OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LA CONJONCTIVE

TREIZIÈME LEÇON

ABLATION DES CORPS ÉTRANGERS ET DES TUMEURS. — OPÉRATION DU PTÉRYGION. — DÉGAGEMENT DU SYMBLÉPHARON. — ABRASION CONJONCTIVALE.

Ablation des corps étrangers.

L'*ablation des corps étrangers* de la conjonctive ne saurait rencontrer la moindre difficulté, sauf toutefois celle que l'on éprouve lorsque l'on veut, à cet effet, étaler devant soi toute l'étendue du cul-de-sac supérieur, dans lequel se logent souvent, et parfois pour un temps fort long, des corps d'un certain volume. De l'irritation provoquée par le séjour de ces corps résulte un blépharospasme, qui s'accuse encore lorsque, pour l'exploration, on renverse le tarse supérieur, dont le bord adhérent peut être repoussé si exactement contre le globe de l'œil, que le cul-de-sac supérieur forme une cavité absolument close, et d'une étendue suffisante pour loger même des corps très-volumineux [1] et d'une certaine longueur, comme un épi de blé, par exemple.

Une anesthésie complète est souvent nécessaire pour obtenir chez des enfants un calme suffisant pour une pareille exploration. Dans tous les cas, il est préférable de faire coucher le malade, et de recourir à l'emploi d'un stylet ou d'une spatule de caoutchouc pour soulever le bord adhérent du tarse ; si, en même temps que l'on procède à cette petite manœuvre, le malade ne peut suffisamment regarder en bas, il

1. Voy. *Thérap. ocul.*, p. 230.

faudra avec des pinces faire exécuter au globe oculaire une rotation forcée dans ce sens.

Parfois le corps étranger qui a séjourné très-longtemps dans le cul-de-sac s'entoure de végétations tellement saillantes qu'il échappe à l'exploration ; mais la présence même de pareilles masses bourgeonnantes localisées en un endroit circonscrit est un indice qui permet de conclure à la présence d'un corps étranger, qu'on enlève aisément en fouillant les bourgeons avec la curette de *Daviel*. Toute excision est inutile lorsqu'on est sûr de n'avoir laissé rien d'étranger dans le cul-de-sac : car on voit rapidement se calmer l'état irritatif prolongé par lequel avait passé l'œil.

Ablation des tumeurs malignes.

L'*ablation des tumeurs malignes* de la conjonctive, choisissant de préférence pour point d'implantation, lorsqu'elles sont de mauvaise nature, le limbe conjonctival, peut dans certains cas être réclamée. Lorsque, en effet, il s'agit de tumeurs mélaniques ou d'épithéliomes très-peu étendus, une ablation pourra être tentée, attendu qu'on éprouve toujours quelque répugnance à énucléer un œil qui présente encore une vision parfaite, quoique, en réalité, si la nature maligne de l'affection a été reconnue, le parti le plus sage à prendre serait évidemment de se décider à l'énucléation.

Dans le cas où l'on a préféré la simple ablation de la tumeur, quelques règles doivent être strictement observées. D'abord il faut prendre garde de devenir soi-même le propagateur de l'affection par une inoculation : car, comme il importe de faire tous ses efforts pour enlever en totalité le mal, il est nécessaire de pratiquer l'ablation de la conjonctive jusqu'à une certaine distance de la tumeur (au moins 1 à 1 1/2 centimètre) ; mais la perte de substance devant être alors, autant que possible, recouverte par la conjonctive voisine, on conçoit combien il sera urgent, pour ce dégagement, de faire usage d'instruments qui n'aient pas servi à l'ablation du néoplasme, la plaie devant être préala-

blement débarrassée de tout tissu épiscléral et nettoyée très soigneusement avec de l'eau carbolisée.

Une seconde précaution à prendre, c'est d'opérer l'ablation aussi loin que possible dans les tissus scléral et cornéen. Dans ce but, on fait pénétrer un couteau lancéolaire, ou un couteau à cataracte très-tranchant, au-dessous du siège de la tumeur, et on enlève un feuillet équivalent au tiers de l'épaisseur des membranes, et comprenant toute l'étendue de leur implantation, qui doit même être un peu dépassée. Il est indispensable qu'une pareille ablation ne soit pourtant pas poussée au delà de certaines limites : car on a observé que, si l'on avait la mauvaise chance d'ouvrir le globe oculaire, comme le fait s'est présenté d'ailleurs, en enlevant des tumeurs absolument bénignes de cette région, telles que le dermoïde, on pouvait voir se perdre l'œil.

Opération du ptérygion.

Une opération que vous serez bien plus souvent appelés à pratiquer dans cette région, et qui est loin de présenter d'aussi grandes difficultés d'exécution, est celle du *ptérygion*. J'ai, dans les leçons précédentes [1], déjà insisté sur l'avantage du refoulement pur et simple de ce pli conjonctival attiré sur la cornée : ce que l'on obtient après avoir soigneusement détaché le ptérygion de la cornée avec un couteau à cataracte, et l'avoir isolé par deux sections latérales dirigées vers sa base, en exécutant une réunion très exacte de la plaie. La conjonctive ayant été détachée avec soin en haut et en bas, cette réunion peut être faite avec des fils de catgut très fins, ou avec des fils de soie anglaise qui, si les nœuds sont fortement serrés, n'ont pas besoin d'être enlevés.

Une cause encore assez fréquente de récidive pour le ptérygion, c'est lorsqu'on ne réussit pas à très bien couvrir le bord de la cornée avec la conjonctive, ou, si l'on y est parvenu, que l'on détache de nouveau la muqueuse, qui y avait pris adhérence, en procédant aux manipulations nécessaires

1. Voy. *Thérap. ocul.*, p. 135.

pour enlever les fils. Incontestablement une tendance à la rechute existe déjà, s'il s'agit d'un large ptérygion, à cause de la vaste plaie de la cornée, qui doit se cicatriser et dont la guérison ne s'opérera sans une nouvelle attraction de la conjonctive qu'à la condition que celle-ci ait préalablement bien pris une solide attache près du bord cornéen.

Ce simple refoulement est incontestablement préférable à l'ablation : car le plissement nécessité par la formation d'un ptérygion très accusé a, par cela même, sensiblement réduit l'étendue de la conjonctive, de telle façon que souvent le pli semi-lunaire qui avoisine ordinairement le ptérygion se trouve effacé. M. *Coccius* [1], qui, le premier, procéda à la réunion très exacte de la conjonctive après l'ablation, exécutait celle-ci par deux sections convergentes vers la caroncule.

Parfois on est contraint, lorsqu'on pratique le simple refoulement, de procéder, le deuxième jour après l'opération, à une ablation partielle : c'est quand le ptérygion, détaché et étranglé par la réunion de la conjonctive avoisinante, s'œdématie et vient à pendre hors de la fente palpébrale. Un simple coup de ciseaux abrège alors notablement la lente rétraction d'une semblable languette conjonctivale.

Procédé de Desmarres.

Afin de s'opposer à une attraction nouvelle de la conjonctive sur la cornée, M. *Desmarres* père [2] avait pensé que la déviation et la transplantation du ptérygion dans une région latérale de la conjonctive pourraient rendre des services. A cet effet, après avoir, comme dans la précédente méthode, dégagé le ptérygion de la cornée et de la sclérotique, il incisait le long du bord inférieur de la cornée la conjonctive dans une suffisante étendue, et y logeait le ptérygion.

Procédé de Knapp.

M. *Knapp* [3], non content de cette unique transplantation, fend le ptérygion en deux parties égales, et, pratiquant aussi

1. *Ruete, Lehrbuch*, 2e éd., 1854, p. 192.
2. Son traité, t. II, p. 168.
3. *Archiv.*, t. XIV, 1, p. 267.

deux sections, dont l'une longe le bord inférieur et l'autre le bord supérieur de la cornée, il attire chaque moitié de la tête du ptérygion vers les extrémités des sections. Il prétend que ce double déplacement facilite l'attraction de la conjonctive vers le bord de la cornée.

Ce qui est incontestable, c'est que cette transplantation, unique ou double, ne permet pas une réunion aussi exacte que le simple refoulement vers la caroncule, et le dégagement également réparti sur toute la conjonctive avoisinante. Aussi ces procédés, en laissant une portion du bord cornéen dépourvue de conjonctive, ne remplissent-ils pas, contrairement au refoulement, une condition qui est essentielle pour prévenir les rechutes : c'est que, dans ce dernier cas, lorsque la plaie cornéenne se cicatrise et se rétracte, elle trouve déjà une couche conjonctivale suffisamment bien attachée sur les parties qui avoisinent le bord de la cornée pour ne plus céder à un mouvement de traction vers cette membrane.

L'idée de vouloir remplir immédiatement cette condition essentielle par la greffe d'un lambeau conjonctival sur la partie de la sclérotique qui a été mise à nu par le dégagement du ptérygion, comme M. *Klein*[1] l'a recommandé, serait certainement très rationnelle; mais l'exécution d'un pareil procédé rencontre des difficultés qui compliquent par trop une opération, en réalité, fort simple. Pour obtenir, dans la méthode de refoulement, que la conjonctive dégagée se greffe promptement, nous faisons porter le bandeau compressif pendant plusieurs jours, et nous évitons soigneusement, comme nous l'avons dit, tout tiraillement sur le globe de l'œil et la conjonctive.

Tous les procédés de cautérisations et de ligatures du ptérygion, quelque ingénieux qu'ils puissent être (*Szokalski*), ont dû céder la place aux procédés de refoulement et de déviation, qu'il ne faut du reste exécuter que s'il est absolu-

1. *Wiener med. Zeitung*, nos 2 et 3, 1876.

ment démontré que le ptérygion menace de se propager au delà du tiers interne de la cornée, cette affection donnant alors lieu en même temps à un obstacle pour la vision et à une difformité assez choquante. Tous les ptérygions qui ne dépassent pas de 2 à 3 millimètres le bord cornéen, et qui ne sont pas soulevés et vascularisés, ne doivent pas être soumis à l'opération, s'il est reconnu qu'ils restent absolument stationnaires.

Dégagement du symblépharon.

Nous arrivons maintenant à un autre processus cicatriciel de la conjonctive susceptible de réclamer une opération, un résultat quelque peu satisfaisant ne pouvant souvent être obtenu qu'après bien des efforts; nous voulons parler du *symblépharon*, qui, dans les cas où il est complet, échappe encore presque entièrement à nos ressources thérapeutiques. Ce n'est que si un seul cul-de-sac de la conjonctive, ou seulement une partie de celui-ci se trouve détruite, que l'on peut attaquer le mal, même si le bord de la paupière a été, par la destruction de la conjonctive et d'un feuillet de la cornée, attiré sur celle-ci. Sans aucun doute nous avons encore réalisé ici un important progrès, en ne nous adressant plus qu'à des procédés qui peuvent réellement présenter des chances de succès, et en abandonnant absolument toutes les anciennes méthodes qui, par l'essence même du but qu'elles poursuivaient, étaient complètement irrationnelles.

Malgré les perfectionnements déjà acquis, il ne faudrait pas se flatter de pouvoir remédier à des états de destruction de la conjonctive, tels que la muqueuse se trouve presque en totalité disparue, et qu'au symblépharon soit venu s'adjoindre un ankyloblépharon plus ou moins complet, avec xerosis des parties de l'œil restées à découvert. Un opérateur trop entreprenant s'exposerait facilement, en pareil cas, à mériter le reproche d'avoir imposé à son malade des souffrances inutiles.

D'un autre côté, je ne voudrais pas non plus que pour des symblépharons tout à fait partiels vous ne missiez pas à

profit les ressources fournies par les découvertes modernes, en pensant que, lorsqu'une simple bride de peu de largeur s'implante au voisinage du bord palpébral, de façon à réunir celui-ci au pourtour correspondant de la cornée, il suffit de s'adresser à une ancienne méthode de ligature ou de simple détachement. Même ces cas en apparence si simples méritent une attention toute particulière, attendu que ces cicatrices, qui résultent le plus souvent de brûlures (chaux, acide sulfurique, etc.), jouissent d'un pouvoir tout particulier de rétraction et d'attraction s'exerçant sur les tissus avoisinants. Aussi la plus simple prudence commande-t-elle ici d'attendre, avant de procéder à une opération, que cette fâcheuse tendance ait complètement disparu.

En conséquence, il est absolument indiqué de ne pas faire l'opération à moitié en dégageant simplement les adhérences jusqu'au fond du cul-de-sac, mais de mettre à contribution, par une combinaison bien appropriée, toutes les ressources dont dispose actuellement la chirurgie oculaire, c'est-à-dire : 1° la réunion de la muqueuse par attraction, 2° la transplantation de lambeaux par torsion, 3° les importants avantages de la greffe.

Réunion par attraction. Méthode de de Arlt.

1° La *réunion par attraction*, qui constitue la *méthode de de Arlt*, convient surtout aux cas où il existe une simple bride, d'une largeur assez restreinte, réunissant la paupière dans une étendue de 6 à 8 millimètres au globe de l'œil et l'attirant sur la cornée, tout en laissant encore une partie du cul-de-sac libre capable de permettre le passage de la sonde. On commence par faire pénétrer au-dessous de la bride, dans la partie non adhérente, une sonde simple ou cannelée que l'on laisse en place. Elle sert à la fois d'écarteur pour la paupière que l'on veut séparer du globe de l'œil, et de moyen propre à tendre très fortement la bride de tissu cicatriciel. Celle-ci est détachée de la cornée à l'aide d'un couteau à cataracte, que l'on remplace par des ciseaux courbes lorsqu'on arrive sur la sclérotique.

La sonde étant ainsi devenue libre, on lui substitue un écarteur plein. On ne procède à la réunion de la plaie que lorsqu'on a détaché (ainsi que j'ai l'habitude de le faire), au moyen des ciseaux courbes, la conjonctive et le tissu sous-conjonctival de toute la moitié correspondante du globe oculaire jusque vers l'équateur. Avec de la soie fine qui doit pénétrer suffisamment loin du bord de la plaie conjonctivale (2 millimètres), on réunit alors la muqueuse, en y comprenant le tissu sous-conjonctival, afin qu'elle ne se déchire pas, et en ayant la précaution de serrer fortement les sutures, de façon à n'avoir pas à se préoccuper de leur enlèvement.

On commence par réunir les parties les plus voisines de la paupière, ce qui a pour effet de la renverser légèrement, et on place en dernier lieu deux ou trois sutures pour fermer la plaie du globe de l'œil. M. *de Arlt*[1] conseille d'utiliser la languette, qui recouvre fréquemment dans une assez large étendue la cornée, de la façon suivante : « S'il se trouve sur la cornée, comme cela n'est pas rare, une attache mesurant plus de 4 millimètres et occupant une direction radiée, on peut, après l'avoir séparée de la cornée, s'en servir pour recouvrir la plaie tarsienne. En faisant usage d'un fil muni à chaque extrémité d'une aiguille, on traverse en deux points la languette, dont on retourne la surface avivée contre le tarse. Les aiguilles, ayant ensuite traversé la paupière, laissent au-dessus de la languette un pont continu de la largeur de la plaie tarsienne, formé par l'anse du fil, dont les extrémités sont ensuite nouées sur un petit rouleau de peau de gant servant de support. »

Le côté défectueux de ce dernier procédé réside essentiellement dans l'impossibilité de réunir la plaie qu'on a faite sur la paupière, et la cicatrisation s'opérant, c'est de là que la rechute prend son point de départ. Le plus souvent cette transplantation est absolument illusoire, car la languette dé-

1. *Loc. cit.*, p. 438.

tachée de la cornée est constituée par un tissu tellement friable qu'elle se déchire au moindre essai de renversement, ou lorsqu'on la traverse avec les fils qui doivent la fixer à la paupière. Aussi engageons-nous vivement à remettre l'opération à un jour où l'on doit pratiquer, dans le but d'éclaircir une cornée rendue partiellement opaque par une kératite parenchymateuse (non par un pannus), une abrasion conjonctivale, afin d'avoir ainsi à sa disposition les matériaux nécessaires pour pouvoir, après que l'on a bien exactement réuni, suivant *de Arlt*, la plaie du globe de l'œil et du cul-de-sac, recouvrir d'une greffe la plaie qui se trouve sur la région tarsienne. C'est par la combinaison de ces deux méthodes qu'on obtient le plus sûrement un résultat satisfaisant.

Transplantation des lambeaux conjonctivaux. Procédé de Teale.

2° La *transplantation de lambeaux conjonctivaux* par torsion a surtout été pratiquée par MM. *Teale*[1] et *Knapp*, dans des cas aussi où le symblépharon partiel laissait encore un passage au fond du cul-de-sac. Notre confrère anglais ne détache le symblépharon que vers le bord de la cornée, laissant sur celle-ci la partie qui y est fixée. La paupière ayant été dégagée jusqu'au cul-de-sac, et le globe oculaire bien mis à découvert par l'attraction et le renversement de la paupière, il forme deux lambeaux d'une étendue correspondante à la plaie à recouvrir.

L'un de ces lambeaux longe en remontant le bord cornéen interne, et comprend la conjonctive située entre ce bord et le pli semi-lunaire ; il est ensuite recourbé, et sa pointe doit être engagée dans la plaie de la paupière, de façon à garnir celle-ci de muqueuse. L'autre lambeau d'égale dimension est pris sur le globe de l'œil, en détachant la muqueuse située entre l'angle externe et le bord correspondant, et est destiné à recouvrir la plaie qui occupe le globe oculaire. Ainsi le lambeau allongé en dehors est superposé à celui pris en dedans de la cornée, sa pointe étant tournée vers la caron-

1. *Ophthalm. Hosp. Rep.*, III, 253, et *Ann. d'ocul.*, t, LVIII, p. 38.

cule, tandis que celle du lambeau interne regarde le côté externe de la paupière qu'il recouvre. A l'exemple de ce que fait aussi *de Arlt*, on incise la conjonctive avoisinante, si la torsion et l'attraction des lambeaux semblent par trop forcées.

Un autre mode de transplantation préconisé par M. *Teale* consiste, non à former deux lambeaux isolés et latéraux, mais un seul superposé au bord cornéen. Ce lambeau unique, situé ainsi en face du symblépharon, est renversé vers la partie dénudée, après avoir détaché la bride cicatricielle de la sclérotique seulement. Si, par exemple, le symblépharon occupe le bord inférieur de la cornée, on taille au-dessus de celle-ci, avec un bistouri bien tranchant, un lambeau de deux à trois millimètres de largeur. La section inférieure qui délimite ce lambeau contourne la cornée, et vient se confondre avec la plaie que l'ablation du symblépharon a formée sur la sclérotique. Quant à la section qui dégage en haut la bandelette de conjonctive, elle se continue en faisant des arcs à faible courbure qui se prolongent vers les angles externe et interne.

Avant de détacher le pont conjonctival que circonscrit ces sections, on le traverse déjà au milieu par deux sutures placées en bas, et deux autres dirigées en haut, de façon à s'opposer à l'enroulement lorsque la bandelette est complètement détachée. De ces quatre sutures (deux suffisent, si le symblépharon est étroit), les deux inférieures servent à attacher le bord de la bandelette, qui auparavant longeait la cornée, sur la paupière : les deux autres doivent fixer la bande descendue au-dessous de la cornée à la portion du symblépharon qui était restée attachée à cette membrane.

Ce que je reproche à ces procédés, c'est de ne paraître d'une exécution facile que sur le dessin. Là, en effet, on suppose toujours l'étendue de la muqueuse recouvrant le globe de l'œil entièrement conservée, ce qui en réalité n'a ordinairement pas lieu : aussi, dans la pratique, l'absence d'une étendue suffisante de muqueuse rend-elle le déta-

chement de lambeaux suffisamment larges et susceptibles d'être aisément tordus assez difficultueux.

Procédé de M. Knapp.

M. *Knapp*[1] procède simplement à la formation de deux lambeaux conjonctivaux qui longent les bords interne et externe de la cornée, en occupant une certaine largeur. Une fois le symblépharon dégagé, on attire ces lambeaux vers la plaie que le détachement de la cicatrice a laissée sur le globe de l'œil, puis on réunit les côtés externes des lambeaux, à la muqueuse de la paupière. Il s'agit ici de recouvrir la plaie par simple glissement, et non par torsion des lambeaux comme il a été indiqué dans le premier procédé de *Teale*. Parfaitement exécutable dans les cas où l'on a affaire à d'étroits symblépharons, pareille transplantation deviendrait absolument impossible, si la muqueuse avait subi un rapetissement considérable. Dans cette circonstance, la greffe serait impérieusement indiquée.

Greffe conjonctivale.

3° La *greffe conjonctivale*, que M. *Wolfe*[2] a le premier obtenue avec de la conjonctive de lapin, et qui a été pratiquée à cette clinique avec la conjonctive humaine, s'exécute de la façon suivante : On décolle les paupières, et l'on avive les parties sur lesquelles doivent reposer les lambeaux de conjonctive humaine ou animale. Tout écoulement de sang étant arrêté, on renverse la paupière inférieure, s'il s'agit d'un symblépharon inférieur, et l'on attire le globe de l'œil fortement en haut ; on étale alors soigneusement la conjonctive sur la plaie, en portant toute son attention pour ne pas faire d'erreur relativement aux surfaces du lambeau détaché. Puis, à l'aide de soie anglaise très fine ou de catgut (si l'on peut s'en procurer de très fin et de parfaitement souple), on commence à réunir le lambeau tout autour avec les lèvres de la plaie. Les premières sutures sont surtout difficiles à placer, à cause de l'enroulement du lambeau conjonctival au moment du passage du fil, inconvénient qui se présente,

1. *Archiv.*, t. XIV, 1, p. 270.
2. *Glasgow med. Journ.*, 1873, et *Ann. d'ocul.*, t, LXIX, p. 121.

si l'assistant n'a pas soin de retenir la conjonctive pour s'opposer à ce qu'elle suive le fil qui la traverse. L'emploi d'un porte-aiguille bien approprié (voy. *Thérap. ocul.*, p. 132, fig. 5), qui se tient à la manière de tout autre instrument de chirurgie oculaire, sera ici de la plus grande utilité.

Pour fixer un lambeau qui recouvre la totalité du cul-de-sac inférieur, ainsi que la portion correspondante du globe oculaire, il ne faut pas moins d'une vingtaine de sutures. Celles-ci doivent rester en place jusqu'à ce qu'elles tombent d'elles-mêmes. M. *Wolfe*, qui a fait ces sortes de greffe le premier, se contente d'un nombre de sutures bien moins considérable, mais je ne conçois pas bien comment cet estimé confrère peut obtenir ainsi une juxtaposition suffisamment exacte pour que la paupière, en se replaçant, ne vienne pas enrouler et dévier le lambeau.

C'est pour éviter cet inconvénient que j'ai même eu soin de placer au milieu du lambeau une suture en anse, qui pénètre à travers la peau au-dessous du rebord orbitaire, à la manière de la suture que *Snellen* pratique contre l'ectropion. Ce n'est que de cette manière qu'on obtient un contact intime entre le lambeau transplanté et la surface avivée, condition indispensable pour assurer le succès de la greffe.

On a fait à Vienne des essais en greffant d'autres muqueuses, prises à l'intérieur de la bouche et du vagin (*Illing*), mais je ne sache pas que ce genre de greffe ait présenté quelque avantage. Se propose-t-on d'employer de la conjonctive de lapin, on utilisera le temps que réclame, après le dégagement du symblépharon, l'arrêt complet de tout écoulement de sang, pour détacher la conjonctive sur le lapin, en ayant soin de bien dégager la muqueuse qui recouvre la membrane nictitante que l'on renverse en dehors au moyen d'une pince à fixation, et de dénuder tout le pourtour du globe de l'œil préalablement luxé hors de l'orbite. La conjonctive est alors transportée directement de l'animal sur le terrain opératoire, afin qu'aucune confusion ne puisse avoir lieu en

ce qui regarde la surface qui doit reposer sur les parties avivées.

Fait-on usage de conjonctive humaine, il est alors nécessaire de prendre aussi loin que possible, à partir du bord de la cornée jusque vers le cul-de-sac, la conjonctive, dont l'ablation est pratiquée lorsqu'on a appliqué le procédé que nous décrirons tout à l'heure sous le nom d'abrasion conjonctivale. Il importe aussi de faire choix d'un cas où cette opération est exécutée sur une conjonctive absolument saine dans le but d'éclaircir la cornée.

Si l'on veut mettre toutes les chances de réussite de son côté, on fera garder le lit au malade, et on placera le bandeau compressif sur les deux yeux, en se servant du pansement antiseptique, car ce qui est particulièrement à redouter pour le succès de la greffe, c'est l'abondance de la sécrétion conjonctivale qui s'insinue au-dessous des parties à greffer. On sait que les pièces de pansement imbibées d'acide borique sont surtout aptes à absorber les sécrétions purulentes (*Sölger*) ; leur emploi est donc absolument indiqué pour les transplantations, où l'action fâcheuse de la pénétration du pus dans les greffes est tant à craindre.

Abrasion conjonctivale.

Une dernière opération qui se pratique sur la conjonctive, et que *Furnari* a de nouveau introduite (en 1862) dans la chirurgie oculaire, est la *peridectomie*, appelée aussi *syndectomie* et *circoncision*, mais pour laquelle nous préférons employer la désignation d'*abrasion conjonctivale*. Par cette opération on ne se propose pas seulement de couper la nutrition d'un pannus invétéré par l'oblitération des vaisseaux, mais le but essentiel est ici, grâce à l'établissement d'un anneau de tissu cicatriciel tout autour de la cornée, de modifier la circulation cornéenne, peut-être en changeant les conditions de la circulation lympathique par distension du tissu trabéculaire péricornéen.

Cette opération, afin de fournir un résultat favorable, et aussi pour pouvoir être exécutée très rapidement,

réclame quelques soins particuliers. A moins qu'il ne s'agisse d'anciennes granulations ayant amené un effacement du cul-de-sac conjonctival qui a sensiblement perdu de son étendue, de telle façon qu'on se trouve dans l'obligation de ménager l'excision de la muqueuse, nous pratiquons une abrasion différente de celle que conseillait *Furnari*.

Après avoir placé l'écarteur, on saisit au-dessus du méridien vertical un pli de conjonctive, qu'on incise avec les ciseaux courbes en sens radié. Dans cette boutonnière on fait glisser une branche des ciseaux, et l'on exécute alors une circoncision tout autour de la cornée, à la distance de six à dix millimètres suivant l'effet que l'on cherche à obtenir. Une bandelette péricornéenne se trouvant ainsi circonscrite, et les pinces n'ayant pas abandonné le pli conjonctival saisi tout d'abord, on détache ensuite, par de petits coups secs des ciseaux, successivement toute cette bande du limbe conjonctival ; ce qui sera facilité, si l'on a soin de porter de temps en temps les ciseaux sous la conjonctive pour séparer le tissu sous-conjonctival et épiscléral de la bandelette, à mesure que son dégagement du bord cornéen s'effectue. En procédant ainsi méthodiquement pour faire le tour de la cornée, vous me voyez le plus souvent enlever d'une façon continue tout la bande conjonctivale péricornéenne, et cela très rapidement.

Si l'on veut accentuer l'effet de cette opération, après que les douleurs du traumatisme auront été calmées à l'aide de quelques compresses froides, on appliquera, les jours qui suivent l'opération, des compresses aromatisées (avec une infusion de camomille chaude), dans le but d'accroître un certain degré de purulence qu'on entretiendra pendant huit à dix jours. L'usage de ces compresses sera toujours indiqué, si un enduit fibrineux blanc jaunâtre vient à recouvrir toute l'étendue de la plaie le deuxième ou le troisième jour, en s'accompagnant constamment d'une grande sensibilité de l'œil.

Quoique ce traumatisme paraisse très-violent, je n'ai jamais vu se produire chez les nombreux malades que j'ai opérés aucun accident. Toutefois, si l'on enlève un peu trop profondément le tissu sous-conjonctival, et que le malade ait longtemps fait usage de fomentations chaudes, il arrive parfois qu'un certain nombre de bourgeons charnus s'étant développés, on soit obligé, *après qu'ils se sont bien pédiculés*, c'est-à-dire six à huit semaines après l'opération, d'en faire l'ablation au moyen des pinces-ciseaux.

Tout en enlevant la conjonctive bulbaire sur une largeur double de celle indiquée par *Furnari*[1], la réaction est bien moins considérable que si, suivant ce confrère, on empiète, dans le cas de pannus, sur la cornée même par l'excision des vaisseaux, ou si l'on badigeonne, après avoir raclé le tissu épiscléral, la sclérotique dénudée avec un pinceau mouillé de salive que l'on a promené ensuite sur un crayon de nitrate d'argent, procédé qui peut surtout être critiqué au point de vue du transport de parcelles métalliques dans le tissu cornéen.

Cette opération bien exécutée ne laisse d'autres traces qu'une teinte d'un bleu émail éclatante, et dépourvue de vaisseaux apparents à l'entour de la cornée. L'abrasion peut n'être exécutée que sur une moitié de la circonférence de la cornée (correspondante à la partie à éclaircir); on l'exécute surtout ainsi lorsque l'on veut activer, dans un cas d'épiscleritis ou d'infiltration diffuse et circonscrite du bord cornéen, la marche, particulièrement traînante, de l'affection (*Brecht*). Dans de telles conditions, la combinaison de la chaleur à la suite de l'opération est en général à éviter, pour ne pas avoir une réaction trop accusée lorsque l'opération est employée pendant un processus inflammatoire floride.

1. *De la tonsure conjonctivale et de son efficacité contre les lésions panniformes de la cornée* (*Gaz. de Paris*, nos 4, 6, 8, 10, 12, 14, et Paris, in-8, 1862).

OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LA SCLÉROTIQUE

QUATORZIÈME LEÇON

SCLÉROTOMIE

Tandis que pour les méthodes opératoires qui concernent le cristallin, l'iris, la cornée et la conjonctive, la plupart sont exécutées pour combattre des états morbides qui affectent plus ou moins directement ces diverses parties constituantes de l'œil, il n'en est plus ainsi pour ce qui regarde la sclérotique. A part la réunion de blessures de cette membrane au moyen de quelques sutures de catgut, les tumeurs ou autres affections de la sclérotique ne réclament guère une intervention chirurgicale particulière. L'opération la plus importante qui s'exécute sur la principale enveloppe oculaire, la *sclérotomie*[1], s'adresse constamment à des affections qui

1. La *sclérotomie* est une opération qui doit être regardée comme toute récente, en admettant toutefois que l'on ne veuille pas désigner comme telle de simples ponctions scléroticales qui avaient été surtout recommandées par *Mackenzie*, en 1830, contre le glaucome, et si l'on fait abstraction des plaies scléroticales pratiquées dans l'intention d'exécuter de prétendues myotomies intra-oculaires, comme l'ont conseillé *Hancock* et autres. La sclérotomie moderne apparaît tout d'abord comme une opération destinée à remplacer l'iridectomie dans le glaucome, elle est donc forcément postérieure à la grande découverte de *de Graefe* pour la guérison du glaucome (1857).

Trop intéressé personnellement dans la question relative à l'historique de la sclérotomie, je cède la parole à un confrère des plus compétents, au professeur *Mauthner*, auquel nous devons d'importants travaux sur ce sujet dont il s'est tout spécialement occupé. Voici comment s'exprime notre confrère de Vienne (*Wiener med. Wochenschrift*, nos 27-30, 1877) :

« En 1867, *Wecker* dit que, s'il était possible de faire près du bord cornéen une large plaie scléroticale, sans qu'il en résultât un enclavement de l'iris, il abandonnerait tout à fait l'excision d'une partie de cette membrane. En 1868, dans son mémoire sur la pression intra-oculaire, *Stellwag* parle de deux sclérotomies pratiquées avec succès. Dans ces deux cas, où il s'agissait de glaucomes chroniques inflammatoires anciens, avec notable augmentation de la