

constituer une condition assez défavorable pour l'examen des récidives.

Nous croyons que si le curage total a été fait pour une tumeur maligne qui n'a encore nulle part atteint la paroi périostique de l'orbite, comme cela arrive pour diverses tumeurs du nerf optique et pour les sarcomes qui, après avoir rempli le globe, ont émigré dans l'orbite, on pourra faire cette autoplastie des parois de l'orbite, car la récurrence sur place est extrêmement peu probable.

La question sera déjà beaucoup plus discutable pour une tumeur oculo-orbitaire à récurrence fréquente et grave, telle que le gliome.

Enfin l'autoplastie nous paraît absolument contre-indiquée dans toute tumeur maligne implantée sur le périoste ou l'ayant envahi secondairement.

Il pourrait en être autrement s'il s'agit d'une affection bénigne, mais ce n'est guère que par erreur de diagnostic que le curage orbitaire est alors exécuté.

INDICATIONS OPÉRATOIRES. — L'exentération orbitaire est surtout pratiquée pour des tumeurs orbitaires primitives ou secondaires. On l'a conseillée aussi en cas de tumeur maligne intra-oculaire de nature très grave (gliome) et dans les cas de tumeur intra-oculaire en général (Richet), même avant toute propagation orbitaire. Elle a été aussi recommandée d'emblée pour éviter l'infection progressive et désinfecter totalement l'orbite dans les cas d'énormes délabrements traumatiques ayant labouré l'œil et les parties molles de l'orbite. On y a même pensé (Abadie) pour l'ophtalmie sympathique, l'énucléation seule laissant en place les nerfs ciliaires et le nerf optique qui peuvent continuer à jouer un rôle malfaisant. Toutefois, l'énucléation avec résection optico-ciliaire lui sera généralement préférée, combinée au traitement général.

En cas de *phlegmon orbitaire* et de *phlébites* continuant, malgré les incisions larges, le drainage, l'antisept-

sie locale et le traitement général, on pourra quelquefois sauver la vie du malade en se décidant, à temps, avant la généralisation et la pyohémie, au curage total et à la désinfection complète de l'orbite. Toutefois Braunschweig a proposé, pour la désinfection des foyers profondément situés, l'opération de Krönlein. On doit cependant se demander si cette opération sera ici toujours bien supérieure aux incisions larges et profondes faites le long du pourtour osseux de l'orbite ou égale en efficacité, dans ces cas désespérés, au curage total.

EXERCICES OPÉRATOIRES

Ce résumé de notre cours technique étant destiné à guider aussi bien sur le cadavre que sur le vivant, il nous a paru convenable de donner quelques indications qui, si elles ne peuvent remplacer les explications orales et les conseils pratiques, faciliteront peut-être la répétition des opérations de chirurgie oculaire.

Qu'il nous soit permis de rappeler ici combien, sans parler des émotions inséparables des premiers débuts, il est nécessaire de s'être longtemps exercé sur l'œil d'animal et sur le cadavre, avant d'aborder utilement le vivant.

Il y a là une question capitale, et le chirurgien, habitué aux plus grandes et aux plus minutieuses opérations de chirurgie générale, devra se rappeler que des exercices spéciaux de chirurgie oculaire lui sont aussi nécessaires qu'à l'étudiant le moins expérimenté. C'est une chirurgie spéciale où l'on peut faire beaucoup de bien et beaucoup de mal et où il faut des habitudes complètement différentes de celles de la chirurgie générale, qui donnent quelquefois de singulières illusions en chirurgie oculaire.

Il est de toute nécessité d'autre part que le chirurgien-oculiste soit capable d'exécuter toute opération palpébrale

ou orbitaire avec la même facilité que l'extraction de la cataracte, en évitant scrupuleusement toute incursion sur les régions voisines, s'il veut pouvoir demander le même respect pour le terrain d'action auquel il a consacré de longues années de travail exclusif. Il doit donc savoir exécuter complètement son programme, et il peut l'étudier pratiquement comme tout programme de *médecine opératoire* et de *chirurgie générale*. La chirurgie du vivant lui réservera assez de surprises et de variations pour qu'il ait pris soin que la chirurgie du cadavre ne lui en réserve plus depuis longtemps.

Bien qu'il soit utile d'exercer la main gauche, et qu'il y ait d'excellents opérateurs gauchers, il n'est pas indispensable d'opérer, comme on le conseillait autrefois, aussi bien avec les deux mains. La main droite suffit, dans les cas normaux, et c'est elle qui jouera toujours le grand rôle.

Malgaigne avait raison quand il se bornait à passer derrière le malade lorsqu'il s'agissait d'opérer l'œil droit de la main droite. On arriverait rarement à un aussi bon résultat avec les deux mains et les essais seraient souvent dangereux.

Les exercices opératoires peuvent se faire sur les yeux d'animaux ou sur des yeux de cadavre et doivent se faire sur les deux.

Les yeux d'*animaux* (Gaddesden et Franco recommandaient déjà de s'exercer sur les yeux « des bestes ») offrent, à une seule exception près, un mauvais terrain d'étude : la plupart ont des cornées de dimensions trop notablement différentes des cornées humaines, d'autres sont difficiles à se procurer. L'œil du lapin, que l'on a si souvent à sa disposition dans les laboratoires, nous a toujours paru, quoiqu'on en ait dit, un très mauvais sujet d'exercices, sauf pour l'iridectomie. La cornée est mince, le cristallin énorme remplissant l'œil presque tout entier, la sclérotique tellement

mince que dès que l'humeur aqueuse s'est écoulée, l'œil se plisse en chiffon et n'a absolument rien de commun avec le terrain opératoire humain.

Il n'y a que deux excellents terrains opératoires : l'œil de porc et l'œil humain. On se procure les premiers dans les abattoirs, à peu de frais, et on doit les employer le plus tôt possible après leur ablation, après les avoir fixés par le nerf optique très près du globe, sur le classique ophtalmo-fantome, usité depuis si longtemps. L'édition française du traité de Weller contient sur ce point divers détails historiques, de même que sur les cataractes artificielles produites par injections dans le cristallin de gouttes caustiques (sublimé, acide sulfurique, alcool, etc.) ou par l'immersion de l'œil dans des solutions fortement salées ou alcooliques, comme cela a été souvent fait autrefois (Troja, Sichel, Deval). Ces manœuvres n'ont pas d'utilité réelle et détériorent l'œil.

Il faudra observer deux précautions : 1^o placer la *partie circulaire* de la cornée (la cornée du porc a une forme en raquette et un seul côté est par conséquent utilisable dans de bonnes conditions) en haut ou en bas, suivant qu'on veut faire en haut ou en bas l'opération fondamentale (lambeau pour extraction de cataracte, plaie d'iridectomie, de sclérotomie, etc.) : mais l'élève doit s'exercer à opérer absolument dans tous les sens pour être prémuni contre les grandes variétés de cas qu'on observe dans la pratique. 2^o Il faut être rompu à inciser, à sclérotomiser, et à faire un lambeau de dimensions convenables dans n'importe quelle région du cercle cornéen. L'utilité d'opérer ainsi dans des régions anormales, mais qui peuvent se présenter exceptionnellement, est facile à comprendre : de plus, avec cette précaution, l'élève prend l'habitude de tourner autour du malade, de bien *aider*, de *fixer* l'œil sur des points très différents des deux points habituels, en se rappelant qu'il n'y a qu'une seule et unique règle pour la

fixation du globe, fixer à un *point opposé* à la ponction et près du limbe.

L'œil de porc, qu'il est facile de se procurer en *très grande quantité*, permet toutes les opérations sur le globe. En particulier, l'extraction de cataracte et la sclérotomie s'y exécutent dans des conditions parfaites. De plus, il suffit d'exagérer la pression intra-oculaire, en faisant tourner l'œil et en le vissant énergiquement sur l'ophtalmofantome, pour obtenir toutes les variétés de glaucome. Il faut cependant faire une remarque. L'*iris* est peu extensible : il est épais, dur et friable ; il se déchire souvent au lieu de se laisser convenablement tirer au dehors. Aussi le débutant sera-t-il agréablement surpris, lorsqu'il s'apercevra que sur l'œil humain, l'attraction de l'iris et sa section sont beaucoup plus facilement réalisables que sur l'œil de porc.

L'*œil humain* est encore, 2 ou 3 heures *au plus* après la mort, un terrain d'étude opératoire qui complète admirablement le précédent.

Tous les détails opératoires et accessoires (manœuvre de pose et d'ablation du blépharostat, etc.) peuvent alors s'exécuter au grand complet, mais l'élève qui s'est patiemment exercé sur des yeux de porc aussi frais et aussi nombreux que possible, n'aura plus rien à apprendre du cadavre pour les opérations intra-oculaires, *après 2 ou 3 sujets*.

Sauf une exception pour l'*œil du chien*, qui présente encore cependant de bien notables différences dans les dispositions anatomiques, c'est sur l'œil de cadavre que doivent être répétées à fond les opérations de *strabisme* et l'*énucléation*. Il n'est ici nullement indispensable que l'œil du cadavre soit dans un état de fraîcheur relative : il nous est souvent arrivé de démontrer l'opération sur des têtes de sujets morts depuis plusieurs *mois* et dont les yeux étaient réduits à une sorte de cupule enfoncée dans l'orbite. Une injection d'eau pure pratiquée très *en arrière*

et très *obliquement* avec une simple seringue de Pravaz, à travers la sclérotique, nous a toujours permis de regonfler l'œil au point de le rendre aussi dur qu'une bille. Dans ces conditions, la ténotomie, les avancements et l'énucléation redevenaient parfaitement possibles. Bien entendu, il vaut mieux l'œil du cadavre frais, surtout au point de vue de l'état de la conjonctive, mais cependant il faut ne pas hésiter à utiliser, en les modifiant convenablement, des yeux qui semblent d'abord absolument informes. Peut-être pourrait-on employer une foule de substances fusibles et solidifiables, mais la ponction à la seringue de Pravaz *avec de l'eau* nous a *toujours* suffi.

Une tête humaine est absolument indispensable pour toute la chirurgie des *annexes, paupières, voies lacrymales, orbite*. Pour les cathétérismes lacrymaux et pour l'ablation de la glande palpébrale, il faut un sujet aussi frais que possible à cause de la rétraction et de l'absence de l'élasticité des tissus sur un cadavre ancien.

Il est très facile, quand on a très peu de cadavres à sa disposition, d'utiliser un même sujet pour diverses opérations et il faut un plan *économique* et rationnel. On commencera donc toujours sur le *cadavre* par répéter les opérations sur les voies lacrymales et sur les *annexes*, la strabotomie, l'énucléation et d'autres opérations devenant difficiles ou mal réglées, si on a commencé par inciser le globe pour une cataracte par exemple. Après avoir répété toutes les opérations sur les annexes sauf la section du nerf optique, le globe de l'œil du même sujet est encore utilisable de chaque côté en commençant par les incisions et en continuant par les résections et le curage.

Nous n'insisterons pas sur l'ordre à suivre ; le seul principe utile est d'aller du simple au composé, de commencer par des incisions simples et des découvertes, avant d'arriver aux opérations plastiques et aux extirpations d'organes, lorsqu'on opère sur le *cadavre*. De même, sur l'œil des

animaux, il sera en général préférable de ne faire exécuter les opérations à plusieurs temps (cataracte, iridectomie, etc.), qu'après que l'élève sera parfaitement sûr de sa fixation, mesurera exactement l'étendue de ses incisions et se sera rendu bien compte du siège exact des ponctions cornéennes et des opérations sur les régions frontières (sclérotomie). Si l'on a du temps, de la patience et un bon outillage, on arrivera même à créer sur l'œil et l'orbite du sujet (corps étrangers, etc.) la plupart des éventualités de la chirurgie vivante.

FIN

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
INTRODUCTION.	V
CHAPITRE PREMIER. — PAUPIÈRES	
§ I. — TRAUMATISMES.	1
§ II. — INFECTIONS.	4
Zona, 5. — Anthrax, charbon et infections malignes, 5. — Syphilis, 7. — Chancre mou, 7. — Blépharites, 7. — Molluscum contagiosum, 9. — Bouton d'Orient, 9. — Chalazion, 9. — Morve, 16. — Tuberculose et lupus, 16. — Scrofulides malaires et palpébrales, 17. — Lèpre, actinomyose, mycosis fongoïde, parasites, 20.	
§ III. — DÉGÉNÉRESCENCES.	20
Dégénérescence amyloïde, 20. — Vitiligo, keloïdes, sclérodermie, xanthélasma, 21. — Eléphantiasis, 22.	
§ IV. — TUMEURS.	23
Papillomes, kystes sébacés, 23. — Kystes transparents, calculs méibomiens, angiomes, 24. — Naevi pigmentés, 25. — Névrome plexiforme, cornes, épithélioma, 26. — Sarcome, 41.	
§ V. — AFFECTIONS MUSCULAIRES ET NERVEUSES.	42
Spasme de l'orbiculaire, 42. — Tics douloureux, 44. — Paralysie de l'orbiculaire, 45. — Paralysie du sympathique, 50. — Blépharoptose, 50.	
§ VI. — DÉFORMATIONS ET DÉVIATIONS.	60
Phimosis palpébral, 60. — Entropion et trichiasis, 64. — Ankyloblépharon, ectropion, 73.	
§ VII. — AFFECTIONS CONGÉNITALES.	111
CARONCULE.	113