

génie du glaucome (altérations vasculaires, etc.), enfin la précision des indications opératoires dans les diverses variétés de glaucome et les maladies qui le simulent.

L'essentiel, tout en évitant de piquer l'iris et le cristallin, est de faire une plaie suffisante, de ne pas cheminer trop en avant dans les lames cornéennes, ni trop en arrière : sans cela l'iridectomie est dangereuse, impossible à faire périphérique. La lance doit toujours être introduite *au moins* à 1 millimètre du bord transparent du limbe.

En cas d'une plaie *trop étroite*, il y a ici, le cristallin étant transparent (tandis qu'on a le champ libre quand il s'agit d'une plaie à agrandir pour cataracte) de tels dangers à essayer d'agrandir avec le couteau mousse et les ciseaux que l'on doit se contenter quelquefois de la détente produite et faire du côté opposé, les jours suivants, en bas par exemple, une bonne et convenable iridectomie classique. En s'acharnant à vouloir gagner une partie perdue d'avance, si la plaie est trop étroite et le malade indocile, on risque un désastre complet qui évitera toute possibilité d'une retouche heureuse, relativement facile et d'un effet qui serait alors définitif.

Dans *toute* intervention sur un œil atteint de glaucome primitif, on instillera des myotiques dans l'*œil opposé*, pendant quelques jours, car il est reconnu qu'un accès de glaucome peut s'y produire et a même paru souvent provoqué par l'opération du premier, ce que l'étiologie du glaucome aigu nous explique d'ailleurs.

Toutefois, l'iridectomie préventive sur l'œil sain (Sichel fils, Fieuzal) nous semble prématurée et fréquemment inutile. Tout moignon douloureux sera énucléé, si l'œil opposé a une tendance glaucomeuse manifeste.

Accidents. — Les *accidents opératoires* seraient la *blessure du cristallin*, sa *subluxation*, surtout si la plaie est trop large. Il y a quelquefois des hémorragies dans la chambre antérieure ou même dans la rétine et le corps vitré (de

Græfe), mais qui se résorbent peu à peu. De petits enclavements des angles iridiens ne sont généralement pas dangereux et fistulisent peut-être utilement la plaie sclérale. Toutefois une véritable cicatrice *bosselée, cystoïde* (de Græfe), est à éviter et est généralement due à une plaie excessive et irrégulièrement faite. L'excision, la compression, la cautérisation ne l'améliorent pas toujours.

Lorsque l'iridectomie a été faite *trop étroite*, on pourra plus tard la refaire soit du côté opposé (fig. 97), soit sur ses parties latérales, suivant l'état de la chambre antérieure. Lorsque, malgré une iridectomie convenable, la tension s'élève, on commencera, avant de refaire une nouvelle iridectomie, par une simple paracentèse de la cicatrice (ou-létomie), comme de Wecker et Panas l'ont recommandé, ou par une sclérotomie sur une autre région de la chambre antérieure.



Fig. 97

Double iridectomie diamétrale.

Éventuellement, bien qu'on n'y trouve aucune blessure, le cristallin *s'opacifie* plus tard peu à peu. L'ébranlement peut en être la cause, sans faute opératoire. On évitera généralement d'opérer les deux yeux le même jour.

Nous n'insisterons pas sur les conséquences d'un désastre opératoire avec *issue* ou *enclavement du cristallin* dans la plaie (expulsion hémorragique, etc.); il s'agit de plaies presque toujours *trop vastes* et très *péniblement* exécutées, ou de cas (glaucome hémorragique) à ne pas opérer par iridectomie.

MODE D'ACTION DES OPÉRATIONS ANTIGLAUCOMATEUSES

Sclérotomies. — L'incision antérieure de la sclérotique présente sur les incisions cornéennes les avantages et les désavantages suivants :

1° Une incision cornéenne, même de près de la moitié de

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

la cornée, se ressoude rapidement. Une incision sclérale, étant donnée la nature du tissu fibreux, encore aminci par la présence du canal de Schlemm et du triangle trabéculaire, se cicatrise moins vite, elle fait écluse, laisse écouler pendant un temps variable les liquides intra-oculaires. Une incision sclérale sera donc préférée en général à une incision cornéenne quand il s'agit de laisser écouler pendant quelque temps un liquide pouvant exercer une trop forte compression intra-oculaire (glaucome, hypertension de toute nature), ou de propriétés manifestement irritatives ou toxiques (iritis, hypopyon, infections intra-oculaires diverses). La sclérotomie est à la paracentèse cornéenne, dans beaucoup de cas tout au moins, ce que la *sonde à demeure* pour les voies urinaires est à un cathétérisme plus ou moins de fois répété. Elle peut être gênée dans son action par la projection en avant de la base de l'iris, d'où son infériorité sur l'iridectomie de la base.

Mais son rôle filtrant plus ou moins prolongé nous semble démontré par l'efficacité et la détente incontestablement plus grandes après une sclérotomie qu'après une paracentèse cornéenne.

Une incision *sclérale* permet en plus de détacher la *base même de l'iris*. Sauf en agissant par arrachement, procédé dangereux et toujours assez incertain, on ne peut, par une plaie *cornéenne*, être assuré d'enlever la base de l'iris. Comme cette base est directement en rapport avec le triangle de filtration, c'est elle qu'il importe d'enlever dans le glaucome. Toute iridectomie antiglaucomateuse doit être une iridectomie à *plaie sclérale*. Par cette plaie sclérale, on cherche à atteindre *simultanément* un effet de filtration et la suppression du clapet irien qui va boucher le grillage trabéculaire. Aussi une sclérotomie n'est *que la moitié* d'une iridectomie antiglaucomateuse.

La base de l'iris se trouve, du bord de la cornée *transparente*, d'après les mensurations de Roëhon-Duvi-

gneaud : en haut, à 2^{mm}, 25, en bas à 2 millimètres, en dehors à 1^{mm}, 25, en dedans à 1^{mm}, 25, aux extrémités des axes.

C'est dans cette région, *sans aller toutefois à son extrême limite*, que se trouve le *lieu d'élection* des opérations antiglaucomateuses précristalliniennes.

En somme, une sclérotomie antérieure à double incision est presque une plaie d'extraction de cataracte à la de Græfe dans laquelle on ne coupe pas le pont (fig. 98), dans laquelle on s'arrête avant la fin. La vraie iridectomie antiglaucomateuse ressemble, à peu de chose près, à l'iridectomie de l'extraction à la de Græfe. Tout ce qui est actuellement délaissé dans l'extraction de la cataracte à ce point de vue reste et restera fondamental pour l'opération du glaucome.

On s'est demandé, souvent, si l'on pouvait détacher la base de l'iris dans le glaucome, par l'iridectomie sclérale. Nous ne croyons pas qu'on puisse douter que cela ne soit possible dans les premiers temps où la soudure est incomplète, et que cela ne soit possible surtout dans le glaucome très récent. C'est en détachant la base de l'iris, en l'enlevant, ou en la libérant par traction qu'on obtient, croyons-nous, le résultat cherché, comme nous y reviendrons ailleurs. Quelques histologistes se sont étonnés de trouver, sur des yeux ÉNUCLÉÉS, la base de l'iris en place et en ont conclu à l'extrême difficulté de détacher la base de l'iris dans le glaucome et à la quasi-impossibilité d'y arriver. Le fait même de pouvoir faire l'histologie de tels yeux énucléés après iridectomie antiglaucomateuse, montre d'une façon plus qu'évidente l'insuccès total de l'iridectomie *dans ces yeux*. Mais il est très possible que l'examen d'un œil GUÉRI (et non énucléé) de son glau-

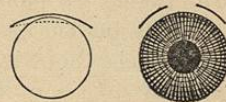


FIG. 98.

Incision de Græfe pour l'extraction de la cataracte. Sclérotomie.

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

come par iridectomie nous montre un angle iridien privé de toute soudure irienne, et, si elle n'était pas enlevée, la base irienne détachée du triangle réticulé. De plus, bien que les yeux dont le porteur a été obligé de subir l'énucléation, aient été opérés par divers chirurgiens, cela prouve seulement qu'il y a de bons et de mauvais cas. Comment comparer de tels cas, alors que nous ne savons pas d'une façon précise le manuel opératoire qu'a employé l'opérateur, alors que nous ne savons en rien dans quel état était l'œil à opérer; tel œil où la base de l'iris se laisserait parfaitement exciser et détacher de la cornée, *au début du mal, ne se prêtera nullement*, peu de temps après quelquefois, au même résultat. Sait-on de plus de quelle manière le malade bien ou mal anesthésié a subi l'opération et niera-t-on qu'il y a des cas d'iridectomie antiglaucomateuse qui offrent au meilleur opérateur de bien plus grandes difficultés que d'autres pour exécuter correctement les divers temps opératoires? Aussi l'argument en question est certainement un bon argument pour démontrer que dans les cas où le glaucome n'a guéri *que par l'énucléation*, l'iridectomie n'avait nullement atteint le résultat désiré : ce n'est pas une raison pour qu'il soit impossible à atteindre et qu'on ne l'ait pas obtenu dans les cas où l'iridectomie *étant bien faite*, le malade, le mal et le chirurgien s'y prêtant, le glaucome a guéri.

Dans des cas d'occlusion pupillaire, de cataractes traumatiques gonflées, une sclérotomie sous-irienne ou une irido-sclérotomie en somme *préparatoire* permettent à la chambre antérieure de se rétablir, décollent l'angle irien, ce qui fait cesser l'hypertonie comme par enchantement, et permettent plus tard de pratiquer une iridectomie classique avec ou sans extraction de cataracte.

Toutefois, dans le glaucome postérieur malin, l'opération, outre qu'elle pourrait blesser le cristallin, échouera souvent. Elle passe bien en effet *en arrière du plan irien*, mais elle

passé *en avant du plan cristallinien*, dont le refoulement en avant constitue une importante cause d'insuccès. Nous préférons alors répéter dans ces cas là, autant de fois qu'il est nécessaire, la sclérotomie *postérieure*, opération vraie du *glaucome postérieur grave à hypertonie considérable*, et qui a sur les interventions sus et sous-iriennes l'avantage considérable de créer une détente et une voie de filtration *en arrière du cristallin*. C'est le cristallin qu'il faudrait pouvoir enlever, comme cela a d'ailleurs été fait (Rheindorf) dans certains cas et peut-être, malgré les dangers de l'extraction d'un cristallin transparent chez les glaucomateux, ne faut-il pas toujours rejeter cette dernière ressource.

Les sclérotomies *antéro-postérieures*, en somme logiques, nous semblent toutefois bien dangereuses, malgré les quelques succès signalés à leur actif.

Iridectomie sclérale. — L'iridectomie sclérale *de la base*, en rétablissant, même pas très largement quelquefois, la communication entre les deux chambres et autour du cristallin, a déjà une action considérable, à laquelle s'ajoute une certaine filtration par la cicatrice sclérale (de Wecker), visible (cicatrice laiteuse de Wecker, Nettleship, Dianoux), chez certains malades, mais qui n'existe pas chez tous. L'arrivée de l'humeur aqueuse et le recul progressif du cristallin permettent ensuite le déplissement du reste de l'angle irien.

L'iridectomie sclérotomique tend à mettre ainsi l'iris coupé hors d'état de nuire et à rétablir le courant interrompu. Il ne s'ensuit pas qu'avec un accès d'hypersécrétion le glaucome ne puisse pas se reproduire, et même sur des yeux atteints d'*aniridie*, comme des cas en ont été signalés, ou sur des yeux où l'angle irien était libre.

L'iridectomie agit aussi comme *saignée locale*, décongestionnant l'iris coupé, et, si elle est plus efficace dans

le glaucome aigu, c'est que le glaucome aigu est une *affection subite* et de *nature passagère*; c'est, à notre avis, un *œdème aigu, du corps ciliaire et de l'iris*, peut-être aussi de la choroïde. Ce processus, de même que l'œdème aigu d'autres régions, a un caractère fugace, mais il ne guérit dans l'œil (cavité close, où l'écluse irido-cornéenne se bouche si facilement par la projection de l'iris et du cristallin en avant, comme une feuille poussée par un courant va fermer la grille d'un égout) que si on crée une large voie de communication entre les deux chambres, permettant à l'humeur aqueuse de venir reprendre ses fonctions et à la pupille de se rétrécir à condition que le cristallin se reporte peu à peu en arrière.

Si la choroïdite séreuse souvent invoquée *avant et avec de Græfe* pour expliquer le glaucome n'a peut-être pas une réalité comme inflammation, nous croyons cependant possible qu'une grande partie de l'exsudation séreuse vienne de la choroïde. Un œdème avec énorme exsudation séreuse, irido-ciliaire et sous-choroïdienne, peut-être aussi rétinienne et vitréenne, nous semble expliquer tout et l'accumulation du liquide derrière le cristallin explique sa projection en avant et la projection de la base de l'iris sur le triangle de filtration, si elle est poussée par un fort courant hypersécrétoire. En somme, le glaucome aigu est une vraie *panophtalmie séreuse*, semblable comme *nature, terrain* et pathogénie à ces *œdèmes aigus* avec énormes exsudations séreuses qu'on a observés dans le *poumon*, les *paupières*, la *conjonctive* et bien d'autres régions. Seulement l'œil est une cavité presque close, à filtration restreinte, surtout si le trop-plein rétro-cristallinien aplatit la chambre antérieure, repousse le cristallin et la base de l'iris et dilate la pupille presque mécaniquement.

La maladie elle-même a peu ou pas de tendance à continuer lorsque la large fenêtre iridienne périphérique a permis le rétablissement des communications aqueuses.

A maladie aiguë et passagère, opération précoce et résultat presque toujours définitif et total. On comprend qu'il en soit autrement dans les cas chroniques, où l'œdème chronique continue à évoluer souvent, malgré les iridectomies. On comprend enfin les résultats souvent mauvais de l'iridectomie dans les cas où la tension ne paraît pas surélevée malgré la diminution de la chambre antérieure et tous les signes du glaucome chronique simple. Le mot de Desmarres fils restera juste dans la majorité des cas, lorsqu'il considèrerait dans le glaucome simple l'iridectomie comme *une erreur chirurgicale*.

Il faut modérer cette opinion en l'appliquant à ces cas désignés par de Græfe sous le nom d'amaurose avec excavation papillaire. A condition de *ne pas opérer tard*, il en est tout autrement quand il y a une hypertension faible, mais réelle et progressive.

Les suites opératoires, si l'iridectomie est bien faite, sont très simples, et la vision se rétablit en quelques jours. Plusieurs de nos opérés de glaucome *aigu* ont récupéré définitivement en trois semaines une acuité visuelle normale après une large iridectomie sclérale. Nous connaissons des cas opérés depuis plus de quinze ans où la vision est restée excellente, toujours pour le *glaucome aigu*, et sans nouvel accès de glaucome.

INDICATIONS OPÉRATOIRES. — Dans toute variété de glaucome, le traitement vise à *abaisser* définitivement la *tension intra-oculaire* par des myotiques avec ou sans intervention chirurgicale.

1° *Glaucome aigu*. — Les myotiques (ésérine, pilocarpine), les sangsues et les narcotiques (chloral, morphine) doivent préparer le terrain opératoire de l'iridectomie, vraie opération curative ici. On opérera donc le plus tôt possible, mais toujours après avoir tâché de diminuer la dilatation pupillaire et l'hypertonie par les myotiques instillés toutes les deux heures.

Dans quelques cas, la chambre antérieure reste absolument étroite, l'iris se cache sous le limbe, surtout en haut et devient quelquefois invisible, malgré les myotiques. Doit-on dans ces cas-là pratiquer d'emblée l'iridectomie? Ceux qui ont l'expérience de cette opération savent que si, dans beaucoup de cas, l'iridectomie est, *quoique toujours difficile*, possible d'emblée, il y a des cas exceptionnels où, si étroit que soit le couteau, il n'y a pas place pour passer et faire une plaie suffisante et assez périphérique pour une iridectomie curatrice. Se jeter de gaité de cœur dans ces interventions expose alors à faire une très mauvaise iridectomie et à blesser le cristallin. Il y a des cas où l'iridectomie antiglaucomateuse doit être précédée d'une opération préparatoire *pour permettre au cristallin de se reporter un peu en arrière*. Tout le problème est là. Or la paracentèse cornéenne et la paracentèse scléro-cornéenne (*sclérotomie antérieure*) sont peu appropriées à sa solution, souvent très douloureuses, aussi dangereuses que l'iridectomie sclérale, difficilement acceptées et peuvent laisser la chambre antérieure autant ou plus effacée. Dans ces cas exceptionnels, mais réels, il est indiqué de faire une minuscule paracentèse du corps vitré par simple ponction avec un très fin couteau de Græfe. L'iridectomie classique, bien sclérale et suffisamment large, devient ensuite rapidement possible. Cette pratique, recommandée par divers chirurgiens, est la seule qui permette d'aboutir à un bon résultat en deux temps, au lieu de courir à un désastre en un seul temps.

L'iridectomie antiglaucomateuse est la plus délicate des opérations de chirurgie oculaire.

Mais, dans le glaucome aigu, à condition d'être appliquée surtout dans la première semaine, elle donne des résultats le plus souvent définitifs et complets.

2° *Glaucome subaigu iritatif*. — La conduite à tenir est la même. Une large iridectomie *sclérale* est indiquée, d'abord.

Mais les résultats sont moins définitifs dans quelques cas, vu la persistance de la maladie, d'une nature plus trainante que le glaucome aigu. Néanmoins on peut avoir d'excellents résultats, et permanents, quoique moins nombreux que dans le glaucome aigu type. Nous n'entrerons pas dans le détail des statistiques disparates, tantôt optimistes, tantôt pessimistes, qu'on trouvera un peu partout, quoique se basant sur des chiffres qui comme dans toutes les statistiques opératoires où on réunit celles de divers chirurgiens, n'ont pas une réalité suffisamment objective.

Dans les cas rebelles, *malgré une ou plusieurs sclérotomies, iridectomies et ponctions de toute nature*, la maladie récidive et la chambre antérieure diminue. Il faudrait en venir à *l'ablation du cristallin*, qui joue un rôle obstruteur considérable. Malgré les succès obtenus dans cette voie (Rheindorf), les dangers possibles de l'extraction de ce cristallin transparent ou opacifié sont tels qu'on hésitera dans la plupart des cas à y recourir.

On doit alors se demander si d'abord les interventions sur le *grand sympathique* ne sont pas plus indiquées.

3° *Glaucome chronique simple*. — Ici l'iridectomie ne doit être préconisée que si l'œil est manifestement dur et si la maladie n'est pas trop avancée. Il y a des cas où elle fait perdre, et quelquefois sur *l'œil unique* qui reste au malade, les derniers débris de son champ visuel et la vision fine de près. Comme tous nos confrères, nous suivons des glaucomeux depuis plusieurs années et où l'usage continu des myotiques, surtout de la pilocarpine, si bien tolérée et employée 3 fois dans les 24 heures, a permis une conservation *intégrale* du champ visuel primitif et de *l'acuité*. Dans ces cas-là, malgré une petite chambre antérieure, la pupille se rétrécit et devient punctiforme sous l'influence du myotique et dans la plupart des cas la tension oculaire paraît alors même *inférieure à la normale*. Dans nombre de cas, le premier œil a subi l'iridectomie et est aveugle,

tandis que le second résiste indéfiniment par les myotiques. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

L'iridectomie totale sera donc généralement réservée. L'iridectomie *extra-sphinctérienne* (opération de Pope, que Dianoux et Pflüger ont recommandée dans le glaucome chronique) serait déjà plus indiquée, pour conserver aux myotiques leur maximum d'action par le sphincter resté intact, s'il ne s'atrophie pas par la suite.

On commencera, dans tous les cas, par des sclérotomies antérieures plus ou moins répétées.

4° *Glaucome hémorragique*. — L'iridectomie peut être inefficace et désastreuse. La sclérotomie antérieure, au besoin l'irido-sclérotomie, précéderont la sclérotomie *postérieure*, véritable opération du glaucome hémorragique, pouvant éviter souvent l'ablation partielle du globe, l'exentération ou même l'énucléation, à condition de savoir les répéter opportunément et de ne pas trop se presser.

5° *Glaucome absolu*. — Sous ce nom, on doit désigner les yeux où la vision est totalement perdue par glaucome primitif ou secondaire et où la tension intra-oculaire, s'élevant malgré tout, cause des douleurs intolérables au malade. On se gardera de les iridectomiser. Il est trop tard.

Lorsque la sclérotomie postérieure aura échoué plusieurs fois, on aura le choix entre une foule de procédés, abondance d'ailleurs stérile en face d'une situation désespérée. L'arrachement du nasal, les interventions sur le grand sympathique, comme opérations *extra-oculaires*; l'ablation de lambeaux scléroticaux déjà pratiquée au milieu de ce siècle sous le nom de sclérectomie et de *pupille artificielle sclérale* (Autenrieth, Rieke), l'aspiration intra-oculaire, le drainage de l'œil par un fil d'or, l'ablation de la cornée, l'amputation du segment antérieur, l'exentération, indiquée si une vaste hémorragie accompagne les opérations précédentes, tout cela a été proposé et exécuté. En face de cette chirurgie conservatrice qui doit de temps à autre être

suivie, il y a des cas où il faut savoir reconnaître que l'énucléation est indiquée et terminera brusquement le supplice du malade.

6° *Glaucome secondaire*. — Dans le glaucome *secondaire*, la thérapeutique chirurgicale luttera contre *les causes du mal*. C'est ainsi que les iridectomies, les paracentèses, l'extraction du cristallin et les autres interventions seront applicables au même titre que les opérations antiglaucomeuses pures, avec lesquelles elles doivent alterner ou se combiner. Si le glaucome secondaire aboutit au glaucome absolu, on en viendra aux interventions signalées ci-dessus.

Enfin dans le glaucome primitif surtout, l'*hygiène morale* et physique du glaucomeux, une *thérapeutique médicale* et une *alimentation* visant à éviter et à diminuer toute intoxication, à prévenir ou à atténuer l'*hypertension vasculaire*, les lésions cardiaques possibles, constituent un *régime de vie* des plus utiles pour seconder les effets de la thérapeutique locale, qui agit surtout par des effets mécaniques, *hydrauliques* pour ainsi dire. Mais la question du glaucome n'est pas une pure question d'hydraulique et, si la thérapeutique efficace est jusqu'ici surtout restée *locale* (de même que dans le strabisme, où nous guérissons les effets, sans agir sur la cause), la pathogénie obscure du glaucome (probablement toxique pour le glaucome aigu) recommande de chercher encore ailleurs. Ni les constatations ophtalmoscopiques ni les constatations histologiques ne donneront la raison de l'apparition du glaucome aigu par exemple.

§ II. — Hydrophthalmie (buphtalmie glaucomeuse.)

Le glaucome infantile est *primitif* ou *secondaire*. Dans le second cas, il s'agit presque toujours de leucomes adhérents dus à une perforation par ophtalmie des nouveau-nés,

traumatisme ou même fistule cornéenne congénitale d'origine intra-utérine, comme nous en avons rapporté un cas; l'œil de l'enfant se distend alors de toutes parts comme dans la buphtalmie cliniquement primitive, dont on discute encore le point de départ anatomo-pathologique.

Au point de vue *chirurgical*, on évitera de confondre la buphtalmie glaucomateuse avec les yeux énormes de certains myopes et surtout avec le kératoglobe *sans hypertonie* qui coexiste quelquefois avec un fond d'œil excellent.

ÉVOLUTION HISTORIQUE DES MÉTHODES OPÉRATOIRES. — On a de tous temps visé *de la même manière* que pour l'œil *staphylomateux* à diminuer chirurgicalement le volume si frappant de l'œil hydropique. La ponction simple, l'ophtalmotomie, date évidemment des origines de la chirurgie, et on la retrouve chez les peuples à civilisation ancienne précoce (Chinois). Plus près de nous, Nuck (1690), Valentin, au niveau et même au milieu de la cornée, Woolhouse, dans la sclérotique avec son trocart, Heister avec une lancette avec ou sans aspiration (Nuck), Bidloo avec une lance en bas de la cornée, ne reprenaient que des procédés que l'on retrouve en partie dans Guy de Chauliac qui ne les avait pas inventés. Par le trocart de Woolhouse, après aspiration des liquides, on aurait injecté même du vin comme dans l'hydrocèle (Platner). D'autres auteurs (Mauchart) tenaient ouverte la perforation avec une petite tente. Après les ponctions répétées, on comprimait souvent le globe avec une lamelle de plomb (procédé dit d'emboîtement). On en pratiquait très rarement l'extirpation (Martin Bogdam).

Pellier de Quengsy, après l'insuccès déjà reconnu des simples paracentèses cornéennes, pratiquait ses ponctions dans la sclérotique, « à deux lignes de son union avec la cornée », vers la partie inférieure du globe, avec une aiguille lancéolée à arrêt.

D'autres auteurs, après échec des ponctions sclérales et cornéennes, exécutaient, comme cela s'est fait dans tous

les temps, aussi bien pour le staphylome cornéen que pour la buphtalmie, c'est-à-dire pour tous les *gros yeux* en général, l'ablation de la cornée pour évacuer le cristallin et une partie des humeurs de l'œil.

Scarpa se louait peu des ponctions et en venait généralement à une excision partielle; mais il recommandait formellement *de ne pas pratiquer en pleine sclérotique* l'ablation du segment antérieur, qui, ainsi faite, donne des hémorragies et de violentes inflammations; il recommande d'agir comme les anciens et de réséquer « la valeur d'une grosse lentille ou d'un disque de trois lignes du *centre de la cornée* ». Puis, en pressant le globe avec les doigts et en piquant la cristalloïde, il faisait sortir le cristallin et les humeurs intra-oculaires. D'autres enlevaient presque toute la cornée ou même le segment antérieur. Actuellement l'ablation de la cornée, de l'iris et du cristallin doit se combiner à la *suture* après excision; c'est la véritable différence avec les anciens procédés.

La ponction de la sclérotique était le procédé le plus employé au temps de Desmarres qui agissait par paracentèses cornéennes ou sclérales, de même que Mackensie et Middlemore. Adelman ponctionnait la sclérotique avec une aiguille cannelée. Certains recommandaient de ponctionner au point *le plus aminci* de la sclérotique (Grellois).

L'énucléation était tout à fait exceptionnelle. Desmarres suivait la pratique courante à son époque et faisait quelquefois l'*ablation du segment antérieur*, pour les cas désespérés, mais il déclare n'avoir *jamais* eu besoin d'énucléer pour l'hydrophtalmie. Sanson et Velpeau, entre autres, considéraient aussi que l'extirpation de l'œil n'est pas indiquée dans l'hydrophtalmie.

Le drainage par un fil, par un séton, renouvelé des anciens et de Woolhouse, était appliqué par Pellier. De Wecker l'a repris avec un fil d'or, mais le procédé ne s'est pas maintenu. Ajoutons que nombre de sétons ont été placés, *avant*

BOSTON
 FAC. DE MED. U. A. M.