappellera que, si elle est généralement utile, l'iridectomie optique n'amène pas toujours une vision très nette, vu l'utilisation des parties périphériques de la cornée et d'ailleurs les lésions de la cornée, du cristallin et des milieux. Il y a iridectomie et iridectomie : une iridectomie mal placée ou trop large gêne assez considérablement le malade, bien qu'il y ait de grandes *variations individuelles* et qu'on voie quelquefois une large iridectomie en bas n'amener aucun éblouissement. N'avons-nous pas vu une expulsion traumatique totale de l'iris laisser persister une vision satisfaisante et sans le moindre éblouissement ! A côté de ces cas, d'autres malades se plaignent d'éblouissement et d'y voir aussi mal ou plus mal qu'avant l'iridectomie soi-disant optique.

Sur les conditions de vision si variables après une iridectomie, Hirschberg et Van Duyse ont réalisé une expérience bien instructive. Ils ont fait des photographies avec des diaphragmes ronds, mais qui, même munis de papier huilé (taies), donnent des images nettes, plus nettes même si on opacifie la taie (tatouage). Les photographies sont au contraire voilées, quand le diaphragme est échanuré en iridectomie.

De tels faits expliquent en partie pourquoi les malades

n'ont pas toujours été satisfaits de l'opération, et doivent mettre en garde contre l'*abus* de l'*iridectomie*, opération séduisante, mais que l'opérateur ne doit faire qu'à bon escient.

Glaucome.

L'évolution clinique et anatomo-pathologique du glaucome est assez différente chez l'adulte et chez l'enfant pour modifier sensiblement les interventions qui sont applicables à l'un ou à l'autre. Nous devons donc examiner successivement le glaucome de l'*adulte* et ses nombreuses variétés, et le glaucome *infantile* où le volume de l'œil est considérablement accru (buphtalmie, hydrophthalmie).

§ I. — Glaucome de l'adulte.

Le glaucome *primitif* comporte un traitement chirurgical dont l'efficacité est grande dans le glaucome aigu et dans le glaucome subaigu.

En face du glaucome primitif, l'hypertonie de cause secondaire, et qui est souvent désignée sous le nom de *glaucome secondaire*, nécessite des opérations évacuatrices semblables à celles du glaucome primitif et dont l'effet fera souvent disparaître l'hypertonie en même temps que la cause qui l'a fait naître. Il en est ainsi dans les cas d'hypertonie liée aux leucomes adhérents, à certaines iritis, à l'occlusion et à la séclusion pupillaires, aux déplacements du cristallin, au gonflement de diverses cataractes, aux tumeurs intra-oculaires, pour ne citer que les principales lésions originelles. Mais il s'agit ici d'un symptôme concomitant, ordinairement mécanique, exceptionnellement d'ordre irritatif et où le traitement chirurgical étiologique s'impose.

Il est bon de distinguer, en particulier dans les diverses

formes de glaucome primitif, un pronostic variable quelle que soit la thérapeutique, et, s'il est assez juste de répéter qu'une opération est indispensable pour guérir le glaucome, il est également consciencieux de prévenir les praticiens qu'il y a des variétés de glaucome, telles que le glaucome hémorragique, où l'opération, même lorsqu'elle est indiquée pour diminuer ou supprimer les douleurs, ne rend pas la vue, et que dans le glaucome chronique avancé, en somme fréquent, il est convenable de ne pas toujours opérer et de ne pas faire l'opération classique, l'*iridectomie*, si l'on veut conserver la vue. Dans le glaucome aigu et subaigu, l'opération précoce est au contraire d'une utilité certaine, si elle est bien pratiquée, malgré ses difficultés. Cette manière de procéder et de séparer les cas vaudra mieux que de répéter comme on le fait souvent, que tout glaucome non opéré est perdu. S'il y a des cas où il faut opérer de suite, il en est d'autres, non moins glaucomateux, où il faut savoir ne pas iridectomiser, au grand étonnement du médecin qui a lu que le glaucome ne guérit que par une iridectomie et *guérit toujours* par elle. Excellente dans certaines variétés, l'opération curatrice par excellence, l'*iridectomie* scléro-cornéenne, entraîne par elle-même dans d'autres variétés la perte complète de l'œil.

Évolution historique des méthodes opératoires. — La chirurgie du glaucome a consisté depuis les temps les plus reculés dans une *ponction de l'œil* en pleine sclérotique. Il s'agissait le plus souvent d'opérations dirigées tantôt contre l'hydrophthalmie, tantôt contre le glaucome secondaire avec staphylome. Le volume de l'œil étant accru, l'œil étant plus gros, la première idée qui devait venir était de le ponctionner.

Les paracentèses de la cornée au niveau du limbe, et quelquefois au delà, étaient employés fréquemment dans le glaucome vrai à titre plutôt palliatif que curatif et pour aider le traitement général de l'ophtalmie arthritique.

Mackensie insista de nouveau sur l'utilité des ponctions *du corps vitré* dans le glaucome, à tel point qu'un assez grand nombre d'auteurs lui attribuent cette méthode opératoire.

Bien que de Græfe lui-même, Desmarres fils et d'autres disent avoir *guéri des glaucomes aigus* par des paracentèses de la chambre antérieure, elles étaient bien souvent inefficaces.

C'est à de Græfe (1856) qu'est due l'idée d'*appliquer l'iridectomie* au glaucome et c'est son véritable titre de gloire.

Sans doute il a vu Desmarres faire un énorme usage de l'iridectomie. Mais l'audace qu'il a eue, en l'appliquant empiriquement au glaucome aigu, a été récompensée par le succès : il a réglé exactement la technique *spéciale* de l'opération, et, bien que les théories et les explications ne soient venues qu'après la découverte, cela ne diminue ni la valeur de son effort, ni l'étendue du service qu'il a rendu. Alors que de Græfe attribuait « à l'atropine la propriété d'abaisser la pression intra-oculaire », quoiqu'il soit depuis revenu là-dessus, l'usage des *myotiques* dans le glaucome pour préparer ou suivre les ponctions et les iridectomies, et maintenir la vision de certains cas qu'il ne faut pas opérer est dû surtout à Laqueur et à Weber. C'est un progrès considérable, s'appliquant à toute une catégorie de glaucomes, et qui a, même en face de l'application de l'iridectomie, une grande importance.

Rappelons les soi-disant myotomies ciliaire de Hancock (1861) et les opérations rétroiridiennes de plusieurs auteurs.

Après de Wecker (1867), on a essayé dans certains cas de doubler l'opération, de s'abstenir de couper l'iris et de se borner à une incision sclérale (*sclérotomie juxta-cornéenne*), soit à la lance (Stellwag, Quaglino), soit au couteau de Græfe avec procédé à pont (de Wecker).

La ponction de l'œil, *sclérotomie postérieure*, qui est la vieille opération du glaucome, est encore restée applicable

(de Luca, Le Fort, Masselon, Parinaud) à des cas où la sclérotomie antérieure et l'iridectomie sont impuissantes.

La sclérotomie à pont a été combinée avec l'iridectomie (Terson père), avec l'iridotomie (irido-sclérotomie de Panas), et avec l'iridodialyse (de Wecker); l'iridectomie extra-sphinctérienne a été reprise (Dianoux et Pflüger).

Bien d'autres procédés voisins des précédents, dont ils ne sont quelquefois que des modifications, ont été recommandés, mais, souvent moins efficaces ou plus dangereux, ils sont abandonnés ou encore à l'étude (scléro-myotomie de Hancock, ponction scléro-cyclo-irienne de Chibret, sclérotomie rétro-iridienne, débridement de l'angle irien de Vincentis et Tailor avec une aiguille rappelant celle de Heiberg, sclérotomie antéro-postérieure, sclérectomie, inclusion d'un lambeau conjonctival, trépanation, drainage, séton, etc.).

Enfin on s'est attaqué au système nerveux. Badal a recommandé l'*arrachement du nerf nasal*, Abadie les interventions sur le *sympathique cervical*. — Malgré un assez grand nombre d'opérations, il serait encore prématuré de conclure à des résultats fixes.

Une grande division générale s'impose ici, occasionnée par la présence du cristallin qu'on ne cherche plus guère aujourd'hui à atteindre par une incision sclérale. Autrefois c'était *pour l'atteindre* par l'abaissement qu'on traversait de préférence la sclérotique, plus tard on l'a incisée aussi pour extraire la lentille (extraction sclérale). Aujourd'hui, on cherche avant tout à *éviter* le cristallin dans les opérations sclérales. De plus on passe en avant ou en arrière de l'iris.

1° *Sclérotomie anté-irienne*. — La sclérotomie anté-irienne est une transfixion incomplète de la région scléro-cornéenne.

Pour pratiquer une sclérotomie, il y a toujours intérêt à ce que la pupille soit *rétrécie le plus possible* par des instillations myotiques répétées : on redoublera donc ces

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U.A.M.

instillations, déjà employées pour le glaucome, pendant les quelques heures qui précéderont l'opération et on ne mettra de la cocaïne que quelques minutes avant d'opérer.

De cette façon l'iris sera déplissé, et l'angle iridien à débrider aussi libre que possible. Le couteau droit de Graefe ou notre couteau courbe (modèle *beaucoup plus étroit et plus court* que pour l'extraction de la cataracte) peuvent être employés : la forme courbe de ce dernier, outre qu'elle empêche la confusion du dos et du tranchant, se prête assez bien au débridement de l'arcade péri-cornéenne. La pique (Quaglino), même *bifide* (Parenteau), sera ici ordinairement inférieure au couteau qui a une plus grande liberté d'action et un champ plus étendu : le fait de pratiquer une seule plaie, au lieu de deux plaies, *prime surtout l'opération d'un pont protecteur contre la hernie* de l'iris, qui sans cela peut se produire, même en laissant *lentement* écouler l'humeur aqueuse sur la pique, et oblige à transformer la sclérotomie en iridectomie, opération qu'on se proposait d'éviter. De plus, la pique a les inconvénients inhérents à sa nature (possibilité de blesser le cristallin, pénétration difficile dans la sclérotique) : nous verrons cependant qu'elle a quelques indications pour l'iridectomie dans certains cas de glaucome. Les sclérotomies simultanées, latérales et symétriques avec deux piques, les ponctions répétées de suite aux 4 points cardinaux de la cornée, ont plus d'inconvénients que d'avantages. Mais on doit se

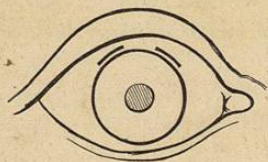


FIG. 90. — Sclérotomie.
Procédé de Wecker.

rappeler que la sclérotomie par le procédé de Wecker se répétera facilement dans toutes les régions de la circonférence péri-cornéenne à débrider.

Le procédé de Wecker est le meilleur. On pénètre à 1 millimètre (fig. 90) en dehors du

bord externe de la cornée, dans la chambre antérieure, lentement et parallèlement à l'iris contracté par les myotiques, à peu près comme dans l'extraction linéaire de Graefe, en haut ou en bas de la cornée. La contre-ponction se fait à 1 millimètre du bord cornéen et symétriquement. On ne termine pas la section et on finit l'opération en laissant échapper *lentement* l'humeur aqueuse, tout en débridant avec la pointe du couteau la partie profonde du pont restant. On évitera de sectionner complètement la sclérotique, même en laissant la conjonctive seule intacte (Bader, S. Watson), afin de ne pas avoir un enclavement sous-conjonctival.

On doit donc laisser en place quelques-unes des fibres externes de la sclérotique, qui constitueront la *charpente* solide du pont, la conjonctive étant pour cela tout à fait insuffisante. Ce *débridement* sous-scléral de l'angle irien est dû à de Wecker qui a créé le *mot* et la *chose* et y a longuement insisté dans sa *Chirurgie oculaire*. Les opérations de Hancock, Heiberg et d'autres manquaient de précision et ne se proposaient pas systématiquement ce but. De Vincentiis au contraire a depuis généralisé le débridement à tout l'angle irien, mais nous croyons préférable d'agir par des sclérotomies répétées, toujours munies de leur *temps essentiel* du débridement sous-scléral.

On ne fera jamais la sclérotomie à moins de 1 millimètre du limbe. C'est dans la région anatomique de la filtration péri-cornéenne que doit rester l'intervention antiglaucomateuse sous peine de faire une simple paracentèse ou une iridectomie cornéennes, vouées à l'inefficacité.

On instille un myotique à plusieurs reprises avant et après l'opération.

La sclérotomie est en somme, *toutes proportions gardées*, une iridectomie antiglaucomateuse où on ne coupe pas l'iris, de même que l'iridectomie antiglaucomateuse est une sclérotomie où on le coupe, si on nous passe l'expression.

Le point capital, surtout pour le débutant, est de ne pas faire son opération trop près du *diamètre horizontal* de la cornée, ou alors il faudrait la *réduire* à la ponction et à la contre-ponction, faites de la largeur du couteau dont le tranchant ne doit ni avancer ni reculer sous peine de mordre dans l'iris et d'entraîner une forte hémorragie. Il ne semble guère que cette étroite ponction ait des avantages comparables au large débridement scléral et sous-scléral de la vraie sclérotomie et elle n'est que rarement indiquée.

Accidents. — En dehors des accidents cristalliniens imputables à une faute dans cette opération délicate (mais qui est peut-être celle qui se répète le mieux sur des yeux de porc qu'on rend *glaucomateux à volonté* en les vissant plus ou moins fort sur la cupule de l'ophtho-fantôme), l'*éraillement de l'iris* et l'hémorragie consécutive sont assez peu de chose. Un *prolapsus irien* sera excisé. Il n'est nullement *fréquent*, si on n'opère pas trop largement et si l'on laisse lentement s'écouler l'humeur aqueuse. On évitera la section totale de la sclérotique qui expose à des *hernies iriennes* sous-conjonctivales ou totales. Si l'on a trop fortement appliqué le couteau sur la base de l'iris, il se produit une dialyse à ce niveau, qui, en s'écartant, donne une brèche irienne avec conservation du sphincter,



FIG. 91.
Iridectomie extraspinctérienne.

rappelant (sans excision) l'iridectomie extraspinctérienne de Pope (fig. 91). Bien que cet incident ne doive pas être recherché en général, on ne le regrettera pas beaucoup dans certains cas, à condition que le cristallin n'ait pas été lésé. On se rappellera que l'opération de Pope a été fortement préconisée par Pflüger et Dianoux dans certains cas de glaucome et que de Wecker a même proposé de décoller la base de l'iris après une sclérotomie (sclérotomie combinée).

La sclérotomie doit être « *paisiblement* » établie, comme de Wecker l'a si justement dit pour la contre-

ponction dans l'opération de la cataracte. La sclérotomie est le type de l'opération oculaire où *il faut savoir aller lentement* pour exécuter le débridement, partie intégrante du procédé.

Quoi qu'on en ait dit, les autres procédés sont des variantes de la sclérotomie : la sclérotomie, en la *combinant* aux myotiques, en l'*appliquant quand il le faut* et en la *répétant*, au lieu de se borner à une paracentèse sclérale et de crier à l'insuccès, nous semble moins incertaine et moins dangereuse que les autres procédés qu'on a essayé de lui substituer.

Il peut être utile de faire suivre la sclérotomie de *malaxations* (Dianoux) répétées plusieurs fois par jour.

On enlève le pansement dès le second ou troisième jour et on reprend vigoureusement l'emploi des myotiques.

Le pronostic est souvent fâcheux quand la chambre antérieure ne se rétablit pas rapidement et surtout quand l'œil reste dur, même de suite après une sclérotomie bien exécutée.

2° *Sclérotomie sous-irienne.* — La question, dans certains cas où la chambre antérieure est très réduite, où la sclérotomie antérieure a échoué plusieurs fois, et où l'iridectomie est dangereuse (glaucome hémorragique, absolu, buphtalmie ancienne, etc...), est de savoir si l'on doit passer, comme Dehenne (1885) et Panas l'ont fait, *derrière l'iris* par la plaie sclérale, non pas tant dans le but d'aller exécuter une hypothétique ténotomie ou myotomie ciliaire (Hancock) que pour *créer en arrière du plan irien* qui, sans cesse refoulé en avant, joue un rôle mécanique néfaste dans le glaucome, une fistule ou une cicatrice filtrante.

Cette intervention, dangereuse dans les autres cas, est certainement indiquée dans quelques cas où la pupille est adhérente, ou l'iris accolé à la cornée. On fait alors la sclérotomie, en passant d'emblée sous l'iris. Chez certains

BIBLIOTHÈQUE
FAC. DE MED. V. A. N.

sujets, on pourra, en se retirant, tourner le couteau en avant et faire une section irienne, plus ou moins nette (*irido-sclérotomie* ou *seléro-iridotomie*).

3° **Sclérotomie postérieure.** — La sclérotomie postérieure est plutôt une sclérotomie de l'équateur qu'une véritable sclérotomie postérieure.

La paracentèse scléroticale dans le glaucome doit être pratiquée à 1 centimètre 1/2 en arrière du limbe, dans un point où l'on évite les muscles de l'œil et les vasa vorticosa. Le quadrant supéro-externe de l'œil est le plus accessible et celui qui se prête le mieux à l'opération : de plus la cicatrice ectatique qui en résulte, est cachée sous la paupière supérieure. On donnera à l'œil exactement la même position que lorsqu'il s'agit d'enlever la glande lacrymale palpébrale (fig. 92). On priera donc le

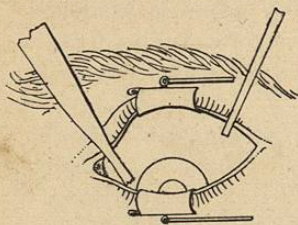


FIG. 92.

Sclérotomie postérieure.

malade de regarder le bout de son nez et l'œil sera maintenu avec la pince placée surtout dans la région inféro-interne ou saisissant solidement la région supéro-externe du limbe. Il n'y aura plus qu'à ponctionner très près de la glande lacrymale palpébrale qui fait saillie.

On n'emploiera plus l'aiguille lancéolée des chirurgiens du XVIII^e siècle : le couteau droit ou courbe, enfoncé à 1 centimètre de profondeur, est l'instrument indiqué : en le retirant, on élargit la plaie, en T, en piqûre de sangsue (Parinaud) ou en accent circonflexe; une certaine quantité de liquide soulève la conjonctive qu'on a pu préalablement un peu déplacer.

Il s'agit d'une intervention qui, pratiquée de cette manière, et pouvant se répéter sans fracas, même sur un fauteur à dossier un peu renversé, ne nécessitant qu'une occlusion de 2 ou 3 jours, doit être envisagée comme une

paracentèse et être répétée, souvent même en incisant au même point (Terson père), pour profiter de l'amincissement et de la filtration évidente de la région déjà opérée : c'est alors une vraie *ouletomie postérieure*.

Les suites sont en général bonnes. Très exceptionnellement le malade accuse une assez vive douleur due quelquefois à une hémorragie intra-oculaire. Mais, malgré la persistance de l'ouverture sclérale, démontrée par l'examen histologique (Terrien), l'hypertonie peut recommencer, si les causes hypersécrétoires fournissent une trop grande abondance de liquide intra-oculaire ou si la rétention est absolue.

On rejettera les *larges* incisions, l'*ophtalmotomie*, dont on a dit avec raison beaucoup de mal : de larges incisions peuvent avoir pour résultat rapide de fortes hémorragies intra-oculaires et l'atrophie douloureuse du globe : dans ce cas, mieux vaut l'ablation de la cornée et de l'iris, voire l'exentération et même l'énucléation. Ce n'est que si on s'attache à faire de *petites ponctions sclérales*, que la sclérotomie équatoriale conservera toujours ses indications pour des yeux perdus par glaucome absolu, même en face des 3 autres interventions précédentes, qu'il est d'ailleurs indiqué de lui substituer, en cas d'insuccès répété. Quoi qu'il en soit, nous avons vu des malades conserver indéfiniment des yeux glaucomateux perdus pour la vision, mais sans menace sympathique et sans les ennuis de la prothèse, ennuis que l'on a décrits sur tous les tons et qui en réalité s'appliquent en grande partie aussi aux opérations devant remplacer l'énucléation. Les malades viennent quelquefois se faire ponctionner l'œil quand ils le sentent lourd et douloureux par hypertension, comme un larmoyant réclame le cathétérisme, ou un ascitique la ponction abdominale.

C'est avant tout dans le glaucome *absolu* avec cécité et hypertension n'ayant pas cédé aux interventions sur la

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U.A.M.

scélrotique antérieure (scélrotomie, iridectomie scélrale) que l'opération reste indiquée, à condition de s'attendre à la répéter. Le glaucome hémorragique, si essentiellement postérieur, en est aussi justiciable.

Enfin on l'a pratiquée pour permettre l'iridectomie dans le glaucome aigu quand il n'y a pas de chambre antérieure.

Bornons-nous à rappeler que les sections postérieures de la scélrotique sont aussi employées dans les panophtalmies, l'extraction des corps étrangers intra-oculaires, le décollement rétinien, etc.

Quant à la scélrotomie antérieure, elle a été aussi recommandée, en plus de son usage dans le glaucome ou les hypertopies passagères, pour faire filtrer la chambre antérieure infectée (iritis, hypopyon, etc.), dans la myopie, etc.

4° **Iridectomie avec incision scélrale.** — L'iridectomie antiglaucomateuse est notablement différente de l'iridectomie banale. C'est presque une autre opération, une iridectomie *spéciale* et qui cause facilement des surprises et des déboires à l'opérateur, même habitué à l'iridectomie sur un œil à tension normale, à chambre antérieure vaste, et peu ou pas douloureux à la fixation. Ici, au contraire, la chambre antérieure est presque vide, le cristallin menaçant, l'œil d'une dureté incroyable et très résistant à la pénétration des instruments, les douleurs et l'indocilité du malade extrêmes dans certains cas à la plus légère tentative de fixation, à tel point qu'il faut parfois employer le chloroforme. Quelquefois la cocaïne et l'extrait surrénal suffisent. Les difficultés de la technique, la gravité des cas auxquels elle s'applique, les revers sérieux qui peuvent suivre le plus petit écart ou la plus légère erreur d'indication nous obligent à revenir sur le manuel opératoire de cette iridectomie.

L'œil est fixé à la pince en dedans du limbe de façon à exercer une contre-pression efficace, et assez notablement

au-dessus du diamètre horizontal pour que la pince ôte à l'opérateur par sa présence toute idée de descendre trop bas.

Dans ce cas, un couteau de Græfe étroit, *mais solide*, est introduit (fig. 93), le tranchant en haut de façon à n'inciser qu'un cinquième de la scélro-cornée. L'iridectomie antiglaucomateuse doit être toujours scélrale (fig. 94). On pénètre ensuite, souvent avec grande difficulté, dans cet œil extra-

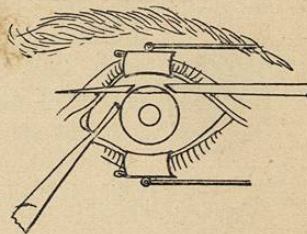


FIG. 93. — Iridectomie scélrale au couteau de Græfe (ponctions).

ordinairement tendu; le couteau sera tenu presque horizontalement après la ponction et on n'en inclinera guère en bas la pointe, de façon à éviter toute échappée du côté du cristallin. La contre-ponction et la ponction doivent, lorsque cela est possible, être éloignées du limbe comme celles de la scélrotomie à pont. L'iridectomie scélrale-comporte une plaie analogue, mais plus étroite et où l'on coupe tout; aussi la scélrotomie (qui n'est que le premier temps de l'iridectomie scélrale) est-elle venue *chronologiquement et logiquement* après l'iridectomie scélrale, dont elle n'est guère que la première moitié. Terson père préfère même faire une scélrotomie et agrandir la plaie d'entrée en relevant le manche du couteau, tout en laissant un pont d'arrêt. Il fait ensuite l'iridectomie par la plaie la plus large (*scélro-iridectomie* ou *iridectomie à pont*).

La section sera très lente pour éviter la sortie brusque de l'humeur aqueuse.

A condition de ne pas faire une plaie démesurée où le cristallin puisse avoir une tendance à s'engager, on se contentera souvent d'une plaie scélrale unique. On fera l'iridectomie large (fig. 95), en *tirant au dehors* le plus d'iris



FIG. 94. — Iridectomie scélrale (résultat opératoire).

possible, si : 1° la plaie est suffisamment large; ceci est un grave écueil de l'iridectomie antiglaucomateuse : l'opérateur fait quelquefois, gêné par la difficulté du cas, une plaie



FIG. 95.
Large iridectomie.

trop étroite, difficile à agrandir, et où les pinces, même celle de Liebreich, se meuvent avec les plus réels dangers pour le cristallin. D'autre part une plaie *trop large* peut être suivie d'accidents immédiats; 2° si l'iris n'est pas atrophié et friable, sortant par débris filamenteux, comme cela arrive dans les anciens glaucomes. Il est aussi des cas, comme dans un des nôtres,

où l'iris s'arrache tout entier d'un bloc, dans ces vieux glaucomes, et cet arrachement total de l'iris, recommandé par divers auteurs, Cuignet entre autres, peut avoir d'ailleurs, dans un œil perdu pour la vision et glaucomateux, d'excellents résultats sur l'hypertonie.

L'iris est souvent tellement réduit de volume en apparence et repoussé par la mydriase glaucomateuse, cocaïnique, la propulsion du cristallin en avant, qu'il se cache entièrement *en haut* sous le limbe et que le cristallin se présente seul, à nu et sans protection, lorsque l'on fait l'incision. Il y a alors les plus grandes chances pour le piquer. Aussi doit-on remarquer, si, après insuccès absolu et constaté des instillations répétées de myotiques (au besoin ponction vitréenne quelques jours avant), l'iris n'est pas beaucoup plus visible *en bas*, comme cela s'observe dans ces cas graves. Alors il ne faudra point hésiter à opérer *en bas* et à passer au-devant d'un iris qui a encore *en bas seulement* une étendue satisfaisante.

Puis, si la pupille ne s'est pas suffisamment rétrécie sous l'influence de l'issue de l'humeur aqueuse et si la pénétration de la pince à iris expose ainsi à toucher le cristallin, *exceptionnellement* on fera sortir l'iris en appuyant avec la pince sur la lèvre sclérale. L'iris sort, on le pince largement au dehors à ciel ouvert et on le coupe en deux

ou trois temps, de façon à en détacher un large lambeau, en tirant le plus possible pour le bien étaler.

On réduira ensuite prudemment, et sans s'avancer trop dans la chambre antérieure, les bords de l'iris coupé.

Quand la chambre antérieure est encore assez profonde, l'iridectomie sclérale à la lance, comme la faisaient le plus souvent de Græfe et Bowman, donne des résultats très nets et très précis.

La fixation sera donc faite toujours au point opposé de l'entrée de la pointe, en bas, si on opère en haut, cas le plus fréquent (fig. 96). L'essentiel est de n'employer la lance que lorsqu'il reste une chambre antérieure suffisante, et d'abaisser vite le manche, dès que la pointe est entrée dans la chambre antérieure. On retirera ensuite la lance, après lui avoir fait suivre le trajet convenable et de la façon qui est indiquée au chapitre sur la technique générale de l'iridectomie.

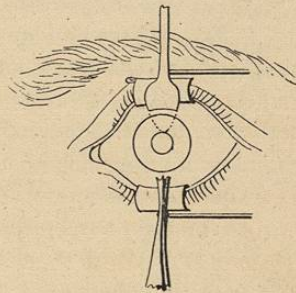


FIG. 96. — Iridectomie sclérale à la lance (ponction).

De Græfe a parfaitement précisé les règles spéciales de l'iridectomie à la lance, la plaie devant, d'après lui, être aussi excentrique que possible, pour pouvoir exciser l'iris jusqu'à son insertion ciliaire, condition nécessaire pour assurer le résultat de l'opération ou au moins le rendre plus certain. Le lambeau excisé doit être large. Le siège est presque indifférent : de Græfe pratiquait ordinairement l'opération *en dedans*. Enfin l'humeur aqueuse doit être vidée lentement, pour graduer la diminution de pression. Le mémoire de Græfe (1858) restera un impérissable chef-d'œuvre, à toujours consulter : on y remarquera combien, malgré les succès du traitement local, il s'efforce de chercher ailleurs que dans une simple affection locale la patho-

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. M.