

Procédés. — On emploie des aimants ou un électro-aimant. L'appareil de Hirschberg est représenté par un petit instrument dont la force électro-motrice est fournie par un simple élément zinc-charbon, qui paraît généralement suffisant. On pourrait augmenter la puissance de cet aimant, qui est d'un maniement commode, en l'actionnant par des accumulateurs, ou même en empruntant une partie du courant fourni pour l'éclairage de l'appartement, selon le conseil de Deschamps, de Grenoble.

L'électro-aimant de Hirschberg doit être introduit directement dans l'œil par la plaie accidentelle ou une incision spéciale. Une prise magnétique peut suffire, mais parfois plusieurs tentatives deviennent nécessaires; leur danger est peu considérable.

Des aimants très puissants ont été préconisés par Haab, Schmidt-Rimpler. Ils ont l'avantage d'agir extérieurement, par apposition contre la plaie ou l'incision de l'œil, et sans pénétrer dans son intérieur; mais les désordres résultant d'un courant intense sont souvent fâcheux.

Les petits appareils analogues à ceux de Hirschberg restent donc préférables. Sulzer a même proposé d'augmenter leur action magnétique en rapprochant leurs pôles. L'électro-aimant de Chardin paraît très suffisant. On croyait qu'on ne pourrait extraire que des corps étrangers de poids supérieur à 40 ou 45 milligr.; Rohmer vient d'enlever un petit copeau de fer ne pesant pas plus de 4 milligr.

Il importe d'agir aseptiquement et avec dextérité. Pour opérer sur le segment antérieur, il suffit d'agir sur la cornée ou dans la chambre antérieure. Pour le segment postérieur, il faut opérer à travers la sclérotique, au point où l'on suppose le corps étranger et entre les muscles droits, surtout à la région inféro-externe. Les incisions méridiennes sont préférables, le cas échéant, aux incisions équatoriales ou obliques.

On doit éviter les mouvements étendus qui entraîneraient des lésions nouvelles et, si le corps étranger vient sur l'aimant, prendre garde, en l'extrayant, de l'accrocher aux lèvres de la plaie ou de le laisser retomber dans le vitré.

CHAPITRE VI

CAUTÉRISATION IGNÉE

§456. — En chirurgie générale, le fer rouge était en honneur chez les anciens, et Hippocrate le recommande dans les cas extrêmes; Bonnet, à notre époque, en fit un usage constant et lui dut de brillants succès; on l'emploie encore journellement dans bon nombre de cas.

En chirurgie oculaire, on a été plus réservé, et il faut arriver jusqu'à Martinache et Gayet pour voir la cautérisation ignée portée sur le globe de l'œil. Martinache, en 1873, publie deux cas d'ulcères de la cornée guéris par le fer rouge et lorsque tout autre moyen avait échoué; il y revient à diverses reprises et observe que le peu de gravité des brûlures oculaires chez les forgerons eût dû faire prévoir la bénignité traumatique du fer rouge. Gayet, en 1877, ignorant les tentatives d'ailleurs peu connues de Martinache, expose, à la suite d'heureuses tentatives, sa méthode à la Société de chirurgie. Depuis lors, et grâce à lui, la cautérisation ignée, sur l'œil en général et la cornée en particulier, fut pratiquée par un grand nombre d'ophtalmologistes; elle est aujourd'hui très répandue et nous en faisons presque journellement l'emploi le plus large et le plus avantageux.

Le fer rouge est appliqué sous forme de thermo-cautère, de galvano-cautère ou de cautère actuel.

Le *thermo-cautère* est d'un maniement peu facile, d'un fonctionnement irrégulier et produit un rayonnement considérable. On obtient toutefois tous les résultats désirables en manœuvrant la soufflerie avec prudence.

Le *galvano-cautère* est commode, très maniable. Toutefois les appareils sont d'un fonctionnement souvent défectueux et son rayonnement devient parfois excessif.

Le *cautère actuel* a l'avantage d'être simple et toujours à

portée. L'application oculaire étant légère, nous employons volontiers un crochet à strabisme boutonné, rougi à la lampe. Nous usons rarement du thermo et du galvano-cautère que nous réservons pour les opérations extra-oculaires.

La cautérisation ignée est très bien tolérée par l'œil. Elle agit sur lui comme agent destructeur, comme modificateur, comme antiseptique. Elle est destructive quand elle va au rouge ou au rouge blanc, et que le contact est assez prolongé; il existe même une chaleur rayonnante dont il faut tenir compte et qui paraît agir favorablement en certains cas d'infiltration cornéenne. Elle est modificatrice quand elle est au rouge sombre et appliquée rapidement ou discrètement; elle devient alors excitante et révulsive. Enfin elle est toujours essentiellement antiseptique, car partout où on l'applique, les microbes disparaissent; il suffit du contact du fer rouge pour créer une plaie parfaitement aseptique.

On peut employer la cautérisation ignée dans diverses affections de l'œil et des annexes.

Certains *cancers* très vasculaires de l'orbite peuvent être ainsi enlevés au fer rouge, sans hémorrhagie importante.

Dans les *tumeurs vasculaires* des paupières ou de la conjonctive, la cautérisation ignée détermine une rétraction cicatricielle curative; enfin certaines *granulations discrètes*, isolées, sont assez aisément détruites.

Le *trichiasis* qui résulte de la simple déviation originelle ou accidentelle des cils sera guéri par destruction avec une aiguille rougie portée sur les bulbes correspondants.

L'*entropion* cicatriciel ou scléreux léger est souvent traité par une section linéaire profonde pratiquée horizontalement à quelques millimètres du bord ciliaire. La section ignée doit comprendre une bonne partie de l'épaisseur du tarse. La peau peut être divisée préalablement au bistouri, ce qui vaut mieux, ou bien sectionnée directement au fer rouge.

Les *dacryocystites* sont heureusement modifiées par la cautérisation du sac; toutefois cette cautérisation est trop destructive et oblitérante pour se justifier dans les cas ordi-

naires; on la remplace alors par le curettage seul ou aidé de la cautérisation au nitrate d'argent.

Les *fistules lacrymales* anciennes sont parfois guéries par la cautérisation de leur conduit. Nous avons obtenu quelques succès, mais il vaut mieux, après cathétérisme, aviver profondément l'orifice et appliquer des sutures soignées. Le cautère peut aussi agir comme *révulsif*, appliqué en pointes autour de la cornée, dans certaines kératites, cyclites, choroidites ou sclérites. Il est enfin très utile dans le traitement direct des ulcères graves de la cornée et comme traitement complémentaire du ptérygion. Les *ulcères torpides* de la cornée se trouvent bien parfois d'une cautérisation discrète. « Le premier cas, disait Gayet, où j'ai observé la cautérisation ignée est celui d'un ulcère atonique qui, depuis cinq mois, allait en s'approfondissant, ainsi qu'en témoignait l'état pulpeux et grisâtre de la lésion. Une seule cautérisation avec l'aiguille de fer rouge a suffi pour amener la cicatrisation après chute de l'eschare. » Nous avons obtenu dans plusieurs cas analogues un excellent résultat.

L'ignicaustie est encore utile et parfois nécessaire dans les *ulcères serpigneux ou phagédéniques*. Ces ulcères ont une marche étendue et menacent la cornée d'une destruction totale par nécrose moléculaire généralisée ou par section nécrosique circulaire. Un ou plusieurs attouchements au rouge, aidés des moyens antiseptiques péri-oculaires et des agents favorables à la nutrition générale, amènent une guérison fréquente.

La cautérisation ignée est surtout préconisée par certains auteurs dans les *ulcères à hypopyon*.

Il faut toucher l'ulcère dans toute son étendue, même dans la zone périphérique mais ne détruire que les parties nécrosées. Il ne faut pas craindre, s'il y a lieu, de répéter la cautérisation. C'est ici d'ailleurs que l'on doit se méfier de l'action parfois excessive du thermo ou du galvano-cautère et donner la préférence au petit bouton du crochet à strabisme simplement rougi à la lampe. L'asepsie kératique ne peut évidemment être maintenue qu'en ajoutant à l'ignicaustie l'antisept-

tie complète des voies lacrymales, de la conjonctive et même, le cas échéant, de la chambre antérieure (Sæmisch).

Plusieurs chirurgiens estiment que la cautérisation ignée est plus nuisible qu'utile en ce qu'elle détruit radicalement les points de la cornée qu'elle a intéressés. Des injections sous-conjonctivales de sublimé, des applications topiques d'iodoforme et de bleu de méthylène suffiraient, pour eux, à enrayer le mal dans les cas les plus graves.

Le fer rouge trouve encore son application dans les *suppurations cornéennes, traumatiques et opératoires*. Après extraction de la cataracte, iridectomie, sclérotomie, etc., il peut toujours se produire une infiltration purulente de la plaie oculaire. Dans ces conditions, il y a lieu de se comporter comme dans l'ulcère à hypopyon et de pratiquer l'antisepsie péri-oculaire, lacrymale et conjonctivale, intra-oculaire et kératique. Les irrigations oculaires, l'ouverture de la chambre antérieure et la cautérisation ignée des lèvres infiltrées sont excellentes. La cautérisation doit être vigoureuse, profonde et répétée. On arrive ainsi à de bons résultats et on obtient ultérieurement une vision convenable. On pourra même conserver certaines cornées infiltrées, menacées de suppurations diffuses, et éviter la panophtalmie. Les injections sous-conjonctivales de sublimé, le froid et les mercuriaux sont d'ailleurs de précieux adjuvants.

Le fer rouge n'est employé dans la cure du *ptérygion* que depuis quelques années (G. Martin). Créer une plaie opératoire unie, activer la cicatrisation et au besoin modifier la nutrition et détruire les microbes, tel est le but complexe de l'application ignée. La cautérisation dans le ptérygion doit être large, mais prudente. Lorsque la lésion recouvre toute la moitié correspondante de la cornée, la pénètre profondément, il faut agir modérément avec le fer rouge et se tenir en garde contre une perforation de la chambre antérieure. L'ésérine et la compression constituent d'utiles auxiliaires.

CHAPITRE VII

ANAPLASTIE

L'anaplastie ou anaplasie — *ἀναπλάσσειν*, réfection — a pour objet de rétablir la forme des parties détruites; elle comprend l'autoplastie et la greffe ou hétéroplastie.

Elle convient, en oculistique, à un grand nombre de cas et peut être divisée en palpébrale, conjonctivale ou globale.

§ 457. **Autoplastie.** — Ici le lambeau appartient au sujet et reste pédiculé, au moins provisoirement, à son point d'origine. L'autoplastie comprend les méthodes française, indienne, italienne, qui contiennent elles-mêmes un très-grand nombre de procédés.

La *méthode française* consiste dans l'emploi de lambeaux obtenus, au niveau de la plaie à combler, par glissement, inclinaison, pivotement (Denonvilliers), ou disposés en anse (L. Tripier). Après anesthésie générale ou locale, on dissèque la peau autour de la plaie vive ou avivée, on la mobilise, puis, après coaptation exacte des bords, on suture; ou bien on taille un lambeau au niveau de la plaie, on le pédiculise largement et on le glisse ou on le fait pivoter de manière à la recouvrir exactement. Son emploi est de beaucoup le plus fréquent. On doit rechercher des lambeaux amples et souples, tenir compte des poils et observer rigoureusement les règles de l'antisepsie.

Dans la *méthode indienne* on se sert de lambeaux taillés dans le voisinage de la plaie, lambeaux que l'on applique en tordant leur pédicule comme dans la rhinoplastie frontale. On l'utilise plus rarement. Les lambeaux doivent être très amples pour tenir compte de la rétraction.

La *méthode italienne* est une autoplastie à grande distance de la plaie. P. Berger a perfectionné cette méthode italienne et renouvelé les procédés des frères Tagliacozzi en rendant ces