

obliquement, et l'on comprend pourquoi les malades se plaignent de l'altération, peu considérable au reste, de leur vue.

Si l'un des yeux est sain, l'opération ne doit pas être pratiquée : l'œil opéré serait toujours plus faible que l'autre et se dévierait. En outre on exposerait le malade à des accidents qui peuvent être graves et même se répéter sur l'œil sain. Si les deux yeux étaient perdus, la triste situation du sujet justifierait seule l'opération.

On a observé à la suite de l'abrasion : une violente ophthalmie traumatique, revenant à plusieurs reprises ; la suppuration de la plaie ; l'onyx ; la rupture des lames profondes de la cornée ; l'hyppopyon ; la kératocèle simple ou multiple ; la fistule de la cornée et l'écoulement de l'humeur aqueuse pendant plusieurs jours ; la hernie simple ou multiple de l'iris, et plus tard une synéchie antérieure plus ou moins complète avec oblitération partielle ou totale de la pupille ; enfin le staphylome opaque.

M. Magne, dans une lettre adressée à la *Gazette des hôpitaux*, établit que le leucome et l'albugo varient non-seulement quant à l'épaisseur, mais encore quant à la nature de l'opacité ; celle-ci étant due, dans le leucome, à la cicatrice d'un ulcère, et, dans l'albugo, à une collection de sérosité épaisse : il en conclut que le premier est absolument incurable, tandis que l'autre, l'albugo, se trouve dans les conditions les plus favorables à l'abrasion. D'abord il faut se reporter à ce que nous avons dit de ces opacités cornéales, qui sont dues à une simple déposition de lymphes, et, le cas échéant, se borner à des scarifications selon le procédé de Demours.

Ajoutons que l'abrasion est extrêmement laborieuse, et qu'à chaque instant de l'opération on est exposé à pénétrer dans la chambre antérieure.

Manuel opératoire. Les paupières doivent être maintenues écartées ; le globe oculaire est fixé par des érignes, comme dans l'opération du strabisme. On saisit la cornée avec une pince à dents de souris, et l'on procède à la dissection au moyen d'un couteau à cataracte. Le chirurgien ne doit pas oublier qu'il taille une surface convexe. M. Rognetta n'a pu parvenir à enlever une lamelle de la cornée, sur des lapins, sans pénétrer dans la chambre antérieure.

M. Szokalski se sert d'un couteau lancéolaire, en guise de grattoir. L'épiderme cornéal se laisse aisément enlever sur le cadavre, mais il est beaucoup plus adhérent sur l'homme vivant, et, dans le cas où il est opaque, il présente souvent une telle résistance à l'instrument que l'on ne peut le détacher en une seule séance. La substance propre de la cornée cède encore plus difficilement au raclement, à ce point que le retour de la transparence doit être plutôt attribué à un effet d'absorption interstitielle qu'aux résultats méca-

niques de l'opération. Sur trente-deux yeux opérés avec le grattoir, M. Szokalski compte quinze succès, huit demi-succès et neuf revers, parmi lesquels quatre fois seulement il eut à combattre des accidents graves dans les parties profondes de l'œil. M. Szokalski conseille d'opérer en plusieurs séances, avec un extrême ménagement, et de s'éloigner du pourtour de la cornée. Des végétations épithéliales de la cornée peuvent être enlevées avec succès par le raclement.

En définitive, les taches superficielles (néphélium, nuage, nubécule) sont curables jusqu'à un certain point par des applications répétées de nitrate d'argent, le laudanum, les insufflations excitantes de calomel, de sucre candi etc. ; il est extrêmement douteux que l'abrasion donne jamais des résultats avantageux dans le traitement des taches étendues à toute l'épaisseur de la cornée (albugo, leucome).

Séton dans l'épaisseur de la cornée. C'est encore Demours qui paraît y avoir eu recours le premier. Une de ses observations a été publiée par M. Delarue. Les paupières fixées, une très-petite aiguille à suture, aplatie et munie d'un bout de fil, est plongée perpendiculairement dans la cornée, puis conduite obliquement à travers les lames de cette membrane, où on laisse le fil en place pendant plus ou moins longtemps. Dans le cas précité, le fil resta en place six semaines et la cornée reprit en grande partie sa lucidité.

Trépanation. Érasme Darwin a proposé d'enlever un disque de la cornée devenue opaque, dans l'espoir mal fondé que la cicatrice serait transparente. L'expérience n'en a pas été tentée.

Excision de la cornée. On y a recours dans l'hydrophthalmie et dans le staphylome de la cornée. On peut enlever toute la cornée ou n'en exciser qu'une partie.

Les raisons qui justifient cette opération sont : les douleurs violentes que la distension de l'œil occasionne ; les inflammations permanentes qu'entretient l'exophthalmie, commune aux deux maladies ; enfin le désir de corriger une difformité, l'opération permettant l'apposition d'un œil artificiel.

Procédé de Scarpa. On forme un lambeau cornéal, et on l'excise avec de petits ciseaux. On pourrait terminer l'opération sans changer d'instruments ; la première incision faite, il est facile d'exciser toute la membrane, si on le juge convenable.

Procédé de Carron du Villards. Ce chirurgien se sert d'un bistouri courbe de Pott, non boutonné, qu'il enfonce dans l'œil à

0^m,006 en dehors de l'insertion de la cornée à la sclérotique; il le fait sortir à la même distance du côté opposé et le retire vivement en coupant l'espace intermédiaire; l'œil se trouve ainsi divisé transversalement. Il ne reste plus qu'à saisir chaque lambeau, que l'on excise avec des ciseaux courbes sur le plat. On obtient de cette manière une perte de substance semi-elliptique très-allongée, dans laquelle l'iris est compris.

Il est très-important, dans tous les cas, d'enlever une portion assez considérable du staphylome; autrement la plaie se resserre et la tumeur se forme de nouveau.

On a conseillé de jeter une ligature autour du staphylome de la cornée. Cette méthode ne nous paraît pas avantageuse.

Dans un cas de staphylome complet de la cornée, M. Ed. Meyer a eu recours à une opération moins radicale qui lui a donné un beau succès, présenté à la Société de chirurgie. Mettant à profit la rétractilité du tissu cicatriciel pour affaisser la proéminence de la cornée, il a excisé, à l'aide d'une petite curette tranchante sur les bords, les lames superficielles de cette membrane, en ménageant les lames profondes. Cette excision, qui ressemble beaucoup à une abrasion, ne fut faite que sur un point de la cornée et donna lieu à une petite plaie en cupule, assez semblable à une ulcération, dont la cicatrisation amena, par son retrait, un affaissement très-notable de la membrane.

Cette opération mérite d'être répétée malgré sa difficulté.

Excision d'un lambeau opaque de la cornée. Ce procédé a été proposé et exécuté par Dieffenbach, qui se livra d'abord à des expériences sur les animaux. Une petite fille de deux ans avait un leucome central de la cornée. Il passa une aiguille dans un point peu éloigné du bord du leucome, à travers la cornée; cette aiguille était munie d'un fil qu'il laissa dans la plaie. Il plaça ainsi plusieurs fils. Le leucome fut ensuite circonscrit inférieurement au moyen d'une incision pratiquée avec le couteau, et l'opérateur acheva de l'exciser avec des ciseaux fins; puis on noua les fils, que l'on coupa près des nœuds. On eut recours préventivement à un traitement antiphlogistique énergique. L'enfant recouvra, dit-on, la vue de l'œil opéré, qui ne conserva plus qu'une petite tache. M. d'Ammon blâme cette opération; il dit avec raison que celle de la pupille artificielle, dans le cas dont il s'agit, serait moins grave et beaucoup moins incertaine.

Cornée artificielle. Les idées les plus extraordinaires ont témoigné de l'esprit d'invention, et souvent aussi du peu de con-

naissance des lois organiques, de certains ophthalmologistes. Que dire de Pellier et de Nusbaum qui ont proposé de substituer à la cornée opaque une cornée de cristal?

Wutzer (de Bonn), Kissiam (de New-York), Plouviez (de Lille), ont eu recours à des cornées de brebis, de porc et de chien. Est-il besoin de dire qu'aucune de ces opérations n'a réussi?

IRIDECTOMIE.

On donne ce nom à l'excision d'une portion plus ou moins considérable de l'iris.

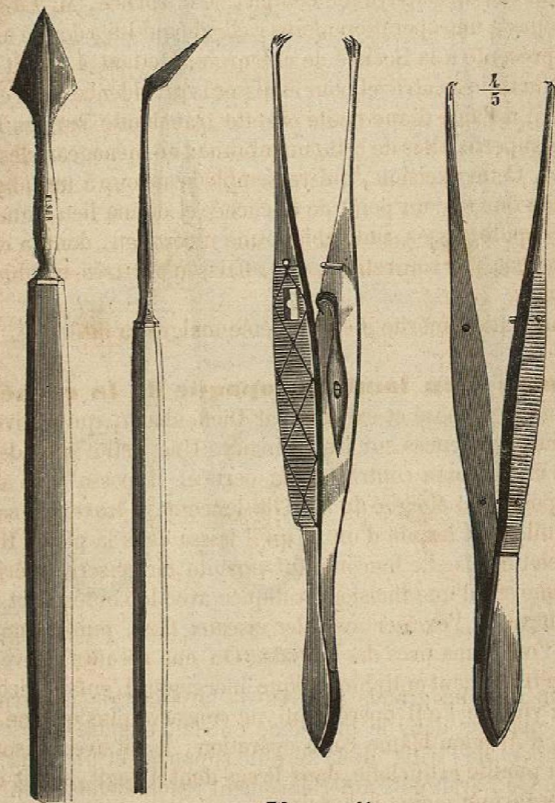


Fig. 428.

Pratiquée pour la première fois par Wentzel père, en 1780, cette opération a été diversement modifiée, aussi longtemps qu'elle n'était