

L'IRIDECTOMIE TARSORAPHIE

PAR

J. LEGRAND, M. D.

Nantes, France

La pathologie oculaire s'est considérablement modifiée depuis quinze ans et l'utilisation des antibiotiques et des corticostéroïdes a changé l'évolution et le pronostic de beaucoup de maladies. Certains traitements qui s'imposaient n'ont plus aujourd'hui leur utilité, et ne sont plus employés, d'autres, ont vu leur intérêt supplanté par des thérapeutiques plus simples et plus efficaces qui les ont remplacés.

Sans méconnaître la primauté des traitements modernes, il serait regrettable qu'on oublie des techniques qui, bien que d'indications plus rares, sont dans certains cas précis supérieures à toute autre thérapeutique et permettent d'obtenir la guérison là où les remèdes classiques ont échoué.

Parmi ces affections rebelles aux traitements locaux ou généraux et dont le caractère traînant et récidivant font le désespoir de l'ophtalmologiste, les segmentites antérieures doivent être placées au premier rang, et parmi les nombreux traitements qu'elles ont suscités, l'iridectomie associée à la tarsoraphie est celui qui m'a donné les meilleurs résultats.

Les segmentites antérieures sont réalisées toutes les fois qu'une kératite évolue vers la chronicité et qu'aux destructions cornéennes sont associées des lésions iriennes et ciliaires. La clinique nous montre, au cours des kératites les plus diverses, la fréquence de la participation du corps ciliaire: les exsudats, les synéchies, les précipités de descemète.

Nous connaissons le spasme du sphincter irien au cours des lésions de la cornée et l'apaisement qu'apporte à sa douloureuse contraction l'instillation d'une goutte d'atropine.

L'histopathologie a mis en évidence l'infiltration leucocytaire et la congestion de l'iris dans l'ulcère à hypopion, les zones de nécrose, les nodules inflammatoires de l'iris dans une kératite zonateuse, l'hyphéma de certaines kératites herpétiques.

TRANTAS a montré dans ces études gonioscopiques la fréquence au cours des kératites parenchymateuses tuberculeuses des lésions de l'angle iridocornéen et des goniosynéchies.

Une thérapeutique rationnelle doit donc tendre dans une segmentite antérieure à cicatrifier l'ulcère cornéen et à mettre l'iris et le corps ciliaire au repos.

C'est le but poursuivi dans les traitements innombrables qu'ont inspiré les kératites et si suivant l'étiologie la thérapeutique générale varie, les traitements locaux sont à peu près tous dans la même ligne: destruction du microbe ou du virus pathogène par des antibiotiques ou des antiseptiques ou des cautérisations ignées ou chimiques de l'ulcère et adjonction d'un mydriatique.

Parfois cette classique méthode suffit pour amener la sédation des phénomènes mais fréquemment aussi elle échoue. C'est que si la réaction irienne commande l'atropine, la défense cornéenne exige pour la vitalité de ses tissus une tension oculaire basse peu compatible avec l'emploi des mydriatiques.

On sait d'ailleurs le rôle favorable de l'hypotonie dans l'évolution des kératites et il suffit d'avoir vu l'éclaircissement d'une cornée ulcérée sous l'effet des paracentèses pour s'en convaincre. On a d'ailleurs beaucoup utilisé l'ésérine dans le traitement des kératites et avec succès mais elle ne calme pas les douleurs du malade, elle favorise la formation de synéchies postérieures, elles-mêmes génératrices du glaucome secondaire.

A cette difficulté dans le choix des myotiques ou des mydriatiques viennent s'ajouter les échecs que nous réservent les tentatives de cicatrisation. Les antibiotiques sont bien bactéricides mais restent sans action sur les virus.

Les troubles trophiques ne sont point améliorés, en règle générale, par les corticostéroïdes. Et il est trop fréquent de voir des ulcérations cornéennes dont le caractère infectieux paraît disparu mais qui restent irritées, torpides, à fluorescéine ++. L'altération de la trophicité entretient la lésion.

Quelle thérapeutique adopter dans ces formes subaigues décourageantes par leur tendance à la chronicité?

C'est pour pallier à ces écueils que j'ai été amené à associer deux thérapeutiques qui répondent chacune aux objections que j'ai présentées: *l'iridectomie qui tranche le dilemme atropine, ésérine, et la tarsoraphie qui constitue le pansement idéal de la cornée.*

Bien entendu, il n'y a lieu de l'envisager que si les traitements médicaux ont échoué ou si l'amaïssissement de la cornée par la kératite entraîne une ectasie avec menace de perforation qui commande une thérapeutique d'urgence, et il est certain que j'ai beaucoup moins souvent qu'autrefois motif à l'utiliser.

La technique que j'utilise consiste, après anesthésie locale et injection rétro bulbaire et palpébrale de novocaïne, à faire une iridectomie totale à la pique à midi avec distrète tunellisation conjonctivale pour faciliter la cicatrisation de la plaie. Ensuite, une tarsoraphie médiane de 10 à 15 millimètres est pratiquée, nécessitant deux ou trois points de suture à la soie huilée. Il est tout à fait indispensable dans ce temps opératoire de ne découper aux ciseaux qu'une très mince languette du bord postérieur de la tranche palpébrale. En particulier, il faut éviter que la tranche de section n'entame le sol ciliaire car il entrainerait des déviations secondaires des cils qui sont une des complications qui ont été le plus invoquées par les adversaires de la tarsoraphie. Si l'avivement ne découvre pas les bulbes ciliaires, il n'y a pas lieu de redouter l'apparition d'un trichiasis.

La tarsoraphie faite, instillation d'atropine, pansement binoculaire pendent 2 ou 3 jours. L'œdème palpébral post opératoire disparaît rapidement et on peut alors par les deux extrémités de la fente palpébrale surveiller la cornée et l'évolution de la maladie.

Les suites opératoires sont tuot à fait démonstratives. Le malade qui se plaignait de céphalées, de photophobie, de larmoiement, est immédiatement calmé et peut souvent, très rapidement, reprendre un travail qu'il avait abandonné depuis longtemps.

Quand, au bout de quelques semaines, l'œil est cicatrisé et la fluorescéine négative, la tarsoraphie est ouverte d'un coup de ciseaux et le bilan des lésions cornéennes alors pratiqué permet d'envisager ou le statu quo ou, pour l'avenir, une kératoplastie.

J'ai pratiqué cette opération une centaine de fois et pour des cas très dissemblables: ulcères infectieux de la cornée rebelles aux traitements médicaux, segmentite antérieure tuberculeuse, kératites herpétiques, kératites disciformes, kératites zonateuses, etc. Je n'ai eu qu'à me louer des résultats obtenus.

Jamais, en particulier, les complications, que me faisaient initialement redouter une iridectomie faite à chaud, ne se sont produites; et le soulagement immédiat des douleurs du malade et la cicatrisation le plus souvent durable des ulcères ont été à peu près constamment obtenus.

Je pense que le mode d'action est sensiblement identique dans ces divers cas: l'iridectomie lève le spasme irien puisqu'elle coupe le sphincter. Elle garantit des accidents glaucomateux et permet l'usage à l'atropine qui met le muscle ciliaire au repos. Elle entraîne une hypotonie qui favorise la cicatrisation.

La blépharorrhaphie par le repos qu'elle apporte à l'œil, par la mise à l'abri des irritations extérieures (lumière, vent, poussière) par les conditions d'humidité et de chaleur où elle met la cornée, contribue certainement à sa défense.

En outre, dans les kératocèles, compression élastique et permanente de la sangle palpébrale sur l'oeil qu'elle contient et qu'elle moule agit mécaniquement contre les perforations en doublant une cornée amincie et lui permettant de se cicatrifier, de se consolider en bonne position et d'éviter la formation d'un staphylome.

En définitive, les deux opérations combinées mettent l'oeil au repos absolu, ce qui constitue un élément primordial de guérison.

11 Rue Copernic.