

aussi, lors même que le point de la rétine placé en regard de la bougie serait insensible, puisque le reste de la rétine reçoit également de la lumière. Admettons que toute la rétine soit devenue insensible, sauf dans une région située du côté temporal. Quel que soit le côté où l'on tient la bougie, cette région recevra ou percevra de la lumière diffuse. Le patient projettera cette perception à l'endroit opposé du monde extérieur, et il s'imaginera toujours voir la lumière du côté nasal. Il ne suffit donc pas que la lumière soit vue, pour être certain que toutes les parties rétinienne fonctionnent normalement, il faut encore que, chaque fois, la situation de la lumière soit exactement indiquée.

Comment faut-il diriger l'œil pour voir avec une pupille siluée excentrique ? Supposons un œil portant une cicatrice cornéenne centrale *n* (fig. 327), telle que la vue ne soit possible que par un colobome et que celui-ci siège en

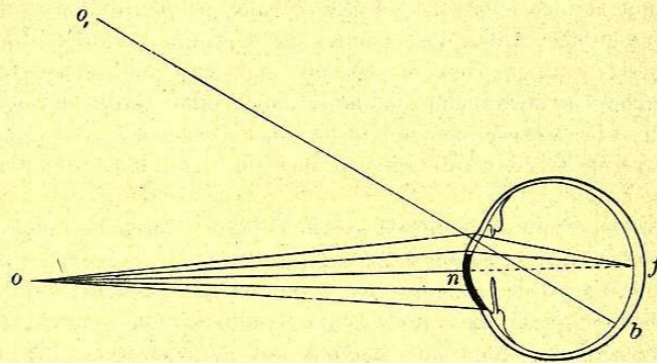


FIG. 327. — Marche des rayons à travers une pupille excentrique.

haut. Cet œil, pour fixer un objet *o*, doit-il s'abaisser de manière que le colobome se trouve vis-à-vis de cet objet ? Nullement. Dans cet œil, les rayons se réfractent absolument comme dans un œil sain. La seule différence consiste en ce que, de tout le cône lumineux émis par l'objet *o*, il n'y a que les rayons supérieurs, c'est-à-dire ceux qui correspondent au colobome, qui pénètrent dans l'intérieur de l'œil. Ils projettent leur image dans la fovea *f*, lorsque l'objet se trouve sur le trajet de la ligne visuelle. Un objet *o'* qui se trouve vis-à-vis du colobome, projette son image en *b*, c'est-à-dire en dessous de la fovea, et il ne serait pas vu par les parties centrales de la rétine. Donc un œil à pupille excentrique fixe absolument comme un œil normal. Il n'est pas inutile d'insister sur ce point, parce que, sous ce rapport, il règne chez beaucoup de personnes des idées erronées. Ainsi, dans une monographie très savante sur la rétinite pigmentaire, on peut lire que, dans cette affection, lorsqu'il existe des opacités cristalliniennes centrales, une iridectomie n'est d'aucune utilité, parce qu'alors les images des objets tomberaient sur les parties périphériques de la rétine, lesquelles sont

insensibles ! Cela n'arriverait dans tous les cas que lorsque les objets eux-mêmes se trouveraient dans la périphérie du champ visuel.

Ces considérations répondent également à la question de savoir s'il se manifeste de la diplopie chez une personne qui porte aux deux yeux des colobomes situés asymétriquement, par exemple en haut dans l'œil droit, en dedans dans l'œil gauche. Dans ce cas, la vision binoculaire est simple, puisque dans les deux yeux l'objet fixé projette son image sur le même point, c'est-à-dire sur la fovea, quelle que soit la situation du colobome.

Lorsque la chambre antérieure est peu profonde, l'exécution de l'iridectomie est difficile. C'est le cas lorsque l'iris est bombé en avant, quand il est enclavé dans la cornée, dans le glaucome, dans la fistule de la cornée, etc. Dans tous les cas, on ne peut pas avancer la lance très loin, sinon on la ferait pénétrer dans l'iris ou le cristallin. Alors, pour donner à l'incision une longueur suffisante, il faut élargir latéralement la section en retirant la lance. Dans des cas semblables, pour exécuter la section, on peut se servir du couteau de Græfe, mais seulement quand il s'agit d'une incision à faire au niveau du bord supérieur ou du bord inférieur de la cornée. On ne peut exécuter des sections verticales avec le couteau de Græfe, parce que le rebord orbitaire gêne le maniement de cet instrument.

Les accidents fâcheux qui peuvent survenir pendant l'iridectomie, sont : 1° la lésion de l'iris ou du cristallin par la lance, soit par la maladresse de l'opérateur, soit par le défaut de tranquillité du patient. La blessure de la capsule du cristallin produit une cataracte traumatique, qui non seulement occasionne un nouvel obstacle à la vue, mais encore menace l'œil d'une inflammation ou d'une hypertonie ; 2° l'iridodialyse. Cet accident rend l'excision de l'iris plus difficile, occasionne une abondante hémorragie et fait que souvent il existe une double pupille (V. p. 389) ; 3° celle-ci peut encore résulter de ce que le sphincter de la pupille n'est pas compris dans le morceau d'iris excisé, de façon que, semblable à un pont, il établit une séparation entre la pupille et le colobome. Cet accident dépend de ce qu'on a coupé l'iris avant qu'il ne fût suffisamment attiré hors de la plaie. On n'aura pas à regretter ce fâcheux accident si l'on observe les deux règles suivantes : la première, c'est de ne pas saisir l'iris avec la pince, avant d'avoir poussé celle-ci jusqu'au bord pupillaire, de façon à pouvoir pincer ce bord lui-même. La seconde règle consiste à ne pas couper l'iris avant de l'avoir suffisamment attiré, pour en voir la face postérieure noire. Si, malgré ces précautions, le sphincter est resté en place, on réintroduit, dans la chambre antérieure, un crochet mousse, on attire le pont du sphincter et on l'excise. Mais il se peut que le sphincter reste en place, parce qu'il est tellement soudé à la cristalloïde, qu'il se laisse plutôt arracher de l'iris, quand on cherche à le sortir de l'œil. Alors mieux vaut ne pas faire de nouvelles tentatives de l'enlever, car on risquerait facilement de léser la capsule ; 4° quand on opère dans le cas d'une synéchie postérieure totale, il arrive souvent que le pigment rétinien de l'iris reste, au niveau du colobome, adhérent à la cristalloïde, à laquelle il est intimement fixé par un exsudat organisé. Alors immédiatement

après l'iridectomie, on s'imagine avoir formé un beau colobome noir; mais, au moyen de l'éclairage latéral, on se convainc bientôt qu'au lieu d'être noir il est d'un brun sombre, c'est-à-dire couvert de pigment. Dans ce cas, l'effet de l'opération sur la vue est nul. Il arrive aussi fréquemment que, dans les cas de synéchie postérieure totale, on ne parvienne pas du tout à entraîner l'iris dans la plaie pour l'exciser. Car, d'un côté, il est si fragile et, de l'autre, si solidement adhérent au cristallin, qu'on doit se contenter d'arracher avec la pince de petits lambeaux de l'iris, au lieu de l'entraîner dehors. Dans cette occurrence, aussi bien que lorsque le feuillet pigmentaire est resté en place, il n'y a pas d'autre parti à prendre que d'enlever en même temps le cristallin, même s'il est encore transparent; 5° le prolapsus du corps vitré s'observe dans l'iridectomie, surtout quand la zonule est malade, comme, par exemple, dans la luxation du cristallin ou l'hydrophtalmie, ou bien lorsque l'on opère chez de petits enfants, chez lesquels la zonule est encore très délicate.

III. — IRIDOTOMIE.

§ 158. — L'iridotomie consiste à inciser simplement l'iris, sans en exciser un lambeau, ce qui distingue cette opération de l'iridectomie. Son but est de pratiquer une ouverture dans l'iris, pour créer une nouvelle pupille. Comme l'incision de l'iris intéresserait en même temps le cristallin situé derrière lui, et qu'ainsi elle produirait une cataracte traumatique, l'iridotomie est une opération qui ne convient que pour des yeux privés de leur cristallin. Le plus souvent, il s'agit d'yeux qui ont été opérés de la cataracte, mais dont l'acuité visuelle s'est ultérieurement perdue de nouveau par iridocyclite. Dans ces cas, l'iris forme avec la membrane exsudative et la cataracte secondaire un diaphragme solide, qui sépare la chambre antérieure du corps vitré. Pour rétablir la vue, il faut percer ce diaphragme. On peut y arriver au moyen d'une simple incision, dirigée de façon à couper le diaphragme perpendiculairement à l'endroit de sa plus forte tension. Alors la section s'entre-bâille par la rétraction de ses lèvres, et il se produit une pupille en forme de fente (pupille de chat). L'opération se pratique :

a) Au moyen du *couteau de Græfe*. On le pousse à travers la cornée et le diaphragme, et l'on coupe ce dernier perpendiculairement à la direction de sa plus forte tension. Cette méthode n'est pourtant applicable que lorsque le diaphragme n'est pas trop dense; s'il en était autrement, le couteau rencontrerait une forte résistance et, en faisant des tentatives pour sectionner le diaphragme, on tirerait le corps ciliaire, ce qui pourrait être le point de départ d'une nouvelle iridocyclite;

b) Au moyen des *pincettes-ciseaux de Wecker*. Avec le couteau lancéo-

laire; on pratique près du bord cornéen une ponction, par où l'on introduit les pincettes-ciseaux fermés dans la chambre antérieure. Arrivé là, on ouvre l'instrument et, avec la branche aiguë postérieure, on perce le diaphragme, tandis que la branche antérieure reste dans la chambre antérieure. Ensuite, on pousse encore un peu les pincettes-ciseaux, on ferme et on coupe ainsi le diaphragme perpendiculairement à la direction de la plus grande tension. Cette opération est plus sérieuse que la première et ordinairement accompagnée de perte du corps vitré. En revanche, elle n'occasionne aucun tiraillement, puisqu'on fend ici le diaphragme, absolument comme l'on coupe en deux une feuille de papier.

L'iridotomie échoue souvent, à cause de la trop grande résistance du diaphragme, qui peut même quelquefois être ossifié. D'autre part, un résultat, très beau immédiatement après l'opération, peut se perdre lorsque l'iridotomie, réveillant l'iridocyclite, provoque la formation de nouveaux exsudats qui oblitèrent la pupille nouvellement créée. Pour cette raison, avant de recourir à une iridotomie, on attend, autant que faire se peut, que tous les symptômes inflammatoires aient disparu, bien entendu, si aucune circonstance étrangère, telle que la protrusion de l'iris, l'hypertonie ou un début d'atrophie de l'œil n'oblige à procéder plus tôt à l'opération.

Pour sectionner l'iris sans danger pour le cristallin, lorsque celui-ci existe encore, on peut recourir à l'*iridotomie extraoculaire*. On fait, à la lance, une incision dans le limbe, comme pour une iridectomie, on attire l'iris et on le sectionne dans une direction radiée (du bord pupillaire au bord ciliaire); on le rentre alors dans la chambre aqueuse. On a ainsi pratiqué dans l'iris un orifice en V; aussi recourt-on à ce procédé, au lieu d'une iridectomie optique, quand on veut obtenir un tout étroit colobome.

Il est encore possible de faire une iridectomie, lorsque le cristallin est en place et sans le blesser, dans le cas où l'iris bombe en avant (par suite d'une séclusion de la pupille), parce qu'ici un grand intervalle, la chambre postérieure agrandie, sépare l'iris du cristallin. On peut pratiquer dans ce cas l'iridectomie en faisant la *transfixion* de l'iris. On introduit un couteau de Græfe à 1 millimètre environ en dedans du bord temporal de la cornée, on le pousse dans la chambre antérieure et l'on sort au point symétrique du côté nasal. Les points d'entrée et de sortie siègent dans le méridien horizontal de la cornée; le couteau est tenu de façon que son manche soit parallèle à la base de la cornée. Mais l'iris est fortement propulsé en avant; le couteau, en pénétrant, le rencontre d'abord dans sa moitié temporale, puis dans sa moitié nasale, aux endroits où il est le plus saillant, et y fait des trous. Ceux-ci restent béants et rétablissent la communication entre les deux chambres; l'iris reprend sa position normale et la tension oculaire redevient physiologique. On peut donc recourir à cette opération, à la place de l'iridectomie,