

droit, les manœuvres sont les mêmes ; le couteau lancéolaire est tenu de la main *gauche* ; la pince à iris avec la même main, les ciseaux de la main droite.

Lorsqu'on opère sur la partie *interne* de l'iris, la saillie de la racine du nez rendant difficile la ponction de la sclérotique vers le grand angle, on se sert d'un couteau lancéolaire dont la lame forme avec la tige un angle obtus. De même, pour attirer l'iris au dehors, on se sert de pinces dont les branches offrent une courbure suivant les bords. Les mêmes instruments, coudés, peuvent être employés avantageusement pour pratiquer l'iridectomie soit à la partie supérieure, soit à la partie inférieure de l'iris.

L'opération terminée, on rapproche les paupières et on les maintient affrontées au moyen de bandelettes de taffetas agglutinatif, comme après l'opération de la cataracte par extraction. Le malade reste au lit, la tête élevée, et on le soumet au traitement de la kératotomie.

Accidents. Ils sont *immédiats* ou *éloignés*. Pendant la durée de la ponction, le couteau peut se *fourvoyer entre les lames de la cornée* ; il n'y a d'autre parti à prendre que de retirer l'instrument et de ponctionner un autre point. Si la pointe de la lance est dirigée en arrière et qu'on *passé dans la chambre postérieure*, ou même *dans l'humeur vitrée*, on retire le couteau et l'on ponctionne *un autre point* de la circonférence scléroticale, en ayant soin, cette fois, de donner à l'instrument une direction convenable. Si, à l'aide de la dernière manœuvre, on ne peut faire une pupille dans un point correspondant à la portion de la cornée demeurée transparente, il est préférable de laisser la plaie de la sclérotique se cicatriser et de remettre l'opération à une époque ultérieure, parce que si l'on cherchait à introduire le couteau lancéolaire dans la chambre antérieure par la première plaie, on risquerait de couper l'iris ; les pinces auraient aussi grande chance de se fourvoyer.

On éprouve quelquefois de *grandes difficultés à saisir l'iris* avec les pinces, alors même que la ponction a été faite convenablement. C'est lorsque le tissu iridien est ramolli à la suite d'inflammations.

La *piqûre accidentelle de l'iris* par la pointe du couteau lancéolaire, l'excision de la portion amenée au dehors, donnent lieu à une suffusion sanguine plus ou moins abondante dans la chambre antérieure. Cet *hypohéma* se résorbe promptement.

Lorsque, après l'excision de l'iris, la pupille artificielle est reconnue *trop petite*, quelques chirurgiens conseillent d'agrandir la première ouverture. Il faut éviter, autant que possible, d'introduire à plusieurs reprises les pinces dans la chambre antérieure, ces manœuvres exposant à des phlegmasies graves.

Les accidents *consécutifs* sont : l'inflammation de l'iris, qui a toujours pour résultat l'occlusion de la pupille artificielle ; parfois le phlegmon de l'œil ; une cataracte, en cas de blessure de l'appareil cristallinien par les instruments.

(de *διαλυω*, je sépare).

L'iridodialysie, ou la méthode qui consiste à former une pupille artificielle en décollant l'iris, à sa grande circonférence, s'exécute seule, ce qui constitue l'*iridodialysie simple* ; ou bien celle-ci est combinée soit avec l'*incision* de l'iris, soit avec l'*excision* de la portion décollée attirée au dehors, soit avec l'*enclavement* de ce même lambeau dans la plaie cornéale. Il ne sera question ici que du troisième procédé.

Iridectomiédialysie. Décollement suivi de l'excision de la portion décollée de l'iris. Les instruments nécessaires pour effectuer cette opération sont : un élévateur plein, un couteau lancéolaire, un petit crochet et des ciseaux semblables à ceux dont on se sert pour l'iridectomie. Supposons qu'on opère sur l'œil gauche et que les deux tiers externes de la cornée sont opacifiés par un leucome.

Premier temps. Incision de la cornée (fig. 183). Le malade, le chirurgien et l'aide sont placés comme dans l'iridectomie (p. 73). Un aide relève la paupière supérieure avec un élévateur plein (*e*) pendant qu'un autre aide abaisse la paupière inférieure. Le chirurgien fixe l'œil, en saisissant avec une pince à griffes (*p*), tenue de la main gauche, un repli de la conjonctive. De la main

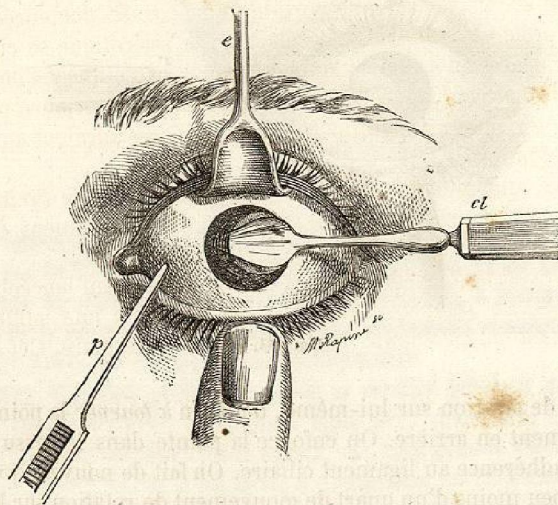


Fig. 183.

droite il prend le couteau lancéolaire (*cl*) et fait à la cornée une incision *verticale*, longue de 4 à 5 millimètres, sur les limites de la portion diaphane et de la portion opaque. Si le leucome couvrait les deux tiers inférieurs de la cornée, on donnerait à l'incision de cette membrane une direction *horizontale*,

D'une manière générale, on peut dire que l'incision de la cornée doit être parallèle à la portion de la circonférence de l'iris qu'on veut décoller.

Deuxième temps. Décollement de l'iris (fig. 184). L'élévateur plein est dégagé dès que la ponction de la cornée a été effectuée; la paupière inférieure cesse d'être abaissée. Le chirurgien retire la pince à griffes, et les paupières étant rapprochées doucement par le patient, on accorde à celui-ci quelques instants de repos. Les aides écartent de nouveau les paupières, avec les *doigts seulement*. Le chirurgien prend le *crochet à décollement* (fig. 184, r) de la main droite, comme une plume à écrire, les deux derniers doigts de la même main appuyés sur la région malaire. Il engage le crochet par le milieu de la plaie de la cornée, la convexité du crochet tournée en haut, la pointe tournée en bas, en exerçant avec l'une de ses faces une pression douce sur la lèvre externe de l'incision de la cornée. On pousse le crochet *horizontalement, de droite à gauche* par rapport à l'opérateur, en le tenant constamment appliqué contre la face interne de la cornée, la convexité toujours tournée en haut, et on le conduit ainsi jusqu'au cul-de-sac irido-cornéen. Alors seulement on imprime à l'instrument un quart de

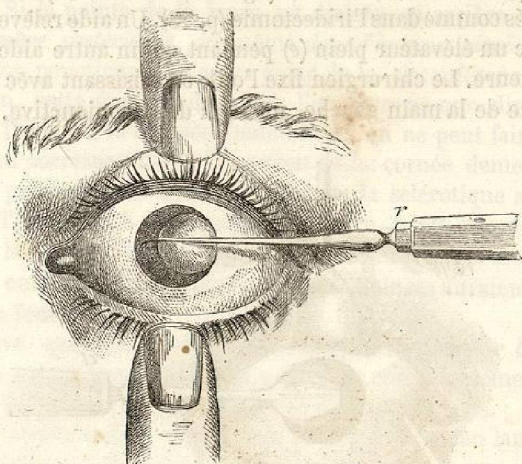


Fig. 184.

mouvement de rotation sur lui-même, de façon à *tourner* la pointe du crochet directement en arrière. On enfonce la pointe dans le tissu de l'iris, près de son adhérence au ligament ciliaire. On fait de nouveau exécuter au crochet un peu moins d'un quart de mouvement de rotation sur lui-même, de manière que la pointe qui a traversé l'iris, et qui proémine dans la chambre postérieure, soit tournée en arrière et en bas, pour éviter la lésion du cristallin; alors seulement on attire le crochet au dehors, lentement, en ayant soin de maintenir sa convexité appliquée contre la cornée. Les manœuvres de rotation du crochet sont facilitées par des points de repère placés sur le manche de l'instrument. On ne saurait se dissimuler qu'elles

présentent des difficultés, et qu'il faut une certaine habitude, pour ne pas harponner la cornée et éviter la blessure du cristallin. Pour prévenir ces accidents, on peut se servir du *coréoncion* de Græfe, du *crochet à recouvrement* de Pamard ou de la *pince-canule* (serretelle).

Troisième temps. Excision du lambeau (fig. 185). Dès que la portion décollée de l'iris a franchi la plaie de la cornée, le chirurgien qui, dès le second temps de l'opération, a saisi de la main gauche les ciseaux (c), en applique les branches par leur partie convexe contre la plaie cornéale, en ayant soin que les branches écartées, à un degré convenable, embrassent

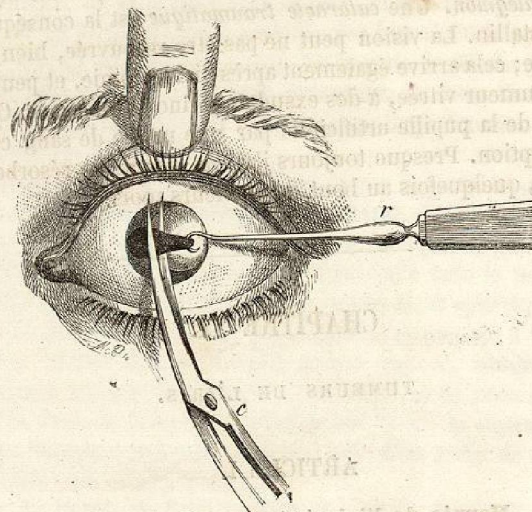


Fig. 185.

dans leur intervalle la base du lambeau, qui, par leur rapprochement, est excisé au ras de la cornée. On a ainsi une pupille de forme triangulaire, à base tournée du côté de la circonférence scléroticale, à sommet répondant à la plaie de la cornée. Le pansement et le traitement consécutif sont conformes à ce qui a été indiqué pour l'iridectomie.

ACCIDENTS. Il arrive parfois que l'iris se déchire pendant qu'on cherche à l'attirer au dehors avec le crochet. Cela peut dépendre, ou bien de ce que le diaphragme oculaire a été saisi à une trop grande distance du ligament ciliaire, auquel cas il est facile d'y remédier en implantant le crochet sur un point convenable; ou bien de ce que le tissu iridien, ramolli par une inflammation antérieure, n'offre plus de résistance. Dans le dernier cas, le crochet est parfois remplacé avec succès par les pinces.

Lorsque le couteau lancéolaire est plongé dans une portion de cornée à laquelle adhère une portion d'iris, il peut se faire que l'instrument pénètre dans la chambre postérieure. Si on continue l'opération, le crochet s'engage dans la même voie; d'où la possibilité de *léser le cristallin* et la nécessité