

On pratique la sclérotomie dans le glaucome, mais les résultats n'en sont pas aussi sûrs et certainement pas aussi durables que ceux de l'iridectomie. C'est pour ce motif que la sclérotomie n'est plus pratiquée, par la plupart des opérateurs, comme opération courante dans le glaucome, et n'est plus exécutée que dans certains cas exceptionnels. A ces cas appartiennent : 1° le glaucome simple, avec chambre antérieure profonde et sans hypertonie manifeste; 2° le glaucome inflammatoire quand, par suite de son atrophie, l'iris est devenu si mince qu'on ne peut pas espérer exécuter une iridectomie suivant les règles; 3° le glaucome hémorragique; 4° l'hydrophthalmie; 5° au lieu d'une seconde iridectomie dans les cas de glaucome où, en dépit d'une première iridectomie, exécutée correctement, une nouvelle hypertonie se manifeste.

La *sclérotomie postérieure* se pratique sur le segment postérieur de la sclérotique. L'incision sera exécutée suivant la direction d'un méridien, c'est-à-dire d'arrière en avant, parce que la plupart des fibres de la sclérotique se dirigent dans ce sens, et la plaie a moins de tendance à s'entre-bâiller; en outre, on rencontre ainsi le moins de vaisseaux de la choroïde. L'endroit de l'incision doit être choisi de façon à ne blesser ni un muscle de l'œil, ni le corps ciliaire. Afin d'éviter la blessure de ce dernier, l'incision doit rester au moins à 6 millimètres en arrière du bord de la cornée. Les indications de la sclérotomie postérieure sont :

1° *Le décollement de la rétine.* — On enfonce un large couteau de Grafe dans la sclérotique, à l'endroit qui correspond au plus fort soulèvement. Dès que le couteau, ayant traversé la sclérotique et la choroïde, se trouve dans la poche sous-rétinienne, on lui fait subir un léger mouvement de rotation, de façon à obliger la plaie à s'entre-bâiller. A ce moment, on remarque que, sous la conjonctive soulevée, il se forme une vésicule jaunâtre produite par le liquide sous-rétinien sorti de la plaie. Dès que le liquide a cessé de couler, on retire le couteau;

2° *Le glaucome,* lorsque la chambre antérieure a disparu et que l'iridectomie est devenue, pour des raisons techniques, impossible (certains cas de glaucome malin et absolu). L'opération se pratique de la même manière que dans le décollement rétinien, seulement, ce n'est pas du liquide sous-rétinien, mais un peu de corps vitré qu'on laisse s'échapper. En outre, en raison de la consistance plus grande du corps vitré, l'on est le plus souvent obligé de faire l'incision un peu plus longue. Après la sclérotomie, d'ordinaire la chambre antérieure se rétablit, et il devient possible d'exécuter alors une iridectomie;

3° On fera une section méridienne d'une plus grande étendue, quand il s'agit d'*extraire* du corps vitré soit un corps étranger, soit un cysticerque.

II. — IRIDECTOMIE.

§ 156. — On exécute l'iridectomie, d'après Beer, de la manière suivante : on enfonce le couteau lancéolaire dans le voisinage du bord cornéen,

tantôt plus vers la périphérie, tantôt plus vers le centre, suivant qu'on se dispose à exciser l'iris plus ou moins près de son insertion ciliaire. On enfonce la lance jusqu'à ce que l'incision ait acquis une largeur suffisante (4-8 millimètres, d'après l'étendue d'iris que l'on compte exciser). En outre, il faut tenir la lance de façon que l'incision soit concentrique au bord cornéen. Il faut également retirer le couteau lentement, en le faisant glisser contre la paroi postérieure de la cornée, pour ne pas blesser l'iris ou le cristallin, qui s'avancent au moment où l'humeur aqueuse s'échappe. Après avoir pratiqué l'incision, on introduit dans la chambre la pince à iridectomie fermée (fig. 316, 13), et on l'avance jusqu'au bord de la pupille. A ce moment, on ouvre la pince, et, en pressant légèrement sur l'iris, on en saisit un pli; ensuite on entraîne l'iris au dehors, et, au moment où il est le plus tendu, on le sectionne à ras de la plaie, à l'aide des ciseaux courbes ou des pinces-ciseaux de Wecker (fig. 316, 12). L'opération est terminée, et il ne reste plus qu'à refouler doucement l'iris dans la chambre antérieure à l'aide d'une spatule introduite dans la plaie, afin qu'après l'opération la pupille et le colobome aient une forme convenable.

Les *indications* de l'iridectomie sont :

1° *Des obstacles optiques.* — Ils consistent en opacités des milieux réfringents dans le champ pupillaire. A ces opacités appartiennent : a) des opacités cornéennes; b) une membrane pupillaire (occlusion de la pupille); c) des opacités du cristallin, telles que la cataracte zonulaire, la cataracte nucléaire, ou la cataracte polaire antérieure, d'un diamètre très grand, enfin la cataracte rétractée qui ne s'étend pas loin vers la périphérie; d) la subluxation du cristallin, où il s'agit de placer la pupille devant la partie privée de cristallin.

Pour qu'une iridectomie optique puisse être exécutée avec avantage, les *conditions* suivantes sont nécessaires :

a) L'opacité doit être assez *dense* pour empêcher la formation d'images nettes sur la rétine. Il ne suffit donc pas que les troubles de la vue consistent en un simple éblouissement. Dans ce cas, l'iridectomie ne servirait qu'à le rendre plus gênant encore. Souvent on commet l'erreur de pratiquer l'iridectomie pour des opacités relativement légères et, au lieu d'améliorer la vue, on la rend plus mauvaise. Pour éviter une semblable méprise, on commence par déterminer soigneusement l'acuité visuelle, puis on instille de l'atropine et on renouvelle l'examen. Lorsque la vue est beaucoup meilleure après qu'avant la dilatation pupillaire, l'iridectomie est indiquée; sinon, il faut y renoncer;

b) L'opacité doit être *stationnaire*. Ainsi, dans les opacités de la cornée, le processus inflammatoire doit être entièrement terminé et, dans

les opacités du cristallin, on n'opère que lorsqu'on a affaire à l'une des formes stationnaires de cataracte. Si l'on agissait autrement, on courrait le risque de voir se troubler ultérieurement l'endroit choisi pour l'établissement de la pupille artificielle ;

c) Il faut que les *organes de la perception lumineuse* — rétine et nerf optique — soient normaux. On s'en assure par l'examen de l'acuité visuelle, qui doit être en rapport à peu près avec les obstacles optiques visibles. Lorsque l'opacité est telle qu'elle ne laisse plus subsister que la vision quantitative, il faut procéder à l'examen au moyen de la flamme d'une bougie. Pour cela, on rend la chambre obscure, et on se place vis-à-vis du patient, une bougie allumée à la main. Alors tantôt on met la main devant la lumière, tantôt on la retire, et on s'assure ainsi si le patient indique convenablement les alternatives du clair et de l'obscur. On pratique d'abord cet examen à proximité du patient, et on s'éloigne de plus en plus, jusqu'à ce que l'on ait trouvé la distance la plus grande à laquelle il est encore capable de distinguer la clarté de l'obscurité. De cette manière, on détermine la sensibilité à la lumière directe. Pour explorer l'étendue du champ visuel, on fait fixer le patient droit devant lui et l'on approche graduellement une bougie de côté jusqu'en face de lui ; on lui demande à quel moment la lumière est perçue et de quel côté elle se trouve. De cette façon, on parvient à déterminer, de tous les côtés, les limites du champ visuel.

L'opacité la plus épaisse n'arrive pas à supprimer la vision quantitative au centre et à la périphérie. Aussi, lorsque la rétine et le nerf optique sont sains, la lueur de la bougie, placée en face du patient, doit être perçue à la distance d'au moins 6 mètres ; elle doit être vue de tous les côtés et sa position doit être exactement indiquée. S'il en est autrement, les organes de la perception lumineuse ne sont pas normaux. Le point de savoir s'il faut procéder ou non à une iridectomie optique dépend du degré de conservation de la perception lumineuse. — Ces observations touchant la sensibilité à la lumière s'appliquent, d'ailleurs, non seulement à l'iridectomie, mais à toute opération entreprise dans le but de rendre la vision, notamment à l'opération de la cataracte.

Comme *contre-indications* de l'iridectomie optique, nous devons citer : 1° une perception lumineuse déficiente ou nulle ; 2° un strabisme ancien de l'œil porteur de l'opacité. Dans ce cas, alors même que, au point de vue technique, l'opération serait suivie des meilleurs résultats, la vue ne serait guère améliorée, ces yeux étant le siège d'une amblyopie par anopsie ; 3° l'aplatissement de la cornée. En effet, les yeux dont la cornée est aplatie ont certainement été atteints non seulement d'une kératite, mais encore d'une iridocyclite qui a laissé derrière l'iris des membranes

exsudatives épaisses. C'est pourquoi, alors même que l'on réussirait à exciser l'iris, on n'aurait pas encore établi une ouverture libre, on se trouverait, au contraire, devant les couennes exsudatives impossibles à perforer ; 4° l'enclavement de tout le bord pupillaire dans une cicatrice cornéenne, avec adossement consécutif du diaphragme irien à la paroi postérieure de la cornée. Si cet état dure depuis assez longtemps, on ne réussit pas à exciser un morceau d'iris, car celui-ci est devenu très fragile, par suite de son atrophie, et a contracté de trop solides adhérences avec la cornée.

Le *colobome*, que l'on fait dans un but optique, doit être disposé de telle manière qu'il occasionne le moins d'éblouissement possible. Ce but est atteint quand le colobome est étroit et ne s'étend pas jusqu'au bord cornéen (fig. 325, O). Si l'excision s'étendait jusqu'à la racine de l'iris,

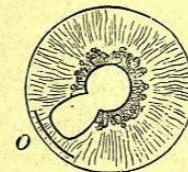


FIG. 325. — Iridectomie optique. — L'incision siège tout entière dans la cornée, le colobome est étroit et n'atteint pas le bord ciliaire de l'iris.

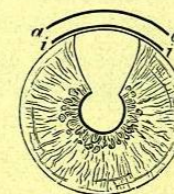


FIG. 326. — Incision d'une iridectomie pour glaucome. — aa, ouverture extérieure de la plaie ; ii, ouverture intérieure située à la limite scléro-cornéenne. Voir le texte de la fig. 323.

elle mettrait à nu le bord du cristallin, ainsi que l'espace qui le sépare des procès ciliaires, et laisserait ainsi pénétrer dans l'œil une grande quantité de rayons irrégulièrement réfractés. Pour que le colobome soit étroit et pas trop périphérique, l'incision doit être courte et se trouver au niveau du limbe ou même un peu en dedans. Il est évident qu'il faut faire une exception pour les cas où, seules, les parties marginales de la cornée sont restées transparentes. En effet, dans ce cas, l'iridectomie ne pourrait être pratiquée ailleurs que tout à fait à la périphérie.

Comme *lieu d'élection* du colobome, on choisit l'endroit où les milieux sont le plus transparents. Si la chose est possible, on évite de placer le colobome en haut, car il serait couvert en partie par la paupière supérieure. Lorsque les milieux sont partout également transparents à la périphérie (dans les cicatrices cornéennes tout à fait centrales, lorsqu'il y a une membrane pupillaire, ou dans la cataracte périnucléaire), on exécute l'iridectomie du côté inféro-interne (fig. 325), parce que, dans la plupart des yeux, la ligne visuelle traverse la cornée un peu en dedans de son sommet (voir p. 743).

§ 157. 2° *L'hypertonie*. — L'iridectomie est indiquée dans le glaucome primitif, ainsi que dans le glaucome secondaire résultant d'ectasies de la cornée ou de la sclérotique, ou bien encore de séclusion pupillaire, d'irido-choroïdite, etc. Dans le glaucome hémorragique, souvent l'iridectomie ne réussit pas. — En général, le succès de l'opération est d'autant plus certain qu'elle est exécutée de meilleure heure. Cependant on opère encore quelquefois dans les cas d'hypertonie, bien que la perception lumineuse soit perdue, c'est-à-dire alors qu'il ne pourrait être question de rétablir la vision. Dans ce cas, le but de l'iridectomie est de combattre les douleurs ou de prévenir la dégénérescence ultérieure (notamment l'ectasie) du globe oculaire.

Dans l'iridectomie pratiquée pour combattre l'hypertonie, le colobome — à l'inverse de l'iridectomie optique — doit être large et s'étendre jusqu'au bord ciliaire de l'iris. Dans ce but, on place l'incision aussi loin que possible dans la sclérotique, et on la fait très large (fig. 326). Lorsqu'on n'a pas à s'arrêter en même temps à des considérations optiques, on l'exécute en haut, afin qu'ainsi le colobome soit partiellement caché par la paupière supérieure et que l'éblouissement soit moins prononcé.

3° *Cicatrices ectatiques de la cornée* (staphylômes partiels), pour en obtenir l'aplatissement. On parvient à ce résultat d'autant plus tôt que le staphylôme est plus jeune et à parois plus minces, c'est-à-dire que le prolapsus irien est plus récent.

4° *L'iritis récidivante*. — L'iridectomie peut prévenir les récidives. Pourtant, la réussite n'est pas constante. Quand on opère dans ce but, il faut choisir le moment où l'inflammation fait défaut.

5° *La fistule de la cornée*. — Le but de l'iridectomie, dans ce cas, est de permettre à la fistule de se cicatriser solidement. Pour entreprendre l'opération, il faut attendre qu'il y ait au moins une trace de chambre antérieure ; sinon, l'iridectomie est impossible, pour des raisons techniques.

6° Quelquefois, l'on ne parvient à extraire un *corps étranger* qui se trouve dans l'iris, qu'en excisant le lambeau dans lequel il est logé. Il en est de même pour les kystes et les petites tumeurs de l'iris.

7° Comme *opération préliminaire* de l'extraction de la cataracte, on pratique l'iridectomie principalement quand il s'agit de cataracte compliquée (avec synéchies postérieures, hypertonie, etc.).

Dans les cas où l'iridectomie est pratiquée comme acte préliminaire d'une extraction de cataracte, l'excision de l'iris doit se faire en haut, afin de pouvoir utiliser le colobome pour l'extraction de la cataracte, qui, généralement, se fait par le haut.

Au point de vue de l'acuité visuelle, l'effet d'une iridectomie optique reste très souvent en dessous de ce que le médecin et le patient en avaient attendu. Cette remarque s'applique notamment à l'iridectomie pratiquée dans le cas de cicatrices de la cornée. Il faut attribuer à plusieurs causes cette faiblesse de la vue, qui persiste si souvent, même après une opération parfaitement réussie. Tout d'abord, dans la partie périphérique de la cornée que l'on a choisie pour pratiquer l'iridectomie, existe le plus souvent un notable degré d'astigmatisme. Celui-ci dépend en partie de la cicatrice qui l'avoisine, en partie de l'opération elle-même. Ajoutez-y la réfraction astigmatique des rayons lumineux qui — dans les parties périphériques du colobome — passent par le bord du cristallin. Cet astigmatisme, pour la plus grande partie irrégulier, est d'autant plus sensible que la nouvelle pupille est plus large et moins ou plus du tout mobile, et qu'elle n'est par conséquent plus susceptible de diminuer les cercles de diffusion (V. p. 798). En outre, vis-à-vis du colobome la cornée est souvent moins transparente qu'on ne le supposait avant l'iridectomie. Ainsi, des opacités peu intenses s'aperçoivent à peine quand, derrière elles, se trouve un iris clair ; mais dès que, après l'iridectomie, elles se trouvent devant un colobome noir, elles frappent le regard. La désillusion est plus grande encore, lorsque, après avoir terminé l'iridectomie, on trouve un colobome blanc au lieu d'un noir, parce que le cristallin est opaque.

Il est évident, d'ailleurs, que le degré de l'acuité visuelle récupérée dépend de l'état des parties sensibles à la lumière, état qui a été examiné avant l'opération. Au sujet de cette épreuve, il faut particulièrement faire observer qu'en *examinant la périphérie du champ visuel*, il ne suffit pas de demander si la lumière que l'on tient latéralement est perçue, mais encore où elle se trouve. Au besoin, on demande au patient d'en indiquer la place au moyen du doigt, ou de la prendre avec la main. Il n'est pas rare en effet qu'aussitôt que la flamme de la bougie paraît dans la périphérie du champ visuel, le patient perçoive la lueur, mais qu'il se trompe sur l'endroit où elle se trouve. Ainsi, par exemple, il prétendra, chaque fois, que la bougie se trouve à droite, alors qu'on la tient en un tout autre point. Voici comment cette erreur s'explique : lorsqu'un œil dont les milieux sont transparents est examiné dans une chambre obscure, au moyen d'une bougie, l'image de celle-ci se produit sur un point diamétralement opposé de la rétine, et tout le reste de celle-ci est privé de lumière et a la sensation de l'obscurité. Si la partie de la rétine qui se trouve vis-à-vis de la lumière était insensible, aucune lumière ne serait vue. Il n'en est pas de même pour un œil dont les milieux sont troubles. Dans celui-ci, les rayons venant de la lumière sont tellement dispersés par les opacités, que toute la rétine en est illuminée, quel que soit l'endroit où se trouve la source lumineuse. Sans doute, l'éclairage de la rétine n'est pas uniforme. Toujours les parties de la rétine situées vis-à-vis de la lumière reçoivent un plus grand nombre de rayons que le reste du champ rétinien, et c'est pour cela que le malade est en état d'indiquer où se trouve la lumière. Mais rien n'empêcherait qu'il ne la vit