

## CHAPITRE IV

## PETITE CHIRURGIE

§ 454. — La petite chirurgie oculaire comprend l'application des bandages, des pansements ou des topiques et la pratique des petites opérations courantes.

**Bandages.** — Le binocle, le monocle, les bandeaux flottants, tels sont les divers appareils capables de produire l'occlusion, la compression des yeux ou la contention des pansements.

Le *binocle* classique comporte des renversés ; il n'est pas pratique. Le binocle ordinaire fait avec des bandes de flanelle, de toile, de coton ou de gaze, sans renversés, est de beaucoup préférable. Il comprend, en somme, des huit de chiffres s'entre-croisant à la racine du nez, embrassant dans leurs anneaux les régions auriculaires et se terminant par des circulaires. Le bandage ne comprimera pas les oreilles et restera médiocrement serré.

Le *monocle* a besoin d'être largement appliqué ; ses tours de bande doivent monter graduellement de l'oreille à la racine du nez et devenir progressivement moins obliques jusqu'à se terminer horizontalement.

Le *bandeau* est maintenu simplement flottant devant les yeux, arrêté par des épingles, des lacs ou les circulaires d'une bande étroite. Nous substituons les bandes en toile aux bandes de flanelle ; des bandes excellentes sont celles qui sont faites avec le crêpe « Velpeau » ou avec un coton souple spécial ; nous donnons la préférence aux tissus blancs, qui exigent d'être changés souvent. On emploiera avec avantage pour certains pansements des rondelles de tarlatane maintenues sur l'œil avec du collodion (Vacher).

**Saignée.** — La saignée a pour but de produire une déperdition sanguine capable de diminuer la congestion oculaire.

La *saignée générale* était autrefois fort en vogue ; de nos jours, elle semble trop complètement abandonnée. Elle s'adresserait, le cas échéant, plus à la congestion cérébrale qu'à sa manifestation oculaire ; pour la phlébotomie, on pourrait alors choisir, comme d'ordinaire, la veine médiane céphalique, la saphène interne, la préparate, etc. La saignée générale ne présente, pour l'œil isolé, aucune indication nette, mais peut être indirectement utile. La *saignée locale* est beaucoup plus employée. Elle diminue la congestion oculaire, facilite sa circulation et favorise l'absorption médicamenteuse directe ; elle agit enfin contre la douleur et l'inflammation. On emploie les ventouses scarifiées, les sangsues artificielles et les sangsues naturelles.

Les *ventouses* doivent être petites et appliquées à la tempe ; celle de Heurteloup est spécialement construite pour cette région. Les ventouses seront souvent scarifiées, c'est-à-dire que la partie de la peau tuméfiée par l'aspiration sera sectionnée superficiellement et parallèlement.

Les *sangsues* naturelles tirent de 10 à 15 et 20 grammes de sang ; incisées durant la succion, elles peuvent en absorber jusqu'à 30 ou 40 grammes. Les sangsues artificielles ont une portée analogue. On les applique d'ordinaire à la tempe vers l'apophyse orbitaire externe ou derrière l'apophyse mastoïde.

La saignée locale se pratique sur l'œil par des scarifications, à la tempe avec les ventouses ou les sangsues, vers l'apophyse orbitaire externe ou à la région mastoïdienne avec des sangsues. La région orbitaire étant en connexion vasculaire avec l'œil et la région mastoïdienne avec le cerveau, la saignée locale aura une action directe et indirecte. Conjonctivale, péri-orbitaire et temporale, la saignée n'offre qu'un effet temporaire faible. On doit y recourir chez des sujets vigoureux, à la période d'acmé inflammatoire, et d'une façon généreuse.

Il serait très fâcheux de saigner un anémique, peu rationnel d'agir à la période de début des maladies et dangereux de le faire trop faiblement. On sait, en effet, que les ventouses ou les sangsues ont au début une tendance congestive et que

la réaction inflammatoire qui suit leur action peut être excessive. Cette réaction est très importante à connaître et à éviter chez les sujets vigoureux ou pléthoriques ; elle pourrait être vive et amener une inflammation redoutable. On doit employer, chez les sujets adultes, de 8 à 10 sangsues pour une action déplétive appréciable.

Les ventouses et les sangsues sont indiquées dans les lésions congestives de la conjonctive, du tractus uvéal, dans le glaucome, dans les rétinites et les névrites cérébrales.

Quand le cerveau est en jeu, les sangsues à la région mastoïdienne ou à l'anus sont très utiles ; dans le cas contraire, la région orbitaire est préférable.

On choisit l'apophyse mastoïde dans les affections profondes, choroïdites, névrites optiques, à cause de la veine émissaire de Santorini, qui, à travers le trou mastoïdien, aboutit au sinus transverse et de là au sinus caverneux, à l'ophtalmique et aux artères ciliaires postérieures.

Dans les inflammations du segment antérieur, les scarifications conjonctivales sont souvent préférables aux sangsues. Les blépharo-conjonctivites strumeuses, granuleuses, blennorrhagiques, les kératites panneuses, etc., s'en trouvent bien. Dans l'ophtalmie granuleuse, les scarifications seront profondes et suivies de massage, de râclage ou de curettage.

**Scarifications.** — Après cocaïnisation, la paupière supérieure est retournée à fond et sectionnée, en traînées obliques distantes de 1 à 2 millimètres, avec le scarificateur ou le bistouri, d'arrière en avant. On laisse saigner quelques instants puis on applique des compresses froides. Les scarifications peuvent être renouvelées tous les deux jours.

**Râclage. Curettage.** — On les applique aux granulations lymphoïdes ou fongueuses, avec ou sans scarifications préalables ; au moyen de l'ongle, du cristal de cuivre, on éviderait en quelque sorte la conjonctive et on en fera l'expression. Les résultats sont excellents. Si quelques points sont spécialement fongueux, on en pratiquera l'abrasion avec une curette de Volkmann. Le râclage et le curettage sont également

utiles dans le traitement des chalazions, des dacryocystites, des abcès, etc..

**Cathétérisme.** — Le cathétérisme n'est pas un simple tour de main ; il exige des manœuvres méthodiques et une connaissance exacte de la disposition du canal, de ses irrégularités et des obstacles qu'il peut présenter. Le canal nasal est oblique en bas, en dehors et en arrière ; le sac continue cette direction et reçoit perpendiculairement les conduits lacrymaux. La sonde devra donc suivre ce chemin accidenté. Elle arrivera plus aisément le long du canal par le conduit supérieur, oblique sur le canal nasal, que par le conduit inférieur, perpendiculaire à ce dernier. On la recourbera d'autant plus que la saillie sourcilière sera plus marquée.

Il importe d'abord d'assurer l'introduction facile du stylet dans le canalicule lacrymal, par l'un des trois moyens suivants : 1° la dilatation du point lacrymal avec le stylet conique pointu, qu'on roule entre les doigts comme une vrille ; 2° le débridement très minime du point lacrymal seulement ; 3° le débridement du canalicule lacrymal tout entier, jusqu'au sac lacrymal, *exclusivement*.

Cette opération préliminaire terminée, on procède au cathétérisme. Les sondes peuvent être introduites, soit par le point lacrymal inférieur, soit par le point lacrymal supérieur, mais il est des cas où le choix n'est pas possible et où le passage de la sonde ne peut se faire que par l'un des deux canalicules ; il importe donc d'être familiarisé avec les deux méthodes.

Quand la sonde lacrymale n'est pas laissée à demeure dans le canal nasal, on ne maintient le cathétérisme que vingt à trente minutes ordinairement, mais celui-ci doit être répété tous les deux jours et pendant un temps plus ou moins long.

Lorsqu'il existe un peu d'inflammation de la muqueuse des conduits, il n'est pas bon de commencer la dilatation en se servant des sondes les plus fines, car celles-ci exposent aux fausses routes de la même manière que le stylet d'Anel. Le n° 2 est un bon numéro de début, et il est généralement superflu de dépasser le n° 3.

La manœuvre de l'introduction est la suivante pour le canalicule inférieur : la sonde, graissée, pénétrera dans le canalicule lacrymal, suivant une direction d'abord verticale dans le point lacrymal, puis transversale de dehors en dedans, à travers le conduit lacrymal. Pendant ce temps, le doigt de la main inoccupée attire légèrement en dehors le bord de la paupière sur laquelle on opère. Lorsque l'on sentira la sonde heurter contre un obstacle qui doit être le fond du sac lacrymal, on la relèvera verticalement, et il ne restera plus qu'à

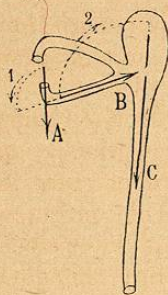


FIG. 68. — Cathétérisme de l'œil droit.

A. B. C. Directions successives de la sonde lacrymale.

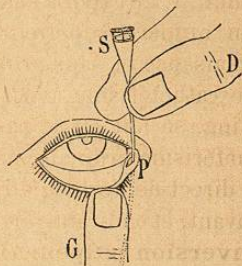


FIG. 69. — Cathétérisme de l'œil droit.

S. Sonde lacrymale; P. Point inférieur; D. Main droite; G. Main gauche.

l'enfoncer fermement, sans violence toutefois, dans cette même direction.

Si la sonde, ramenée dans la position verticale, semble glisser sur le point d'appui et ne s'enfonce pas dans le canal nasal, il faut en conclure que son extrémité n'avait pas pénétré dans le sac, mais avait buté contre un repli du canalicule dont la muqueuse avait été mal tendue par le doigt chargé de tirer sur la paupière. On devra alors revenir aussitôt à la première position, faire pénétrer le stylet à fond, jusque sur l'unguis, en tendant bien la paupière, puis relever, *en maintenant toujours le bord palpébral tendu.*

Dans toutes ces manœuvres, il faut procéder avec douceur, s'arrêtant à chaque obstacle pour reculer légèrement, puis avancer de nouveau, prudemment, afin d'éviter les fausses routes et les déchirures de la muqueuse. Pour éviter ces accidents, il sera parfois bon de ne pas passer la sonde le jour même ou l'on aura fait le débridement du canalicule, car l'instrument pourrait pénétrer dans l'épaisseur du tissu cellulaire qui sépare la peau de la muqueuse du canal et produire un décollement plus ou moins étendu. On attendra alors jusqu'au lendemain que le trajet de l'incision soit complètement cicatrisé.

Enfin, il ne faudra songer à passer d'un numéro inférieur à un numéro supérieur que lorsque le premier pénétrera avec aisance et sans provoquer trop de douleur.

Le cathétérisme avec le couteau de Weber, ou mieux de Stilling, se fait en se basant sur les mêmes principes que le cathétérisme ordinaire, mais en sectionnant, en outre, le tendon direct de l'orbiculaire sur le tranchant du couteau tourné en avant, et en tirant vers la tempe la commissure palpébrale.

**Inversion palpébrale.** — Il n'est pas rare, chez quelques adultes et surtout chez les vieillards à peau lâche et maigre ou à réflexes excessifs, de rencontrer une sorte d'entropion aigu de la paupière inférieure avec trichiasis. Cet état peut entretenir des inflammations oculaires ou créer, après une opération cornéenne, de redoutables lésions. Il faut à tout prix redresser la paupière. On emploie à cet effet le diachylon, le collodion, qui maintiennent longtemps le renversement palpébral obtenu par l'action du doigt. Le diachylon glisse et le collodion est insuffisant. Des pinces serre-fines sont parfois conseillées. Il vaut mieux faire usage des sutures de Gaillard, c'est-à-dire de sutures passées de haut en bas sous la peau de la paupière et serrées fortement de manière à plisser la peau et à produire l'éversion du bord ciliaire. On laisse les fils tomber d'eux-mêmes, et la cicatrice qui en résulte maintient la paupière en position normale. L'application profonde d'une raie de feu pratiquée horizontalement à 3 mil-

limètres du bord ciliaire, donne généralement aussi d'excellents résultats.

**Arrachement ou destruction des cils.** — L'arrachement se fait avec une pince à mors larges et plats; il suffit de saisir les cils à la base et de les arracher d'un petit coup sec. Quand ils repoussent en direction vicieuse, on peut les détruire par divers moyens. Le plus souvent, on introduit à leur base et dans la direction de leur bulbe une aiguille rougie par la flamme d'une lampe à alcool ou par le courant galvanique. On obtient le même résultat en employant, pendant quelques minutes, un faible courant continu, de façon à produire une action électrolytique. Deux aiguilles, positive et négative, peuvent être employées simultanément; mais il vaut mieux appliquer seulement une aiguille reliée au pôle négatif, le pôle positif étant tenu à la main par le patient ou maintenu exactement sur le front.

**Corps étrangers de la conjonctive.** — Ces corps étrangers sont de nature variable: poussières de charbon, paillettes de fer, grains de blé, d'orge, d'avoine, débris de toutes sortes. Ils restent souvent dissimulés dans les replis des culs-de-sac conjonctivaux et deviennent parfois d'autant plus difficiles à extraire qu'ils provoquent du larmoiement, du blépharospasme, de la douleur et de l'inflammation.

Dès que l'on suppose, par la sensation ou les symptômes accusés par le patient, qu'un corps étranger peut se trouver sur la conjonctive, on retourne les paupières et on examine leur surface muqueuse, surtout le cul-de-sac supérieur où il se loge de préférence, à moins qu'il n'ait pénétré dans les tissus. On l'enlève facilement d'habitude avec le premier objet moussé et propre qui se trouve sous la main, ou mieux avec une petite curette spéciale.

**Corps étrangers de la cornée.** — Ils sont ordinairement incrustés à la surface ou dans l'épaisseur de la membrane transparente. Ce sont surtout des paillettes de fer, des grains de sable, des débris de pierre, etc.; on les retire aisément avec la gouge ou l'aiguille à cataracte.

La cornée étant cocaïnisée et bien éclairée, on met en évidence le corps étranger que l'on mobilise en pressant légèrement; s'il est très incrusté, on peut manœuvrer avec la pointe de l'aiguille à cataracte comme avec un levier. Il est prudent toutefois d'agir quelque peu tangentiellement, afin de ne pas pénétrer dans la chambre antérieure. Si le corps étranger fait saillie dans la chambre antérieure, il vaut mieux, pour éviter sa chute dans la cavité, l'extraire par une petite paracentèse ou une ponction périphérique pratiquée à son niveau avec une aiguille dont la pointe vient pousser le corps étranger d'arrière en avant. Dans le cas de corps magnétiques, fer ou acier, profondément engagés, l'aimant rendra de grands services.

Quand un débris de fer ou d'acier est demeuré plus de vingt-quatre heures en place, il s'entoure ordinairement d'un petit halo rouillé. Celui-ci persiste après l'extraction du corps étranger et correspond à une petite eschare cornéenne qui constitue elle-même un véritable corps étranger. Il faut alors, pour faire cesser tous les symptômes irritatifs du côté de la cornée, soigneusement gratter et enlever toutes les parties altérées.

**Corps étrangers intra-oculaires.** — Ceux-ci siègent dans la chambre antérieure, le cristallin ou le vitré; leur ablation relève de la grande chirurgie et sera étudiée dans le chapitre suivant, avec les opérations spéciales.

---

## CHAPITRE V

### AIMANT ET ÉLECTRO-AIMANT

§455. — L'aimant naturel était, autrefois, paraît-il, incorporé dans certains topiques contre les ophthalmies (Pline) et les