

la période antiseptique, pour *atrophier* l'œil par suppuration et le réduire progressivement à l'état de moignon apte au port d'un œil artificiel.

L'iridectomie a été appliquée avec succès à la maladie (Coursserant), mais sans grand discernement jusqu'à une période relativement récente. La sclérotomie (de Wecker, Horner, Mauthner), la soi-disant section du muscle ciliaire de Hancock, ont été souvent employées.

Quant à l'idée, juste si elle était toujours heureusement réalisable, d'enlever le cristallin, elle a été préconisée par Beer et Mackensie. Mais elle entraînerait bien souvent ce qu'on voudrait empêcher, c'est-à-dire l'évacuation plus ou moins totale des liquides intra-oculaires, qu'il aurait alors autant valu proposer de propos délibéré dans les cas extrêmes.

En ce qui concerne les sclérotomies, on les fait souvent *réduites* (de Wecker) à la boutonnière d'entrée et de sortie du couteau.

On doit encore rappeler les injections iodées, issues de leur application aux kystes (Boinet), la perforation ignée de la sclérotique (de Wecker), la sclérectomie (Parinaud), l'incision de l'angle iridien (de Vincentiis). Elles nous paraissent moins indiquées que les autres opérations, en l'état actuel de la science.

INDICATIONS OPÉRATOIRES. — La buphtalmie primitive doit être divisée, au point de vue du *choix dans l'intervention opératoire*, en deux grandes périodes.

1° On est appelé dans les quelques mois du *début* de la buphtalmie, encore *peu prononcée*, quoique *manifeste et progressive*.

2° On est appelé, soit chez un enfant, soit chez un adulte, *nombre d'années après le début* de la buphtalmie et on se trouve en présence d'un œil énorme, d'une tension considérablement surélevée, de douleurs assez vives et d'une vision perdue.

Cependant, certains sujets viennent consulter tardivement entre 20 et 40 ans, poussés par divers motifs sociaux, pour faire modifier *l'aspect repoussant* d'yeux énormes, marbrés, à vision perdue et où les taches blanchâtres de la cornée alternent avec les taches noires des ectasies sclérales, *mais dont ils ne souffrent pas*, très probablement à cause d'une filtration plus facile à travers la coque oculaire amincie et quelquefois ectatique sur certains points, comme dans la scléro-cyclite antérieure. Une intervention partielle peut tout à coup se compliquer de dangers réels et d'atrophie *douloureuse*, sans parler d'une possibilité de retentissement sur l'autre œil, quoique exceptionnelle sur les yeux qui ont longtemps subi un processus glaucomateux (de Wecker).

En fait de buphtalmie, le chirurgien qui ne divisera pas radicalement les cas et n'agira pas suivant les circonstances, se préparera de singuliers déboires et rendra à son malade un bien mauvais service. Bien plus encore que la chirurgie du glaucome ordinaire, la chirurgie du glaucome buphtalmique est décevante.

Le danger provient en effet : 1° de l'espace considérable qui sépare le cristallin, *resté infantile*, des parois du globe qui s'éloignent sans cesse de lui. 2° De la rupture spontanée ou à la plus légère poussée en avant ou en arrière, de la zonule, s'insérant sur des parties malades, *étirée, distendue* ou mal *développée*. 3° De l'état de consistance du corps vitré ou de l'altération des membranes profondes. 4° De l'état de fragilité extrême des vaisseaux intra-oculaires.

Le résultat *convergent* de toutes ces lésions, d'autant plus accentuées que la buphtalmie est plus développée et plus ancienne, est que dans la buphtalmie qu'on entreprend *tardivement*, il faut renoncer à toute intervention ouvrant largement le globe, ou alors, dans le but de *détruire* l'œil ou d'en *conserver un moignon*, en venir rapidement

BIBLIOTHÈQUE
FAC. DE MED. V.A.M.

à l'ablation partielle ou à l'énucléation, si les simples ponctions rétro-cristalliniennes n'ont pas amené de bon résultat.

Ainsi donc, il y a chez les adultes ou les adolescents, des *buphtalmies moyennes*, auxquelles *il ne faut pas toucher* : des *buphtalmies extrêmes*, qui nécessiteront le plus souvent la suppression totale ou partielle de l'œil, si leur réduction n'est pas obtenue par les ponctions répétées.

Dans une buphtalmie au *début*, s'il y a une lésion originelle accessible (leucome adhérent), on devra tâcher de la détruire (synécho-iridectomie). Si la buphtalmie paraît primitive, une iridectomie *précoce*, pratiquée correctement *au delà* du limbe, mais *pas trop large*, et toujours à la lance pour éviter dans la mesure du possible l'entrebâillement produit par la transfixion au couteau long, la projection du cristallin, du vitré et une hémorragie intra-oculaire, est la conduite la plus sage, la seule indiquée, la plus rationnelle, celle qui en supprimant la base de l'iris, donne les résultats les plus définitifs (Haab, von Muralt). Les myotiques à doses répétées, quelquefois une *sclérotomie préparatoire*, devront mettre l'opération dans les conditions les plus favorables. Si l'iridectomie échoue, mais sans accidents, la réouverture (scléro-oulétomie) de la cicatrice, au besoin une deuxième iridectomie en bas, ou des sclérotomies antérieures *répétées en tous sens* et espacées, seront pratiquées. Si l'iridectomie, ou quelquefois la sclérotomie, est suivie d'un désastre (hémorragie intra-oculaire et atrophie du globe), l'ablation de la cornée et de l'iris, l'exentération ou l'énucléation suivant les cas, devront être rapidement faites, si le globe atrophie reste douloureux. Toutefois nous avons vu un globe buphtalme dès l'enfance, et que la malade rompit dans une chute, offrir, sans aucune opération, le plus beau moignon possible, par sa simple réduction sous l'influence de la compression et des antiseptiques. Il n'y eut pas la plus petite

irritation sympathique ; la prothèse est parfaite, bien supportée, bien mobile. Cette opération du hasard a été, après les vicissitudes inévitables de la période de cicatrisation, un vrai modèle d'opération chez un buphtalmique adulte.

On peut être *tenté de faire l'exentération totale* : mais ici les parois immenses et extrêmement minces de l'œil buphtalmie donnent un moignon chiffonné, plus difforme que jamais. Aussi préférera-t-on ordinairement la simple ablation de la cornée, de l'iris et du cristallin ou l'énucléation. L'opération de Mules (exentération suivie de l'introduction d'une bille dans le globe) est encore ici à l'étude.

Dans les cas où la cornée est presque *entièrement opaque*, où il est impossible de *voir* ce qu'on fait, on pratiquera des paracentèses ou des sclérotomies qui ont un effet éclaircissant (de Wecker) et qui jouent un *rôle préparatoire à l'iridectomie*, qu'on pratiquerait, le cas échéant, au niveau de la partie la moins opaque, par une petite plaie à la lance. Mais généralement ces cas avec fortes opacités sont de mauvais cas, ne se prêtent guère qu'aux sclérotomies antérieures et postérieures et finissent souvent, sans avoir passé par une iridectomie impraticable ou trop aléatoire, par l'ablation de la cornée et même l'énucléation.

On se rappellera les difficultés spéciales de la prothèse chez les enfants et ses résultats esthétiques assez mauvais, surtout lorsque l'œil restant est plus ou moins saillant ou même atteint d'un degré moyen et stationnaire de buphtalmie. On reculera quelquefois, sauf urgence, l'ablation partielle du globe jusque vers l'âge de 8 ans, moment où l'enfant sera plus développé, se servira lui-même plus habilement de sa prothèse et où cette dernière aura moins d'inconvénients généraux et locaux.

En somme la chirurgie du glaucome infantile est, au *début*, quand l'œil n'a pas subi des modifications considé-

rables, celle du glaucome de l'adulte et peut donner là aussi des résultats définitifs. Plus tard, elle se rapproche beaucoup plus de celle du *staphylome cornéen complet* et c'est ainsi qu'on l'a envisagée dans les temps les plus anciens. Enfin, bien plus encore que dans le glaucome de l'adulte, les cas diffèrent entre eux et ont une évolution variable. Aussi faut-il user chez les buphtalmiques d'une stratégie opératoire soumise, sauf ses principes généraux, à une foule de variations imposées par les circonstances et dans le but d'être véritablement et le plus complètement possible utile à l'enfant.

Ophtalmie sympathique.

Le traitement chirurgical de l'ophtalmie sympathique doit toujours être combiné au traitement médical, mercuriel intensif par frictions ou même par injections intramusculaires, plus actives dans certains cas et mieux tolérées. La voie stomacale sera délaissée comme insuffisante. Ce n'est que très exceptionnellement qu'on pourra être amené à donner le *calomel* à l'intérieur pour permettre au malade de se reposer de temps à autres des injections.

Dans quelques cas de diathèses ou d'infections autres que la syphilis, il n'est pas impossible que l'infection attirée par les nerfs ciliaires sur l'œil sympathisé ne soit en jeu. S'il s'agit de syphilis, le traitement mercuriel et iodé est indiqué, de même d'ailleurs que dans *tous les cas* d'ophtalmie sympathique où on ne trouve pas de diathèse ou d'infection générale nettes, comme étant le traitement antiseptique général le plus actif. Mais, s'il s'agit d'un sujet rhumatisant et gouteux, le traitement approprié peut être institué après essai du traitement hydrargyrique ou alternant avec lui. De même le traitement d'une infection viscérale chronique grave (métrites, cystites, etc.).

Sur l'œil *sympathisant*, il est hors de doute qu'il faudra toujours pratiquer l'*énucléation* d'emblée, si cet œil sympathisant a perdu toute vision. Les exentérations, ablations du segment antérieur, névrotomies optico-ciliaires, iridectomies et autres opérations conservatrices ne doivent pas être de mise ici, et il n'est pas certain qu'elles aient un rôle prophylactique sûr dans les cas où une ophtalmie sympathique est à redouter (atrophie douloureuse, enclavements irido-ciliaires avec persistance d'une vive sensibilité et hypotonie par décollement rétinien, etc.).

On ne réussira pas toujours à arrêter l'ophtalmie sympathique et on a rapporté déjà plus de 30 cas où l'ophtalmie sympathique s'est développée même *après l'énucléation préventive*. Mais, sauf dans de très rares cas, la maladie a été *benigne*, probablement parce que l'énucléation avait été pratiquée.

Quoi qu'il en soit, les faits démontrent avec quelle circonspection il faut envisager le pronostic de l'énucléation *préventive* qui en somme laisse en place les nerfs ciliaires, comme l'a fait remarquer Abadie. Aussi l'énucléation sera faite ici en réservant une bonne partie du nerf optique, *comme pour les tumeurs*. On ne peut guère penser cependant à l'exentération *orbitaire*.

Cependant on obtiendra quelquefois des succès en pleine ophtalmie par l'énucléation combinée au traitement mercuriel. Nous avons plusieurs fois, comme tout le monde, énucléé des yeux sympathisants sans que l'ophtalmie sympathique déclarée ait paru influencée sensiblement, mais il s'agissait de cas déjà très avancés. Dans deux cas au contraire où l'iritis ne s'amendait pas et où l'occlusion pupillaire se faisait *malgré l'atropine et le mercure*, l'énucléation que nous avons pratiquée a été rapidement suivie, dès le lendemain, d'une détente absolument réelle et d'une *dilatation pupillaire* qui a permis à l'iritis de guérir dans les deux cas avec conservation d'une excellente acuité

BIBLIOTHÈQUE
FAC. DE MED. U.A.M.

visuelle. Nous avons revu récemment encore ces malades que nous avons opérés il y a plusieurs années.

On énucléera donc très généralement, sauf vision de l'œil sympathisant, et on fera une *large* opération.

Il arrive d'autre part qu'on se trouve quelquefois en présence de cas *anciens*. L'œil *sympathisé* a sa pupille oblitérée; il n'y a plus de chambre antérieure, quelquefois une cataracte existe. Tantôt il y a une hypertonie extrême avec décollement rétinien. S'il n'y a pas de vives douleurs, qui pourraient conduire, après insuccès des injections sous-conjonctivales et de divers traitements généraux, à l'énucléation, plutôt qu'à la névrotomie optico-ciliaire qui laisse tout en question ou amène de nouvelles complications, il n'y a rien à faire. Tantôt et le plus souvent, l'œil est dur, manifestement glaucomateux, et cependant possède une perception lumineuse qui *semble* encourager une tentative opératoire, c'est-à-dire une vaste iridectomie, presque un arrachement de l'iris. Ces tentatives *en apparence* si justifiées se changent en désastre ou au moins en déception pour l'opéré et pour tout opérateur qui n'a pas l'expérience de ces cas. L'iridectomie ne ramène rien ou un simple *filament* d'iris. L'opérateur, en s'acharnant, lèse le cristallin, cataracté ou non, qui va se gonfler et augmenter l'hyper-tonie. Il y a là une synéchie de *tout l'iris à toute la face antérieure* du cristallin. Après avoir légèrement détendu l'œil par une ou plusieurs sclérotomies antérieures, on ne peut guère penser, dans les cas où la perception lumineuse sera assez bonne pour tenter quelque chose, qu'à une extraction du cristallin avec incision irido-cristallinienne à la Wenzel.

Cette conduite sur laquelle Jœqs a attiré avec raison largement l'attention, est la seule qui, dans le cas de synéchie totale ancienne, avec pupille très étroite et iris appliqué régulièrement et uniformément sur le cristallin, permette d'espérer, généralement avec des opérations secondaires

d'irito-ectomie, un certain degré de vision. Lorsque toute perception lumineuse est abolie et que le glaucome fait souffrir le malade, les sclérotomies équatoriales peuvent être pratiquées. Mais c'est dans son ensemble une triste chirurgie que la chirurgie de l'ophtalmie sympathique.

Dans des cas exceptionnels où la synéchie n'est ni trop ancienne, ni totale, où il y a par exemple un iris en *tomate* ou des synéchies simples et espacées, avec une chambre antérieure suffisante, les iridectomies et les extractions du cristallin *cataracté* se feraient au contraire suivant les règles habituelles et avec chances de succès.

Ces iridectomies, pratiquées après la terminaison des phénomènes inflammatoires, se feront très périphériques, lorsque cela sera possible, avec une plaie assez large où l'on soit à l'aise. C'est dire qu'on évitera le plus souvent la lance pour employer de préférence un couteau étroit et long.

Tumeurs intra-oculaires.

La chirurgie des tumeurs de l'œil se réduit dans l'immense majorité des cas à l'*énucléation de l'œil avec résection* éventuelle des parties voisines malades (conjonctive, nerf optique, contenu de l'orbite, etc.).

Un traitement antisyphilitique intensif et un traitement antituberculeux faisant suite au premier s'il y a lieu, sont indiqués dans les cas douteux et doivent être prolongés assez longtemps pour éviter toute confusion entre les néoplasies inflammatoires et les véritables tumeurs malignes. Nous avons longuement insisté¹ sur ce diagnostic clinique

1. Voir *Maladies de l'œil*, tome V du *Traité de chirurgie*, dirigé par MM. Le Dentu et Delbet, et *Atlas manuel d'ophtalmoscopie* de Haab, 2^e édition française.

BIBLIOTHÈQUE
FAC. DE MED. U. A. B. L.

et ophtalmoscopique, et sur l'étude préalable souvent si complète qu'il faut faire pour éviter de confondre d'autres lésions (décollements réiniens, proliférations vitréennes, décollements choroidiens, etc.) avec des tumeurs du fond de l'œil.

L'énucléation avec résection simultanée d'un long fragment du nerf optique sera donc la conduite à tenir le plus généralement. Nous disons résection simultanée, car il est plus simple et moins dangereux, en tirant violemment le globe en avant, de couper le nerf optique loin de l'œil, que d'aller, après excision du globe, rechercher péniblement le nerf au milieu de la graisse orbitaire.

L'exentération totale de l'orbite sera indiquée si des nodules néoplasiques ont déjà envahi les parties molles de l'orbite, ou si le nerf optique, aussi loin qu'on le coupe, est volumineux et contient du tissu sarcomateux ou gliomateux.

L'exentération totale de l'orbite a même été proposée *d'emblée* pour le *Gliome* de la rétine, qui récidive si facilement sur place.

Quant à l'extirpation d'une petite tumeur sarcomateuse de l'iris par l'iridectomie, après un diagnostic précis et une période de surveillance du malade, elle pourra être tentée sous toutes réserves, mais *rapidement* suivie de l'énucléation à la plus légère récidive. — On évitera de confondre un sarcome irien primitif avec un sarcome ciliaire ayant perforé l'iris et émergeant dans la chambre antérieure.

Enfin l'extirpation d'un œil contenant un cancer oculaire *métastatique* suivant un cancer d'une autre région, ne serait justifiée que si, l'état général le permettant, des douleurs violentes nécessitaient cette opération palliative.

Richet enlevait¹ toujours les *parties molles de l'orbite* lorsqu'il faisait une énucléation pour tumeur intra-oculaire. Il considérait qu'il en était du tissu rétro-oculaire comme

1. Richet. *Rec. d'Opht.*, 1878.

des ganglions de l'aisselle dans les tumeurs du sein et il avait établi ce précepte que dans les tumeurs mélaniques du globe, il faut *simultanément* enlever le globe et les tissus rétro-oculaires.

On doit reconnaître toutefois que les nombreuses statistiques générales faites d'éléments divers ne prouvent pas grand'chose. A côté de cas où la métastase ou la récidive sur place sont rapides, en quelques semaines ou quelques mois, véritable *granulie* néoplasique, il y a d'autres cas qui peuvent prêter à des considérations bien différentes. Nous avons vu une malade qui portait une large perforation cornéenne par un sarcome dont les débuts (glaucome, douleurs), remontaient à *neuf ans* de distance. Il n'y avait cependant ni envahissement orbitaire ni métastase. Opérée plus tôt, on aurait probablement attribué à l'opération cet heureux résultat. — Une de nos malades que nous voyons souvent et dont l'œil était absolument rempli de sarcome mélanique pour lequel nous lui fimes l'énucléation avec résection du nerf optique, est aujourd'hui, depuis 5 ans, parfaitement bien portante, sans récidive ni métastase.

Les statistiques réunissent tant de cas disparates (volume, siège, nature, opération, opérateur, histologiste, etc.), si différents en ce qui concerne l'échéance mortelle, qu'elles nous semblent donner à ces faits d'observation une fausse précision par les chiffres d'ailleurs variables auxquels elles aboutissent, tout en montrant, ce qu'on savait déjà, que si l'affection est fort grave, presque fatale pour le gliome, très exceptionnellement elle a pu guérir, comme la tumeur maligne la plus grave en pathologie générale.

On se gardera donc, avant ou après une opération pour tumeur intra-oculaire, si radicale qu'elle soit, de porter un *pronostic* quelconque pour l'avenir, tout en insistant sur la gravité de ces cas, surtout du gliome.

BIBLIOTHÈQUE
MÉDICALE
FAC. DE MÉD. V. A. B. L.