

*Dublin quarterly journal* a pu intituler une revue critique sérieuse : De l'iridectomie épidémique. Von Græfe avait bien constaté l'excès de tension intra-oculaire, coïncidant avec l'excavation de la papille et d'autres symptômes que je n'ai pas à rap- peler, mais il ne pouvait expliquer à quoi était dû cet excès de pression qu'il attribuait à une augmentation dans le volume des milieux. De même il put constater les bons effets produits par l'iridectomie sans pouvoir expliquer le mécanisme de la gué- rison ; tous seulement étaient d'accord sur un point, c'est qu'il fallait atteindre le grand cercle de l'iris sous peine d'échouer et pour cela la ponction devait porter sur la sclérotique. J'ai publié en 1864 à la Société de chirurgie et en 1872 au congrès de Bordeaux mon opinion sur la nature du glaucome aigu ; je crois avoir montré qu'il s'agit d'une sécrétion morbide de la séreuse oculaire, d'un épanchement séreux confiné entre la sclérotique et la choroïde et produisant, avec une tension intra-oculaire exagérée, une apparence d'excavation de la papille. J'ai montré que l'évacuation de l'épanchement par une ponction faite à la sclérotique fait disparaître les symptômes. J'ai pu constater qu'en même temps que la ponction donnait issue à de la sérosité l'apparente excavation de la papille disparaissait, et j'ai pu dans des cas aigus et récents ramener presque immédiatement la vision affaiblie ou perdue. Si l'iridectomie réussit, et si elle ne réussit qu'à la condition de porter sur la grande circonférence ; si elle échoue lorsque l'on reste en deça, c'est que l'opération, pratiquée suivant les indications de Von Græfe a pour effet d'ouvrir la loge où la sérosité épanchée se trouve retenue, ou tout au moins de permettre sa transsudation facile à l'extérieur, au travers de la mince couche formée par le muscle ciliaire et d'arri- ver à l'extérieur par l'ouverture faite à la sclérotique. Pour moi donc, la paracentèse sclérale doit, dans le traitement du glau- come aigu, être substituée à l'iridectomie.

## ARTICLE VII

## OPÉRATIONS QUI INTÉRESSENT TOUT LE GLOBE OCULAIRE

Ces opérations sont des résections de la cornée ou de la sclé- rotique, avec évacuation partielle ou totale des humeurs de l'œil, ou enfin l'extirpation de l'œil lui-même ; j'ajouterai quelques mots sur la pose d'un œil artificiel.

## I. — De la résection de la cornée.

Elle se pratique dans plusieurs circonstances, comme pour éva- cuer l'œil dans le cas de suppuration profonde ; mais surtout dans le cas de staphylôme opaque de la cornée. Je parlerai d'abord de cette dernière affection.

Le staphylôme de la cornée résulte d'une altération chronique

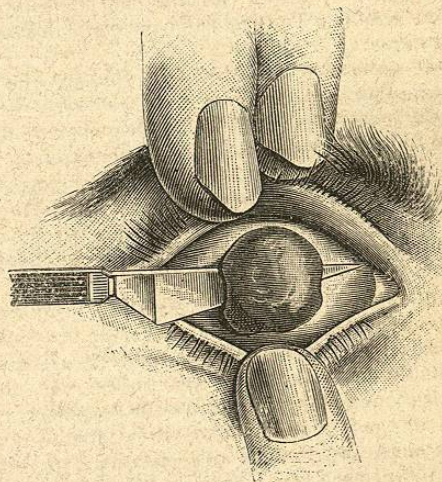


FIG. 457.

Opération du staphylôme. — Incision.

avec ramollissement de la cornée, puis de sa propulsion au dehors par une sécrétion surabondante de l'humeur aqueuse. Lorsqu'il est léger et indolent, l'intervention de la chirurgie n'est nullement nécessaire ; mais lorsqu'il a envahi toute la cornée, et qu'il proémine au delà des paupières jusqu'à exciter de vives douleurs, il est urgent de le réprimer.

Quelques-uns se bornent à l'inciser en travers : Nélaton, qui a adopté ce procédé, dit que la guérison est plus prompte et le moignon plus régulier. Mackenzie dit que l'incision n'est qu'un palliatif ; il y a probablement ici une confusion. L'incision simple

laissera revenir l'humeur aqueuse, sans aucun doute; mais l'incision avec évacuation du cristallin et d'une portion de l'humeur vitrée arrivera à très peu près au même résultat que la résection; seulement elle laissera subsister, en l'amointrissant, la saillie du staphylôme.

La résection compte un assez grand nombre de procédés. Celse veut qu'on emporte seulement le sommet du staphylôme dans l'étendue d'une lentille; Scarpa en enlevait 8 à 9 millimètres; Carron du Villards en découpait, selon l'axe vertical, un lambeau pareil à un pépin de melon; d'autres ont réséqué la cornée presque tout entière; d'autres enfin portent le couteau jusque sur la sclérotique.

Le procédé opératoire est fort simple. On accroche le sommet du staphylôme avec une érigne, ou on le traverse avec un fil qui sert à l'attirer au dehors; au delà de l'érigne ou du fil, on taille un lambeau de la dimension voulue, avec le couteau à cataracte ou le bistouri ordinaire, et l'on achève la résection avec les ciseaux. Quelques-uns taillent le lambeau à la partie supérieure de la cornée, afin d'éviter, disent-ils, l'évacuation de l'humeur vitrée; d'autres regardent cette précaution comme tout à fait puérile.

Il paraît que quelques chirurgiens pensent avoir assez fait en réséquant la cornée, et songent à conserver le cristallin et le reste. D'abord, il est difficile, dans la majorité des cas, d'empêcher le cristallin de sortir, soit le jour même, soit un peu plus tard; mais il y a une indication positive de l'expulser, et d'expulser avec lui une partie de l'humeur vitrée, afin de réduire l'œil à un volume qui se prête mieux à l'application d'un œil artificiel.

Quant à la dimension et à la forme du lambeau à réséquer, je pense qu'on ne saurait établir de règle générale, et que l'on devra se décider d'après la forme et les dimensions du staphylôme lui-même.

Dans la suppuration profonde de l'œil, Blandin recommandait de pratiquer en même temps l'excision de l'iris; et en effet, souvent l'iris enflammé resserre ou ferme la pupille, et retient dans le fond du globe ou les humeurs ou le pus accumulé. Mais l'excision de l'iris complique le procédé d'abord, et ensuite ne prévient pas toujours l'inconvénient qu'on redoute. Je préfère donc recourir à la résection de la sclérotique.

Elle a été plusieurs fois conseillée à la place de la résection de la cornée; mais elle n'est guère indispensable que quand le staphylôme s'étend jusqu'à la sclérotique. Le procédé ne diffère qu'en ce que le couteau doit agir en arrière de l'iris; une pré-

caution assez importante est de ménager autant qu'on le peut l'insertion des muscles de l'œil à la sclérotique, afin de conserver toute leur action sur le petit moignon qui devra supporter et mouvoir l'œil artificiel. Du reste, leur section même n'enlèverait pas toute espérance de ce côté, attendu qu'ils se réuniraient à la cicatrice du moignon.

*Critchett* a surtout cherché, par son procédé, à empêcher la sortie du cristallin et de l'humeur vitrée. Après avoir écarté les paupières avec l'ophthalmostat, il introduit dans le segment antérieur quatre ou cinq aiguilles courbes dont la concavité est

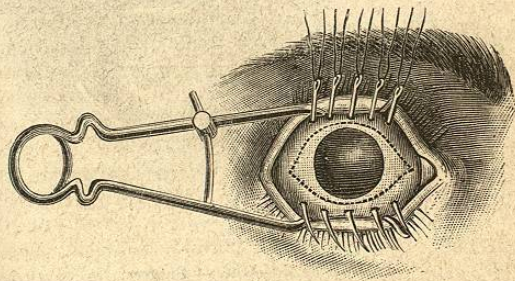


FIG. 458.

Procédé de *Critchett*. — Placement des aiguilles.

dirigée en avant (fig. 458) et qui font issue au delà des points où devra porter l'incision. Cela fait, on pratique avec le couteau une petite ponction à la sclérotique et par l'ouverture on introduit une des branches d'une paire de ciseaux avec lesquels on sectionne la sclérotique suivant la ligne marquée dans la fig. 458. On retire les aiguilles qui, entraînant le fil dont elles sont armées, placent les points de suture qu'on n'a plus qu'à serrer (fig. 459). Von Graëfe passe au travers de l'œil, en passant dans le corps vitré, une aiguille armée d'un fil qu'on lie en avant du staphylôme mais sans serrer la suture. On a ainsi un séton dont l'action doit être de déterminer l'inflammation du globe de l'œil et son atrophie. Lorsque l'inflammation est survenue, le séton est retiré et l'on combat par des topiques l'excès d'inflammation. C'est là un détestable procédé, car l'inflammation suppurative du globe ne s'arrête pas ainsi au gré du chirurgien et peut déter-

miner des accidents fort graves, tels qu'un phlegmon de l'orbite avec toutes ses conséquences.

Le procédé de Critchett peut être avantageusement pratiqué quand on a la certitude que la choroïde et les parties profondes de l'œil ne sont pas atteintes. En laissant ainsi dans l'œil des parties altérées, on serait exposé à voir survenir plus tard une ophthalmie sympathique. Du reste, un œil artificiel s'applique parfaitement aujourd'hui sur un fort petit moignon, même sur

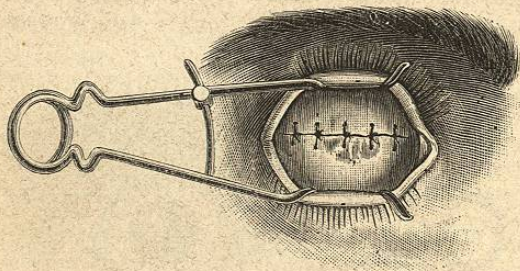


FIG. 459.

Procédé de Critchett. — Sutures.

celui qui résulte de l'extirpation complète du globe, et c'est à cette opération que j'ai toujours recours lorsque le staphylôme est consécutif à une affection qui paraît avoir atteint l'œil dans les parties profondes.

## II. — Extirpation de l'œil.

Le chirurgien fixe la tumeur avec les doigts, ou mieux encore avec des pinces de Museux qu'il donne à tenir à un aide. Il prolonge, d'un coup de bistouri, l'angle palpébral externe d'environ 3 centimètres vers la tempe, dissèque ensuite chaque paupière par sa face interne et les renverse en dehors : c'est le premier temps.

Dans le second temps, l'opérateur plonge son bistouri, tenu comme une plume à écrire, vers la commissure interne des paupières; pénètre en rasant l'ethmoïde jusqu'aux environs du trou optique, et rase de dedans en dehors la demi-circonférence infé-

rieure de l'orbite, en prenant soin de diviser l'attache du muscle petit oblique. Arrivé près de l'angle externe, il reporte son bistouri à l'angle interne, et rase la demi-circonférence orbitaire supérieure, comprenant dans les parties à enlever la glande lacrymale. L'œil ne tient plus dès lors que par un pédicule formé des quatre muscles droits et du nerf optique. On les divise, soit avec le bistouri, soit avec des ciseaux courbes sur la lame.

Quel que soit l'instrument qu'on adopte, on a conseillé de le porter au fond de l'orbite en suivant sa paroi interne, sans doute de peur de léser l'ethmoïde. Desault préférerait, avec raison, suivre la paroi externe, qui est plus courte, plus oblique, et de tout point plus commode à l'opérateur.

Dupuytren commençait par détacher l'œil de la paroi supérieure de l'orbite, coupait son pédicule, renversait la tumeur sur la joue, et achevait de le disséquer inférieurement et de dedans en dehors.

Dans ce procédé, on divise les ramifications des artères ophtalmique, lacrymale, etc., ce qui amène parfois un écoulement de sang en nappe; on fait de plus un grand dégât dans les muscles et le tissu adipeux de l'orbite.

Lorsque le globe de l'œil est seul malade, il doit seul être enlevé et Bonnet (de Lyon) a imaginé un procédé excellent qui sépare le globe oculaire de la capsule fibreuse dans laquelle il est renfermé.

*Procédé de Bonnet.* — Les paupières largement écartées, on incise circulairement la conjonctive à 2 millimètres du bord de la cornée, en glissant au-dessous d'elle, par une ouverture faite comme s'il s'agissait du strabisme, la branche d'une paire de ciseaux courbes; puis en le soulevant sur le crochet mousse, on coupe le muscle droit interne avec les mêmes précautions que dans l'opération du strabisme; puis glissant des ciseaux à travers la plaie, et les faisant pénétrer entre la sclérotique d'une part et la capsule fibreuse et les muscles de l'autre, on coupe circulairement tous les muscles droits près de leur insertion à l'œil. Cela fait, on porte sur sa face interne des ciseaux courbes qu'on introduit fermés et qu'on ouvre lorsqu'ils ont pénétré jusqu'au nerf optique. On sectionne ce nerf et l'œil est facilement amené en avant. Il ne reste plus qu'à diviser les deux obliques qui se présentent à découvert et qui seuls maintiennent encore le globe de l'œil. Celui-ci est ainsi enlevé sans qu'on ait intéressé aucun

vaisseau, aucun nerf extérieur et sans toucher au tissu adipeux. Le léger écoulement de sang dû à la section des artères ciliaires ne mérite guère qu'on s'en préoccupe, quelques injections d'eau froide l'arrêtent facilement.

Les suites de l'opération sont des plus bénignes et des plus simples, j'ai fréquemment recours à cette opération lorsqu'il y a lieu de craindre que l'œil malade et perdu pour la vision ne soit le point de départ d'une ophthalmie sympathique, je n'ai jamais vu survenir d'accidents et le moignon qui reste mobile permet l'application d'un œil artificiel.

### III. — Pose d'un œil artificiel.

Pour placer l'œil artificiel, il faut attendre que la cicatrice soit bien complète; mais comme alors la conjonctive et même les paupières ont subi une rétraction plus ou moins forte, on ne saurait placer du premier coup un œil comparable à l'œil sain. On commence donc par choisir un œil d'émail de 9 à 10 millimètres de longueur au plus, sur 7 à 8 millimètres de largeur. Le chirurgien le prend avec le pouce et l'index de la main droite, le trempe dans un verre d'eau, relève avec le pouce gauche la paupière supérieure, et glisse sous cette paupière ainsi relevée la partie la plus bombée de l'œil artificiel. Quand elle y est introduite, il la dirige un peu vers l'angle externe, laisse alors descendre doucement la paupière supérieure, abaisse vivement avec le doigt médius gauche la paupière inférieure qui se trouve encore cachée sous la plus faible partie de l'œil artificiel, appuie légèrement sur celui-ci avec le pouce droit, et l'œil est introduit.

Cet œil ne doit d'abord rester en place qu'une demi-heure, une heure au plus, selon que le malade le supporte sans douleur ni fatigue. Après quelque temps, le retour gradué de la conjonctive à son état normal permet d'en placer un second un peu plus gros. On augmente ainsi progressivement sa grosseur; toutefois il n'est pas nécessaire d'arriver à un volume aussi considérable que celui de l'œil sain. Il est bon que l'émail flotte dans l'orbite derrière les paupières, et recouvre le bulbe de l'œil sans fatiguer ni presser fortement aucune de ces parties.

L'œil artificiel doit être enlevé tous les soirs, sous peine de voir l'émail promptement dépoli. Pour l'ôter, on se sert d'une longue épingle à tête un peu forte, ou mieux d'une aiguille d'or ou d'argent de la grosseur d'une aiguille à tricoter, et terminée par un petit crochet à tête arrondie. L'opérateur ou le malade lui-

même tient cette aiguille comme une plume à écrire; avec les doigts de la main gauche il abaisse délicatement la paupière inférieure, et fait passer entre elle et l'œil artificiel le crochet de son aiguille, qu'il glisse sur l'émail jusqu'à ce qu'il rencontre le bord inférieur. Alors il abaisse la main droite vers la joue, et sans tirer à lui, mais en se servant de l'aiguille comme d'un levier, il soulève l'œil artificiel, qui, n'étant plus soutenu par la paupière inférieure, glisse le long de l'aiguille, et tombe dans la main gauche qui a vivement quitté la paupière pour le retenir.

Aussitôt après l'extraction, il faut mettre l'émail dans de l'eau fraîche, pour qu'il y dépose le mucus épais dont il est enduit.

## CHAPITRE II

### OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'OREILLE ET SES DÉPENDANCES

#### I. — Perforation du lobule de l'oreille.

Cette petite opération peut se faire à l'aide d'un poinçon ordinaire, ou d'un trocart à hydrocèle; mais on se sert plus généralement d'un trocart à tige conique et décroissant jusqu'à la pointe.

On engourdit d'abord la sensibilité du lobule de l'oreille au moyen de légères pressions; puis on l'applique à plat sur un bouchon de liège tendre qui lui sert de point d'appui, et on le traverse d'un seul temps, avec assez d'effort pour que la tige et la canule pénètrent à une certaine profondeur dans le liège. On retire la tige et le bouchon; puis la canule restée en place, on fait pénétrer un fil de plomb; puis la canule est retirée à son tour, et le fil de plomb, réuni en anneau par ses deux extrémités, est maintenu ainsi jusqu'à ce que la plaie soit convertie en une ouverture permanente.

#### II. — Excision du lobule.

Boyer a vu cette partie démesurément longue et offrant une forme tellement irrégulière, qu'il en résultait une difformité réelle. Il marqua d'une ligne d'encre la limite de ce qu'il voulait