bandeau compressif est d'une nécessité absolue; en plaçant simplement une bande de flanelle sur l'œil, on n'est pas certain d'avoir tout fait pour éviter un prolapsus ultérieur de l'iris. L'opéré doit garder un repos complet de 48 heures au lit.

« En procédant ainsi, il est possible d'éviter le prolapsus de l'iris. Plus on aura acquis d'exercice, et plus aussi on sera assuré d'exécuter régulièrement l'opération. On n'a pas, il est vrai, une absolue garantie contre le prolapsus de l'iris. Si cet accident se produit, on réduit alors l'iris avec la spatule en caoutchouc de *de Wecker*, ou avec la curette de *Daviel*, ou encore on atteint ce but en saisissant soigneusement le prolapsus avec des pinces (qui pourraient peut être se terminer par des branches en caoutchouc), de façon à réintégrer cette membrane dans son emplacement normal; puis ouvrant les pinces doucement avant de les retirer de l'œil, il serait ainsi possible d'étaler en quelque sorte l'iris. Si néanmoins le prolapsus se reproduisait, je conseillerais l'excision, quoique j'aie déjà vu un prolapsus complet de l'iris se réduire sous l'influence de l'ésérine et du bandeau compressif; mais on ne saurait se fier entièrement à un semblable replacement. On excise simplement l'iris sans élargir la plaie. Si lorsqu'on renouvelle le bandeau on trouvait l'iris hernié, il faudrait immédiatement l'exciser. »

Sclérotomie avec le sclérotome. Voici comment j'exécute la sclérotomie avec le sclérotome. Après avoir fait instiller préalablement et à plusieurs reprises de l'ésérine (parfois déjà la veille de l'opération), je place l'écarteur et je fixe l'œil solidement en dedans, un peu au-dessous du diamètre horizontal de la cornée, en ayant soin que la conjonctive ne se plisse pas.

Avant de faire la ponction, je mesure bien exactement avec la largeur du sclérotome le petit lambeau que doit comprendre la section *interne*. Ainsi le couteau de 2 millimètres de largeur est tenu exactement, quant à son bord supérieur, à 1 millimètre au-dessus de l'extrémité inférieure du diamètre vertical de la cornée (celui de 3 millimètres à 2 millimètres, celui de 4 millimètres à 3 millimètres de ce point).

Je pénètre alors à 1 millimètre en dehors du bord externe de la cornée pour traverser lentement la chambre antérieure, en me tenant *très exactement* dans une direction parallèle au plan de l'iris. Lorsque la pointe s'engage du côté opposé sous le bord de la cornée, je pousse hardiment l'instrument jusqu'à ce que la lance soit ressortie en entier.

Si l'on a eu soin de conduire parallèlement à l'iris le sclérotome, on a la certitude d'obtenir une section voisine du bord interne de la cornée absolument identique à la section située près du bord externe. Comme le sclérotome a la lance plus mince que le support à bords mousses, ce dernier retient forcément l'humeur aqueuse, et un cheminement exact à travers la chambre antérieure est rendu facile, à la condition toutefois que la partie mousse du sclérotome ne soit pas trop épaisse, ce qui augmenterait sensiblement le frottement à son passage.

Le sclérotome ayant traversé l'œil, un instant de répit peut être donné à soi-même ainsi qu'au malade; puis on retire l'instrument en ayant soin de n'en pas changer l'axe, sinon qu'on relève peu à peu légèrement le manche en haut (la section étant faite près du bord inférieur de la cornée), afin de diriger la pointe du sclérotome vers la membrane de Descemet et l'angle iridien au fur et à mesure que l'humeur aqueuse s'écoule.

On instille immédiatement quelques gouttes d'ésérine et on applique le bandeau, après s'être assuré que la pupille est bien régulièrement contractée et que le sang a cessé de couler des plaies externes. Je ne fais aucune tentative pour débarrasser la chambre antérieure du sang qui s'y épanche parfois assez abondamment.

Comme il n'y a, vu la pénétration oblique du sclérotome, le peu d'étendue des sections extérieures, et grâce aussi à la puissante action de l'ésérine, *aucune crainte à concevoir* relativement à un prolapsus ou à un enclavement de l'iris,

je préfère exécuter la sclérotomie en bas. A part qu'il est beaucoup plus facile de faire l'opération, on évite en outre de tirer l'œil souvent fortement en bas pour le fixer et d'accroître ainsi la tension oculaire. L'œil se portant chez la plupart des malades énergiquement en haut, on peut avec bien plus de sûreté conduire la pointe du sclérotome à travers la chambre antérieure, ce qui nécessite beaucoup de soin dans les cas où l'iris se trouve poussé fortement contre la cornée.

La chambre antérieure est-elle très étroite? La conduite du sclérotome suivant un arc à travers cet espace est rendue très difficile, et s'exécute alors plus facilement par ma première méthode en se servant d'un étroit couteau de *de Graefe*, procédé que je n'ai du reste nullement abandonné, surtout lorsqu'il s'agit de faire des sclérotomies à lambeau élevé (buphthalmie).

Indications de la sclérotomie.

Les indications de la sclérotomie sont multiples, nous la conseillons dans les cas suivants :

1° Pour remplacer l'iridectomie dans le glaucome, essentiellement lorsqu'il s'agit d'un glaucome absolu, sur des yeux fort douloureux et qu'il répugne d'enlever. Ici la sclérotomie est substituée à une iridectomie en quelque sorte fictive, à cause de l'atrophie avancée du tissu iridien. Il est incontestable qu'en pareil cas l'énucléation est rendue inutile grâce à la sclérotomie, qui remplace complètement l'opération anti-glaucomateuse usuelle, celle-ci étant de beaucoup plus dangereuse lorsque la pression interne est très accusée, et pouvant même parfois stimuler les douleurs par suite de la subluxation du cristallin ou de l'enclavement des débris d'iris atrophié suivi d'une cicatrisation cystoïde des plus prononcées.

Quelques-uns de vous, messieurs, se rappelleront avoir vu opérer, il y a peu de temps, un malade atteint de décollement rétinien sur les deux yeux. Du côté droit, où le décollement qui s'était complété avait été suivi de l'établissement d'une synéchie postérieure totale avec cataracte, il éclata

soudainement des phénomènes glaucomateux accompagnés de douleurs intolérables qui privèrent le malade pendant plusieurs nuits de sommeil. La simple sclérotomie le débarrassa de toute irritation, et non seulement on put ainsi lui conserver son œil, mais encore on lui épargna la difformité qui serait résultée d'une large iridectomie, celle-ci devant avoir pour effet de mettre à nu la cataracte sur une vaste étendue.

2° La sclérotomie trouve encore une indication indiscutable, lorsqu'il s'agit d'yeux atteints d'irido-choroïdite sympathique sur lesquels des phénomènes glaucomateux ont éclaté, et où l'iridectomie est rendue impossible par suite de l'accollement de l'iris dans toute l'étendue de la surface du cristallin (voy. p. 157). Un praticien expert ne tentera plus ici un arrachement qui, en admettant même qu'il ait réussi, n'arrête pas les progrès de l'inflammation ; tandis que, par une ou plusieurs sclérotomies successives, nous pourrons, en pareil cas, calmer les douleurs, et permettre à cette crise inflammatoire de s'apaiser, sans qu'elle éteigne toute chance de salut.

Pour ce qui regarde ces deux indications, la sclérotomie doit forcément prendre la place de l'iridectomie, cette dernière étant d'ailleurs, dans ces conditions, d'une exécution absolument illusoire.

3° La sclérotomie peut aussi être avantageusement substituée à l'iridectomie dans les cas de glaucome chronique simple, et cela principalement lorsque la maladie est à son début, ou bien, au contraire, si elle a déjà fait de très grands progrès. S'agit-il d'un cas où le champ visuel se montre à peine rétréci, l'acuité visuelle n'ayant encore guère souffert, mais où l'inspection de l'œil révèle une profonde excavation, alors que la tournure prise par la maladie sur l'autre œil ne permet plus aucune vision? Il est ici formellement indiqué de pratiquer la sclérotomie et d'avoir recours à une longue cure d'ésérine ou de pilocarpine (ce dernier collyre étant formulé à 20 centigrammes pour 4 grammes).

En pareille circonstance l'exécution d'une iridectomie entraînerait facilement une diminution de la vue d'autant plus pénible que le malade ne dispose que d'un seul œil. Cette dépréciation visuelle est essentiellement produite par l'astigmatisme que provoque l'iridectomie, et est encore accentuée par l'éblouissement qu'entraîne la mise à découvert d'une large partie excentrique du cristallin.

Un fait à noter c'est que, dans le glaucome chronique simple, nous retrouvons la même indication précisément dans des conditions absolument opposées, c'est-à-dire lorsque l'amoindrissement de la vision est déjà sensible, et que le champ visuel est rétréci jusqu'à atteindre le voisinage du point de fixation. Ici la détérioration très notable que les changements de nutrition dus à l'iridectomie entraînent du côté du nerf optique, se manifeste souvent par une accentuation soudaine du rétrécissement, de façon que la limite interne de celui-ci franchit le point de fixation, et que la lecture devient impossible.

La simple sclérotomie doit incontestablement ici être encore préférée : car déjà *de Graefe* avait observé cette fâcheuse action de l'iridectomie sur des yeux glaucomateux lorsqu'en même temps il y avait myopie (voy. *Mauthner*[1]). N'oublions pas non plus de noter que sous l'influence de l'iridectomie, surtout s'il existe simultanément avec le glaucome des opacités du cristallin déjà assez accusées, celles-ci augmentent sans aucun doute après l'opération, et amènent encore une diminution très sensible de la vision.

4° Sans contredit, il faut remplacer l'iridectomie par la sclérotomie, lorsque la découverte d'hémorrhagies dans l'œil et la marche de l'affection glaucomateuse ne nous laissent pas le moindre doute sur l'existence d'une forme pernicieuse de glaucome, dans laquelle de fortes hémorrhagies peuvent amener des accidents formidables, comme il arrive particu-

1. *Aphorismen zur Glaucomlehre. Archiv für Augen- u. Orenheilk.*, t. VII, 1, p. 144.

lièrement pour la buphthalmie ou l'hydrophthalmie congénitale.

Ainsi que vous en pouvez juger, messieurs, je tends à substituer la sclérotomie à l'opération anti-glaucomateuse par excellence dans tous les cas où la première présente de sérieux avantages, en sorte que l'observation du professeur *Mauthner* ne saurait être regardée comme justifiée, lorsqu'il dit : « *De Wecker* même, le premier instigateur de la sclérotomie, n'a pas accordé à cette opération les conséquences qu'on aurait dû lui croire réservées ».

C'est avec une grande satisfaction que je vois des hommes d'une aussi haute valeur donner à cette opération des applications plus étendues que je ne l'avais fait moi-même ; mais je crois que si la sclérotomie est appelée à occuper une place importante dans la chirurgie oculaire, c'est tout d'abord en se substituant à l'iridectomie lorsque celle-ci offre manifestement des inconvénients. Ayant alors prouvé sa parfaite efficacité, elle ne tardera pas à remplacer une opération de beaucoup moins conservatrice, ainsi que l'est incontestablement l'excision de l'iris.

Les cas où, suivant le professeur *Mauthner*, la sclérotomie doit déjà actuellement prendre la place de l'iridectomie sont les suivants :

1° « Dans l'état prodromique du glaucome, lorsque, entre les attaques inflammatoires, il existe encore une fonction visuelle tout à fait intacte ;

2° « Dans le glaucome simple, si la vision centrale et périphérique est encore à peu près normale ;

3° « Lorsqu'il s'agit d'un glaucome chronique, le champ visuel ayant atteint, même d'un côté seulement, le voisinage du point de fixation ;

4° « Dans l'hydrophthalmie congénitale.

« Dans le premier et le deuxième cas, le coloboma est susceptible de réduire d'une façon très sensible l'acuité visuelle. Dans le troisième la situation est telle qu'il faut re-

douter la chute de l'épée de Damoclès. Pour le quatrième l'opération est capable de détruire l'œil. Dans certaines formes de glaucome secondaire, par exemple à la suite de luxation et de choroïdite séreuse, ainsi que dans le glaucome hémorrhagique, et enfin dans le glaucome absolu, les adhérents conditionnels à la sclérotomie préféreraient aussi probablement celle-ci à l'iridectomie. Mais, en outre, les adeptes les plus absolus de la sclérotomie ne penseront pas que dans des cas exceptionnels, comme le glaucome aigu peut en donner l'exemple, la chambre antérieure étant excessivement étroite, l'exécution de la sclérotomie puisse être rendue presque impossible, et que, pour sauver le principe, il faille exposer l'œil à un danger. Non-seulement la sclérotomie est exécutable dans un pareil cas de glaucome aigu ; mais encore elle jouit aussi d'une parfaite efficacité, ainsi que le prouve l'observation fournie par la première catégorie de cas. »

On voit donc que nos opinions ne diffèrent guère de celles de notre confrère de Vienne. Ce qui, à notre avis, aidera beaucoup la sclérotomie à se répandre, sera la combinaison de cette opération avec des cures prolongées d'ésérine ou de pilocarpine adjointes à l'usage de la quinine.

QUINZIÈME LEÇON

SCLÉROTOMIE (SUITE). OPÉRATION DU DÉCOLLEMENT RÉTINIEN. DRAINAGE. NÉVROTOMIES

Opération du décollement rétinien. Historique.

Appropriée à *l'opération du décollement de la rétine*, la sclérotomie peut trouver une application des plus rationnelles, si on la combine à la fois avec l'emploi du bandeau compressif, le décubitus dorsal et un traitement mercuriel proportionné aux forces du malade.

C'est *Sichel* père[1] qui, le premier, recommanda la sclérotomie contre le décollement de la rétine; mais il se proposait ainsi d'agir à l'instar de ce que, déjà trente ans auparavant, *Mackenzie* avait conseillé, c'est-à-dire à l'aide d'un couteau lancéolaire, de faire échapper le liquide sous-rétinien, sur des yeux que l'on savait être atteints de décollement, et qui devenaient le siège de symptômes glaucomateux. Cette opération, conseillée par *Sichel*, ne visait pas autre chose que de rendre à des yeux perdus leur allure antérieure, sans avoir pour cela la prétention d'enrayer le mal; il n'appliquait même pas ici le raisonnement très juste qu'avait tenu *Mackenzie*, lorsqu'il voulait par sa sclérotomie détendre les membranes de l'œil trop distendues et obtenir ainsi une guérison.

Ces opérations, comme je l'ai entendu exposer en 1859 par *Sichel* lui-même, n'étaient nullement exécutées dans le but de rendre la vision (ainsi que le prétend M. *Hirschberg*[2]); mais elles furent très peu de temps après recommandées par *Kittel*[3] et de *Arlt* pour des cas récents, où l'on cherchait surtout à obtenir une restitution ou une amélioration de la vue perdue. Pendant une certaine période, elles furent délaissées pour la dilacération rétinienne; mais on les a depuis reprises, et actuellement elles constituent la méthode la plus répandue qui est mise en usage pour traiter chirurgicalement le soulèvement de la rétine.

L'observation qu'on avait faite que les cas de décollement qui offraient le plus de tendance à rester longtemps stationnaires, et qui se montraient même susceptibles parfois de rétrograder partiellement, étaient ceux dans lesquels une déchirure de la rétine s'était produite, de manière à laisser communiquer le liquide sous-rétinien avec celui placé au-dessus de la membrane détachée, engagea *Bowman* et *de*

1. *Clinique Europ.*, n° 29, 1860.
2. *Archiv für Augenheilkunde*, t. VIII, 1, p. 58.
3. *Wiener med. Zeitschrift*, n° 22, 1860.