

QUATRIÈME PARTIE

CHIRURGIE OCULAIRE

CHAPITRE I

GÉNÉRALITÉS

§ 152. La *méthode antiseptique*, qui constitue en chirurgie le plus grand progrès des temps modernes, a été la source, dans le domaine des opérations oculaires, d'une réelle amélioration et d'une plus grande sûreté des résultats. Il est donc du devoir de tout opérateur de ne procéder que par la méthode rigoureusement antiseptique ou aseptique. Cependant, dans les opérations oculaires, il s'agit bien moins d'antisepsie que d'asepsie. En effet, on ne doit pas s'occuper de désinfecter une plaie infectée, mais de produire une plaie pure et de la préserver de l'infection.

L'infection de la plaie peut être le fait de l'opérateur et des instruments dont il se sert, ou bien elle trouve sa source dans les annexes du globe oculaire. Pour éviter la première cause, l'opérateur se lavera soigneusement les mains et les désinfectera dans une solution d'acide phénique à 4 0/0 ou de sublimé à 1/2000. Les instruments délicats, dont on se sert pour les opérations sur le bulbe, seront désinfectés de préférence en les maintenant dans de l'eau distillée bouillante; les gros instruments, on les désinfecte à l'acide phénique. Pour empêcher que l'infection de la plaie ne soit due au cul-de-sac conjonctival, il faut laver celui-ci à fond immédiatement avant l'opération, au moyen d'une solution de sublimé (1/4000). Cependant le cul-de-sac n'est véritablement dangereux que lorsque, par suite d'une affection de la conjonctive ou du sac lacrymal, il contient des produits de sécrétion décomposés. Dans ce cas, la désinfection la plus soignée ne suffit quelquefois pas pour éviter l'infection de la plaie. En effet, on ne peut être certain que tous les germes qui se trouvent dans le cul-de-sac sont détruits, vu que l'œil ne supporte guère les solutions antiseptiques concentrées, en usage pour les autres parties du corps. En outre, après l'opération, il nous est impossible d'empêcher la conjonctive de continuer à sécréter et d'intercepter absolument toute communication entre le cul-de-sac conjonctival et le sac lacrymal, et par conséquent avec les fosses nasales. Pour ce motif, si l'on se trouvait en présence d'une affection du sac conjonctival ou lacrymal, il faudrait chercher à la faire disparaître par un traitement approprié, avant de procéder à l'opération. En ce qui concerne spécialement la blennorrhée du sac lacrymal, la cure radicale en exige malheureusement un temps fort long. C'est pourquoi,

dans le but de perdre moins de temps, j'ai l'habitude d'extirper le sac lacrymal quelques jours avant l'opération, ou de le fendre, au niveau de sa paroi antérieure, et, après l'avoir convenablement nettoyé, de le bourrer de poudre d'iodoforme.

Après l'opération, on applique un pansement antiseptique. Si l'opération a été pratiquée au globe oculaire même, immédiatement après son achèvement, on ferme les paupières et on y applique une compresse de gaze stérilisée (à l'iodoforme ou au sublimé), et, là dessus, de l'ouate; le tout est fixé au moyen d'un bandeau. Pour les plaies opératoires de la conjonctive et des paupières, on les désinfecte encore une fois avant d'appliquer le pansement, en les aspergeant d'une solution de sublimé, ensuite on les saupoudre d'iodoforme et on applique le bandeau.

Dans les opérations au bulbe, on obtient l'anesthésie au moyen de la cocaïne en solution à 5 0/0, que l'on instille à plusieurs reprises dans le cul-de-sac, à des intervalles de quelques minutes. La solution doit être fraîchement préparée et filtrée. Après l'instillation de la solution de cocaïne, le patient doit avoir soin de tenir l'œil fermé, parce que, la fréquence du clignotement diminuant par suite de l'anesthésie, la cornée reste à découvert et se dessèche facilement. L'anesthésie provoquée par la cocaïne dure environ dix minutes, et son effet se borne aux parties superficielles telles que la cornée et la conjonctive, tandis que la sensibilité de l'iris est conservée. Ainsi, dans l'iridectomie, le patient ne s'aperçoit ni de la fixation du bulbe ni de l'incision; en revanche l'excision de l'iris est douloureuse. Dans les opérations sur les paupières, on peut injecter un certain nombre de gouttes de solution de cocaïne sous la peau de la paupière. Quant à l'anesthésie au moyen du chloroforme, ou de l'éther, elle n'est indiquée que pour les opérations plus grandes, telles que l'énucléation, etc., et chez les enfants.

§ 153. En ce qui concerne les opérations pratiquées sur le bulbe même, il faut observer les principes suivants :

L'écartement des paupières se fait au moyen de blépharostats (écarteurs ou éleveurs). Il en est qui, à l'aide d'un ressort, tiennent les paupières écartées (éleveurs à ressort), d'autres ne s'appliquent qu'à une seule paupière et doivent être tenus par la main (écarteur de Desmarres). Quant au bulbe, on le fixe au moyen d'une pince à dents (*pince de Waldau*) par laquelle on saisit et on maintient un pli conjonctival près du bord cornéen.

Dans les cas où toute pression sur le globe doit être évitée (par exemple, pour empêcher une perte de corps vitré), la fixation des paupières se fait au moyen des doigts des assistants, et, si c'est possible, on renonce même à saisir le bulbe par la pince à fixation.

Lorsque l'on ouvre le bulbe, on pratique généralement l'incision dans

la région de la chambre antérieure. Celle-ci étant limitée par la cornée, et vers la périphérie par la sclérotique, l'incision peut se trouver soit dans la cornée, soit dans la sclérotique. Sous ce rapport on distingue les sections :

a) D'après leur situation, en sections cornéennes et sclérales. Ces sections diffèrent surtout en les points suivants :

1° Dans les sections sclérales, il y a plus de tendance au prolapsus irien que dans les sections cornéennes (voir la remarque au paragraphe suivant). De là, dans les sections sclérales, la nécessité de pratiquer l'iridectomie pour prévenir un enclavement de l'iris. C'est pour cette raison que, par exemple, l'extraction périphérique de la cataracte d'après la méthode de *v. Graefe*, se combine toujours avec l'iridectomie. En revanche veut-on épargner l'iris, on ne pratiquera pas l'incision dans la sclérotique mais dans la cornée, aussi loin que possible du bord scléral (par exemple, ponction de la cornée, extraction linéaire simple);

2° La plaie de la sclérotique, organe qui est couvert de conjonctive, peut être pourvue d'un lambeau conjonctival, ce qui n'est pas possible dans la section cornéenne;

3° Les plaies sclérales ont moins de tendance à s'infecter que les cornéennes, la sclérotique étant moins sujette que la cornée aux inflammations suppuratives. C'est pourquoi, avant l'introduction de la méthode antiseptique, la section sclérale donnait de meilleurs résultats que la section cornéenne. Aujourd'hui qu'il est facile de prévenir l'infection, cette distinction n'a plus la même importance.

b) D'après la forme, nous distinguons les sections en linéaires et courbes. Les premières se trouvent dans un grand cercle de la surface du globe, sur lequel elles représentent une ligne droite, constituant le chemin le plus court pour réunir les deux bouts de l'incision (fig. 160, *caf*). Les sections courbes ou à lambeau correspondent à un cercle parallèle. Entre la plus grande section à lambeau (fig. 160, *edf*) et la section linéaire on peut se figurer une infinité de sections intermédiaires, qui représentent la transition de l'une à l'autre (*ecf, ebf*). Toutes sont des sections courbes à lambeau plus ou moins haut et dont la limite inférieure est formée par la section linéaire. Celle-ci même est une section courbe avec un lambeau dont la hauteur = 0. Les sections les plus en usage sont les sections à lambeaux de plus ou moins de hauteur. Comme exemple d'une section purement linéaire, nous pourrions citer l'incision de l'abcès cornéen d'après le procédé de *Saemisch*, où, au moyen du couteau de *Graefe*, on fend la cornée d'arrière en avant (§ 153). — Les extrémités de l'incision étant supposées situées à la même distance, la section à lambeau présente une plaie plus longue que la section linéaire, et, en soulevant le lambeau, on peut largement entrebâiller la plaie.

Pendant l'exécution de l'incision, on doit prendre garde, en retirant le couteau, de ne le faire qu'avec précaution pour permettre à l'humeur aqueuse de s'écouler aussi lentement que possible. De cette manière, on prévient les fâcheuses conséquences qui pourraient facilement résulter d'un écoulement trop brusque de ce liquide, telles qu'un grand prolapsus de l'iris, la subluxation du cristallin, la hernie du corps vitré ou l'hémorragie intraoculaire. C'est surtout quand on opère dans un cas d'hypertonie que l'écoulement lent est d'une importance capitale.

Avant de terminer l'opération, il faut surtout s'appliquer à remettre soigneusement l'iris en place. En aucun cas, on ne permettra à cet organe de rester enclavé dans la plaie. Le prolapsus de l'iris se reconnaît à des signes

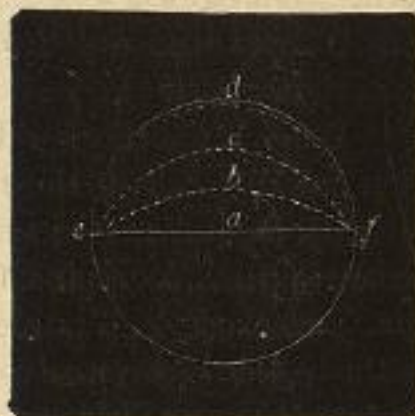


FIG. 160. — Différentes formes de section cornéenne.

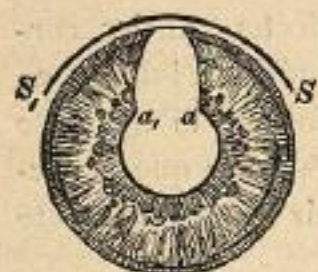


FIG. 161. — Situation normale de l'iris (après une extraction à lambeau scléral). Gross. 2/1. — Les angles du sphincter α et α_1 sont profondément placés tous deux.

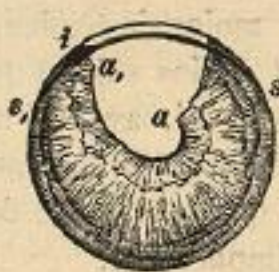


FIG. 162. — Enclavement de l'iris dans la plaie (après une extraction à lambeau cornéen). Gross. 2/1. — L'iris est visible dans la plaie sous forme d'une petite élevation à l'onglée, et l'angle du colobome α_1 , comparé à celui de l'autre côté α situé normalement, paraît tiré en haut.

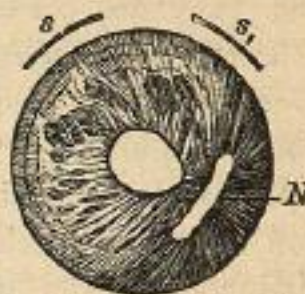


FIG. 163. — Enclavement de l'iris, après une extraction linéaire simple sans iridectomie. Gross. 2/1. — La pupille est attirée vers la cicatrice N, N_1 ; incision de la sclérotomie d'après WECKER.

divers, selon qu'il est plus ou moins prononcé. L'iris a-t-il été refoulé à travers la plaie, on le voit bomber en avant sous forme d'un bourrelet ou d'une saillie noirâtre, au milieu, ou, s'il a déjà été coupé, à l'un ou aux deux angles de la plaie (fig. 162, i). Lorsque l'iris, au lieu de faire hernie, est simplement enclavé entre les lèvres internes de la plaie (fig. 164) ce fait se trahit par la déformation de la pupille. Dans les opérations où l'iris a été excisé, on remarque aux limites entre la pupille et le colobome deux angles saillants, appelés angles du colobome (fig. 161, α et α_1). Ils correspondent au point de jonction du bord pupillaire et des limites latérales du colobome, les « côtés du colobome ». Lorsque l'iris est libre, les deux angles du colobome sont situés vis-à-vis l'un de l'autre et dans le cercle que formerait la pupille restée intacte (les « angles du sphincter sont situés profondément », fig. 161); lorsque l'iris est au contraire enclavé dans la plaie, le côté du colobome correspondant à l'enclavement est raccourci et

l'angle du colobome attiré en haut (l'angle du colobome se trouve plus haut, fig. 162, a_1). Cet angle peut être tellement déplacé qu'il devient même invisible. Dans les opérations où l'iris n'a pas été excisé, il n'existe naturellement pas d'angles du colobome. Dans ce cas, le seul signe de l'enclavement irien est la déformation de la pupille et son déplacement du côté de la plaie, absolument comme on l'observe dans l'enclavement de l'iris après un ulcère perforant de la cornée (fig. 163).

L'enclavement de l'iris dans la plaie entraîne toute espèce de conséquences fâcheuses. La cicatrisation est troublée par des irritations inflammatoires et elle traîne en longueur. La cicatrice est moins solide et moins régulière et, plus tard, l'enclavement irien peut donner lieu à de l'hypertonie, de l'inflammation et même à une affection sympathique de l'autre œil. Pour prévenir toutes ces conséquences, il ne faut rien négliger, après l'opération, pour empêcher l'iris de s'enclaver et pour le ramener dans sa situation normale. Dans ce but, on introduit la curette dans la plaie et on refoule prudemment l'iris dans la chambre antérieure. Si cette manœuvre ne réussit pas, ou si l'iris replacé proémine de nouveau dans la plaie, il faut se résoudre à exciser le lambeau d'iris enclavé.

Une hémorragie de la chambre antérieure se produit dans les opérations où des tissus vasculaires, tels que la sclérotique ou l'iris, ont été blessés. Quand l'iris est sain, sa section ne produit presque pas d'hémorragie, car les vaisseaux s'oblitérent promptement par la contraction de leurs parois. En revanche, dans les cas où l'opération se pratique sur un iris malade (dans l'iritis, le glaucome, l'atrophie irienne), souvent l'hémorragie est telle que toute la chambre antérieure se remplit de sang. L'hémorragie est un accident gênant, elle empêche l'opérateur d'inspecter l'intérieur de l'œil, mais d'ordinaire, dans l'œil sain, elle n'entraîne aucune suite fâcheuse, puisqu'au bout de quelques jours le sang est résorbé. Au contraire, lorsque l'iris est malade, non seulement l'hémorragie est plus abondante, mais il s'écoule souvent un temps très long, quelquefois des mois, avant que la résorption n'en soit complète. Dans ces cas (iridocyclite, iridochoïdite, glaucome), la nutrition de tout l'œil est fortement troublée.

L'hémorragie survenant après la section des vaisseaux ne doit pas se confondre avec celles qui se déclarent pendant l'opération, lorsque, à cause de l'écoulement de l'humeur aqueuse, ou de l'extraction du cristallin, le sang afflue en plus grande abondance dans les vaisseaux de l'uvée et de la rétine, par suite de la diminution brusque de la pression intraoculaire. C'est pourquoi ces hémorragies sont surtout à craindre quand on opère sur un œil qui est le siège d'une hypertonie. En fait, dans le glaucome, après l'iridectomie, de petites hémorragies sont presque de règle (voir page 394). Dans certains cas rares, l'abondance du sang qui jaillit des

vaisseaux est telle que le contenu du bulbe est quelquefois expulsé par l'ouverture de la plaie, et qu'alors le sang lui-même s'en échappe; inutile de dire qu'un tel œil est perdu.

§ 154. Lorsque, dans une opération, l'œil a été ouvert, le *traitement consécutif* doit avoir surtout pour but d'écarter toutes les causes qui pourraient retarder la cicatrisation ou empêcher la solidification de la cicatrice. Par conséquent, l'œil opéré doit être bandé pour empêcher les mouvements des paupières, et, dans les grandes opérations, l'autre œil lui-même sera tenu fermé pendant quelques jours. Pour le reste, le patient évitera tout effort physique; car l'augmentation de la pression intraoculaire qui en résulterait pourrait décoller les lèvres de la plaie fraîchement agglutinées. Dans les grandes opérations donc (iridectomie, extraction de la cataracte), le patient gardera le lit, couché sur le dos durant plusieurs jours et, pendant ce temps, pour éviter les efforts de mastication, il ne prendra qu'un peu de nourriture liquide ou demi-solide. En observant ces règles de conduite, la marche de la guérison se fait d'ordinaire comme suit: Peu après l'opération, les lèvres de la plaie s'agglutinent, et la chambre antérieure se rétablit. Très fréquemment, il arrive que la plaie fraîchement fermée n'est pas encore suffisamment solide pour résister tout d'abord à l'accumulation de l'humeur aqueuse, et que, pendant les premiers jours, la plaie s'ouvre encore une ou deux fois pour donner issue au liquide de la chambre antérieure, avant qu'elle ne se ferme définitivement. Alors les lèvres de la plaie adhèrent intimement l'une à l'autre, et il se forme une cicatrice fine et linéaire. Lorsque la cicatrice siège dans la cornée, elle reste visible sous forme d'une mince ligne grise, tandis que les cicatrices de la sclérotique, au bout de quelque temps, sont à peine encore reconnaissables. Il faut un temps assez long avant qu'une cicatrice soit suffisamment solide pour résister aux influences nuisibles extérieures. En attendant ce moment (après plusieurs semaines ou des mois, suivant l'importance de la plaie) le patient s'abstiendra de tout effort physique un peu violent; il évitera les pressions sur l'œil, etc.

Il n'est pas rare que la marche de la guérison telle que nous venons de la décrire subisse des modifications. Les troubles dans la marche de la cicatrisation les plus fréquemment observés sont:

1° La *cicatrisation irrégulière*. — La fermeture de la plaie peut tarder à s'opérer, et, pendant des jours entiers, la chambre antérieure rester abolie. Un accident plus fréquent encore, c'est la rupture de la plaie déjà cicatrisée, sous l'influence d'une violence extérieure — d'une pression sur l'œil avec la main, d'un accès de toux, d'un éternuement. — Cette « rupture de la cicatrice » est ordinairement suivie d'un épanchement de sang dans la chambre antérieure. Au moment où le liquide s'est échappé, l'iris peut

avoir été entraîné et rester enclavé, ou bien une inflammation (iridocyclite) peut se déclarer. — Une autre cause qui retarde la cicatrisation, c'est que les lèvres de la plaie, au lieu de s'adapter immédiatement l'une contre l'autre, ne se ferment que par l'interposition d'un tissu cicatriciel de nouvelle for-

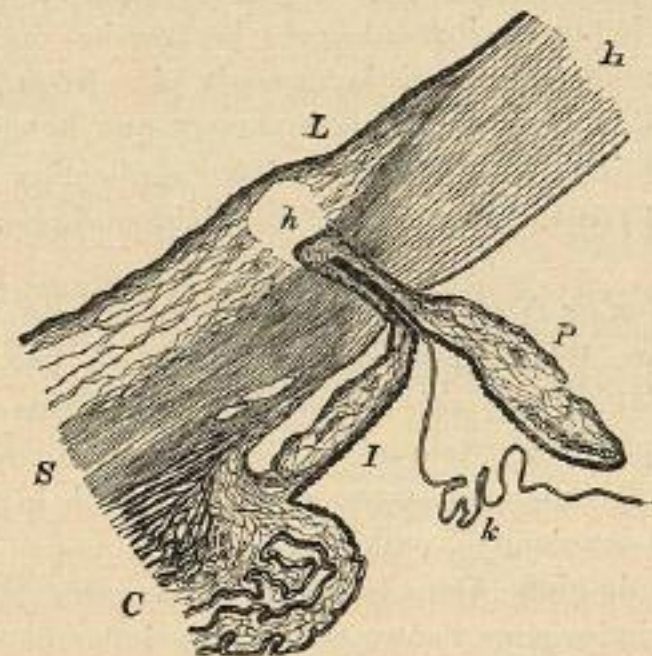


FIG. 164. — Enclavement de l'iris avec cicatrice cystoïde (après une extraction de cataracte, suivant le procédé de l'extraction linéaire périphérique de GAUVERE). Gros. 1371. — De son insertion au corps ciliaire C, l'iris I se dirige dans la cicatrice de la plaie opératoire, de telle façon que la chambre antérieure se réduit à une mince fente. À l'intérieur de la cicatrice, l'iris est replié sur lui-même, et son point de réflexion répond aux couches externes de la sclérotique. De la cicatrice sort la portion pupillaire de l'iris P qui flotte librement dans la chambre aqueuse. On remarque, à la face antérieure de l'iris, une crypte; à sa face postérieure, la coupe du sphincter pupillaire. En même temps que l'iris, on voit, enclavée dans la cicatrice, la cristalloïde k montrant de nombreux plis. La plaie d'extraction coupe la limite de la sclérotique S et de la cornée H, de façon que sa moitié antérieure occupe la sclérotique, sa moitié postérieure la cornée. À cause de l'interposition de l'iris, les lèvres de la plaie ne se sont pas réunies; aussi le canal de la plaie s'étend sous forme d'une cavité creuse dans le tissu de la conjonctive du limbe L. Il en résulte que la plaie n'est fermée que par une fort mince couche de tissu.

mation. Ce processus s'observe surtout fréquemment quand l'adaptation immédiate des lèvres de la plaie est empêchée par un enclavement de l'iris ou de la capsule cristallinienne; mais on l'observe aussi dans l'hypertonie qui fait s'entre-bâiller les lèvres de la plaie. Dans ce cas la cicatrice qui se forme est moins solide, et même un petit point resté tout à fait ouvert peut donner lieu à un suintement constant d'humeur aqueuse sous la conjonctive et rendre celle-ci œdémateuse (*cicatrice cystoïde*) — (fig. 164). — Lorsque les cicatrices manquent de solidité, elles deviennent souvent ectatiques. La conséquence immédiate en est une courbure irrégulière des parties avoisinantes de la cornée. L'astigmatisme ainsi produit affaiblit, au point de vue de l'acuité visuelle, le résultat de l'opération. En outre, les cicatrices cystoïdes ou ectatiques peuvent donner lieu à une hypertonie ou à une inflammation.

2° La *suppuration de la plaie*. — Elle s'annonce par l'apparition, en un point quelconque de la plaie, d'une coloration jaune, tandis qu'en même

l'influence de la rétraction élastique des bords de la plaie. Quant aux plaies dirigées obliquement à travers les enveloppes oculaires, et pratiquées au moyen du couteau lancéolaire, ces plaies ne s'entre-bâillent pas, par la raison que les lèvres appliquées l'une sur l'autre se ferment comme une soupape. Leur occlusion s'opère sous l'influence de la pression intraoculaire. Celle-ci agit uniformément sur tous les points de la surface intérieure du bulbe. Son action se porte avec la même intensité sur la lèvre postérieure de la plaie *a* (fig. 166) que sur la lèvre antérieure *b*, d'où il suit que la première est pressée contre la dernière. C'est cette occlusion en soupape qui fait que, dans les ponctions de la cornée, l'humeur aqueuse ne s'échappe pas quand on retire la lance prudemment, et sans opérer ni rota-



FIG. 166. — Direction oblique de la plaie à travers les membranes oculaires. Fig. schématique. — I plaie d'iridectomie située à l'extérieur dans la sclérotique, en dedans dans la cornée. P plaie de ponction, a lèvre périphérique, b lèvre centrale de la plaie.

tion ni pression. Si l'on veut évacuer l'humeur aqueuse (ou les masses cristalliniennes molles, dans l'extraction linéaire simple), il faut commencer par entre-bâiller la plaie. Ce serait une erreur de vouloir arriver à ce résultat en exerçant une certaine pression au milieu de la cornée ou sur la sclérotique. Tout ce que l'on obtiendrait ainsi, ce serait d'augmenter la pression intraoculaire de tout l'effort exercé extérieurement sur le bulbe, et de presser d'autant plus violemment la lèvre postérieure contre la lèvre antérieure. Ce ne serait que par une pression violente qui en ferait glisser les lèvres, que la plaie finirait par s'entre-bâiller. Le meilleur procédé est celui qui consiste à déprimer, au moyen de la curette de *Daviel*, la lèvre périphérique de la plaie et d'ouvrir ainsi la soupape (fig. 166, *c*). L'occlusion parfaite des plaies faites au couteau lancéolaire diminue le danger du prolapsus irien. En effet, comment se produit le prolapsus irien ? Lorsque la cornée est perforée en l'un de ses points, l'humeur aqueuse afflue de toutes parts vers cet endroit, par la raison que la pression intraoculaire y est devenue nulle (c'est-à-dire devenue égale à la pression atmosphérique). Le liquide de la chambre antérieure arrive sans obstacles à l'ouverture, celui de la chambre postérieure doit d'abord passer par la pupille pour arriver dans la chambre antérieure et atteindre ainsi l'ouverture de la perforation. Supposons que l'ouverture soit située au niveau du bord interne de la cornée (fig. 166, *I*). Dans ce cas, l'humeur des parties externes de la chambre postérieure passerait tout simplement à travers la pupille, pour s'échapper par l'ouverture, puisque cette voie serait la plus courte à prendre. Mais il n'en serait plus de même des parties de la chambre postérieure qui se trouvent du côté interne, vis-à-vis de l'ouverture de perforation. En effet, pour arriver à l'ouverture en passant par la pupille, l'humeur est obligée de faire un détour qui est d'autant plus grand que la perforation se trouve davantage reculée vers la périphérie. Alors l'humeur aqueuse tendra à prendre le chemin le plus court et, poussant l'iris devant elle, affluera tout droit vers l'ouverture. Physiquement parlant, l'iris, à sa face postérieure, se trouve sous

l'influence de la pression de l'humeur aqueuse non encore évacuée (fig. 166, *d*) ; en revanche, à sa face antérieure, la pression est nulle, ce qui fait que l'iris, refoulé vers l'ouverture, finit par s'y engager. Tel est le processus du développement du prolapsus iridien, prolapsus qui n'est autre chose qu'une bourse formée par l'iris et remplie d'humeur aqueuse provenant de la chambre postérieure.

Il y a d'autant plus de danger qu'un prolapsus irien se produise : 1° que l'humeur aqueuse s'échappe avec plus de violence, parce qu'alors le temps laissé à l'humeur de la chambre postérieure est trop court pour lui permettre de faire le détour à travers la pupille. De là la règle, dans les ponctions, de laisser s'écouler l'humeur aqueuse aussi lentement que possible ; 2° que la pression oculaire est plus grande, car, dans ce cas, la différence entre la pression de la chambre antérieure vide et de la chambre postérieure remplie est d'autant plus considérable ; si l'on pratique une iridectomie, dans un cas de glaucome, l'iris est d'habitude projeté hors de la plaie dans une grande étendue ; 3° que la plaie est située plus près de la périphérie. En effet, plus l'ouverture se rapproche de la périphérie, plus le détour à faire par l'humeur aqueuse à travers la pupille devient grand, plus aussi la chambre postérieure est profonde, en face de la section, et plus enfin la quantité d'humeur aqueuse refoulant l'iris augmente. C'est pourquoi les opérations à section périphérique doivent se combiner avec l'iridectomie, inutile dans les sections plus centrales (extraction linéaire simple, ponction de la cornée) ; 4° l'étendue et la forme de l'ouverture de perforation influent également sur la production du prolapsus irien. Il est évident que, pour que l'iris puisse s'y engager, l'ouverture doit avoir une certaine étendue. Lorsque, comme c'est le cas par exemple, après la perforation d'un ulcère cornéen, l'ouverture a une forme circulaire, le prolapsus iridien ne manque pas de se produire. Par contre, les plaies se fermant en soupape, telles que celles pratiquées par le couteau lancéolaire, sont peu favorables aux enclavements iriens. On cherche donc à prévenir la perforation spontanée d'un ulcère en ponctionnant la cornée au moyen d'un couteau lancéolaire pour empêcher le prolapsus de l'iris et la synéchie antérieure qui en est la conséquence.

Ce n'est pas seulement au moment de l'opération, mais encore ultérieurement, que le prolapsus peut se produire. Supposons par exemple que, pendant l'opération, l'on soit parvenu à éviter le prolapsus irien, ou, s'il s'est produit, qu'on ait pu le réduire. Mais le lendemain, au moment où l'on renouvelle le pansement, on s'aperçoit que l'iris se trouve engagé dans la plaie. L'accident s'est produit parce que les lèvres de la plaie, à peine agglutinées, se sont rouvertes et, à ce moment, les conditions favorables au développement du prolapsus irien se sont présentées comme pendant l'opération.

Il faut à tout prix prévenir le prolapsus et l'enclavement de l'iris dans la plaie opératoire. Quand il s'agit de plaies peu disposées aux prolapsus iriens, il suffit, pendant l'opération, de réduire soigneusement la hernie de l'iris. Mais si la section est telle que l'iris s'y engage facilement (comme l'est la section dans l'extraction périphérique de la cataracte), alors la reposition de l'iris n'assure nullement contre le prolapsus ; celui-ci peut se produire ultérieurement et se produit effectivement très souvent. Dans ces cas, le seul remède efficace est l'excision de l'iris. De

quelle façon cette opération prévient-elle le prolapsus irien? Est-ce parce que l'on enlève ainsi la partie de l'iris qui pourrait s'engager dans la plaie? S'il en était ainsi, il faudrait exciser l'iris dans toute la longueur de la plaie, c'est-à-dire souvent sur une large étendue. Cependant cela n'est pas du tout nécessaire. En effet, l'iridectomie prévient bien plutôt le prolapsus irien, parce qu'à l'endroit de la plaie elle établit une communication directe entre les chambres postérieure et antérieure. De cette manière, l'humeur aqueuse qui s'accumule dans la chambre postérieure peut cheminer directement vers l'ouverture de la plaie, sans refouler l'iris. Or, pour que cela puisse avoir lieu, une petite ouverture est suffisante. C'est pour ce motif que toujours je combine l'extraction périphérique de la cataracte avec une iridectomie peu large, et je trouve que, en agissant ainsi, je parviens à éviter les enclavements iriens avec la même certitude (ou même avec plus de certitude) qu'en pratiquant un large colobome.

L'écoulement de l'humeur aqueuse, après l'ouverture de la cornée, fait supposer que la coque oculaire se contracte dans le même rapport. En effet, si la paroi bulbaire était complètement rigide, comme par exemple une capsule métallique, après ouverture, pas une goutte de liquide ne s'échapperait de l'orifice, à moins que l'on ne pratiquât une contre-ouverture en un autre point. La diminution du volume de la coque oculaire ne s'opère pas seulement par la contraction élastique des enveloppes de l'œil, mais encore par la pression des muscles extérieurs de l'œil, ainsi que des paupières. Au reste pour que cette contraction s'opère avec facilité, il faut que le diaphragme formé par le cristallin et la zonule soit suffisamment élastique, pour pouvoir bomber en avant après l'écoulement de l'humeur aqueuse. — Chez les vieillards dont la coque oculaire est rigide, et dont les yeux sont enfoncés dans l'orbite, de manière que ni les paupières ni les muscles n'exercent une notable pression, après l'évacuation de l'humeur aqueuse (surtout quand le cristallin est enlevé en même temps) la cornée s'affaisse souvent sous la pression de l'air extérieur, — *collapsus cornéen*. La production de cet accident est favorisée par la minceur de la cornée des vieillards, ainsi que par l'insillation de la cocaïne qu'on emploie pour l'opération et qui diminue la pression intra oculaire. Autrefois on considérait le collapsus de la cornée comme un accident fâcheux, parce qu'il rend plus difficile l'adaptation exacte des lèvres de la plaie et qu'ainsi le danger de la suppuration augmentait. Aujourd'hui nous savons que le collapsus cornéen ne nuit nullement à la cicatrisation. D'ailleurs ce collapsus disparaît dès que l'humeur aqueuse s'est reproduite, ce qui généralement a lieu quelques minutes après l'opération. — Lorsque, après la production du collapsus cornéen, la cornée, grâce à son élasticité, tend à se relever, il se développe dans la chambre antérieure une pression négative, absolument comme cela a lieu pour le ballon en caoutchouc d'une seringue, qui se distend quand on le relâche après l'avoir comprimé avec la main. Par cette pression négative, une certaine quantité d'air peut être aspiré et une bulle d'air pénétrer dans la chambre antérieure. Cette bulle n'entraîne aucun inconvénient pour l'œil. Ce qui est plus désagréable, c'est que, par l'action aspirante de la cornée, une hémorragie irienne se déclare et qu'ainsi la chambre se remplit de sang. Cet accident s'observe surtout lorsque — dans l'iridocyclite — la chambre aqueuse est séparée du corps vitré par un diaphragme

solide (membranes exsudatives) qui, après l'évacuation de l'humeur aqueuse, ne se laisse pas assez refouler en avant. C'est pour cette raison qu'il se produit une abondante hémorragie, surtout lorsqu'on pratique une iridectomie ou une iridectomie sur des yeux qui sont le siège d'une vieille iridocyclite. Dans ce cas, l'hémorragie est doublement désagréable, d'abord parce que le sang se résorbe très lentement, en second lieu parce que le sang épanché s'organise en partie et ferme de nouveau la pupille nouvellement pratiquée. Pour empêcher la production de cette hémorragie *ex vacuo*, dès que la nouvelle pupille est pratiquée, j'applique aussi vite que possible un bandeau compressif sur l'œil opéré. Par la compression extérieure qu'il exerce, ce bandeau diminue le volume de la coque oculaire et comprime le corps vitré contre la cornée.

Sauf pour les cas que nous venons de mentionner, le bandeau à appliquer après l'opération doit être un simple bandeau protecteur et non pas un bandeau compressif. En effet, son but est uniquement de tenir l'œil fermé. D'ailleurs un bandeau trop fortement comprimé peut même occasionner une rupture consécutive de la plaie. Dans ces dernières années, je me suis contenté d'immobiliser l'ouate, que l'on place sur les paupières, par une simple bandelette de toile, dont les deux extrémités, enduites d'emplâtre agglutinatif, sont fixées l'une au front et l'autre sur la joue. De cette manière, aucune pression ne peut être exercée sur l'œil. Pour empêcher le patient d'appuyer sur l'œil, je recouvre le pansement que je viens de décrire d'un treillis métallique très léger et un peu bombé. D'autre part, il est inutile d'obscurcir la chambre où se trouve l'opéré. Il suffit d'empêcher par un écran la lumière de tomber directement sur lui. Pour prévenir la rupture de la plaie, on interdira tout effort physique. On considère comme tels une forte mastication, la toux, l'éternuement, etc. Le patient peut arrêter l'éternuement, en pressant avec le doigt contre le palais, au niveau du canal incisif, au moment où il se sent porté à éternuer.

Chez les vieillards, surtout quand ils sont buveurs, il n'est pas rare qu'il se déclare du délire, notamment lorsque les deux yeux sont bandés. Dans ce cas, l'œil non opéré doit être immédiatement laissé à découvert. Lorsqu'après l'opération des personnes vieilles et décrépites gardent pendant quelques jours le repos sur le dos, les poumons deviennent facilement le siège d'hyostases qui peuvent occasionner la mort du patient. Pour ce motif les personnes vieilles et affaiblies abandonneront promptement le lit (dès le lendemain de l'opération, s'il est nécessaire). D'autres accidents encore peuvent troubler la guérison. Comme le plus souvent il est impossible de les prévoir, il est bon de ne jamais opérer les deux yeux dans la même séance. L'opération et la marche de la guérison de l'un des yeux apprennent ce à quoi il faut s'attendre en opérant le second. — En général, chez les petits enfants, on ne doit pas espérer qu'ils se tiennent tranquilles après l'opération, et c'est pourquoi les larges incisions (dans l'iridectomie et l'extraction de la cataracte) ne se cicatrisent souvent que difficilement. Chez eux, on ne choisira donc que les méthodes opératoires qui n'exigent que de toutes petites plaies, comme, par exemple, la discision.

Pour la kéralite traumatique après les opérations voir page 202.