

resté partiellement enclavé dans la plaie sclérale, on sera quelquefois cependant amené à pratiquer son extraction avant la cessation de tous les phénomènes irritatifs.

La même conduite serait indiquée pour les *corps étrangers* inclus dans la membrane.

Il est difficile de porter de bonne heure un *pronostic* sûr pour les *suites éloignées* de ces plaies du globe, même traitées par la suture. Telle plaie guérira, avec conservation d'un certain degré de vision, alors que la plaie était fort étendue et qu'il y avait eu évacuation d'une partie du corps vitré. Telle autre, de même apparence, pourra entraîner une ophtalmie sympathique ou laisser un globe qui s'atrophiera lentement et constituera un moignon douloureux et dangereux. Le pronostic reste donc pendant longtemps incertain, comme pour toutes les plaies intéressant l'intérieur du globe et les membranes profondes.

Telles sont les opérations *sclérales* proprement dites : quant aux opérations dont le premier temps consiste seulement à traverser la sclérotique ou à celles qui agissent sur la sclérotique pour lutter contre une affection intra-oculaire, elles seront plus fructueusement envisagées dans une description ultérieure à la fois clinique et opératoire. Il en est ainsi pour le glaucome, la cataracte (extraction sclérale), le décollement de la rétine et diverses affections du corps vitré, susceptibles d'opérations à porte d'entrée sclérale. Elles seront ainsi en regard du but pour lequel elles ont été créées.

CHAPITRE SIXIÈME

IRIS

Les opérations sur l'iris sont assez nombreuses : toutefois il est juste de convenir que leur abondance stérile a été infiniment trop grande, que beaucoup d'entre elles n'ont tout au plus qu'un intérêt historique et que la plupart même n'étaient que des répétitions ou des modifications insignifiantes des procédés antérieurs. Grâce à Desmarres qui a déblayé ce terrain¹, la chirurgie irienne s'est allégée de ce lourd bagage et, grâce à une plus grande précision et à une sélection minutieuse dans les indications et la technique opératoire, grâce aussi au perfectionnement des instruments, a été considérablement simplifiée dans la seconde moitié du XIX^e siècle, tandis que la première moitié l'avait singulièrement et inutilement compliquée.

On divise en trois grandes sections les opérations qui sont encore aujourd'hui pratiquées sur l'iris. La première comprend la *libération de la pupille*, adhérente soit à la cornée, soit au cristallin. La seconde a pour objet la *section* simple de l'iris (*iridotomie*) : la troisième, la *suppression* d'une partie de cet organe (*iridectomie*). Ces deux dernières opérations ont pour objet de créer une *pupille artificielle*.

1. Les ouvrages vraiment utiles à consulter à ce sujet sont, outre le *Traité* de Desmarres, les *Traités de chirurgie oculaire* de Deval et de Wecker.

§ 1. — Libération de la pupille.

Les synéchies iriennes, par leur adhérence à la cornée ou au cristallin, provoquent quelquefois des accidents graves: les uns proviennent de l'hypertonie par hypersécrétion ou rétention mécanique des liquides intra-oculaires: les autres attirent ou conduisent l'infection dans l'œil (panophtalmie par leucome adhérent). Enfin dans quelques cas, les synéchies gênent certaines interventions sur le cristallin.

On les a accusées aussi d'être l'origine des récidives dans l'iritis à répétition. Sans qu'il soit possible de nier absolument le fait, il est certain que dans la majorité des cas, les récidives de l'iritis, si fréquentes même si une première atteinte n'a pas laissé de synéchies, auquel cas ces dernières ne sauraient être accusées, sont plutôt dues à l'infection ou à l'intoxication de l'organisme qu'à la présence des synéchies: il ne faut donc pas exagérer leur rôle.

C'est surtout pour pratiquer l'ablation du cristallin qu'on s'est efforcé d'abord de détruire des synéchies gênantes. Les oculistes du XVIII^e siècle, Woolhouse, Wenzel, les déchiraient avec une aiguille avant l'extraction de la lentille ou passaient même quelquefois au-dessous d'elles avec le couteau lorsqu'elles oblitéraient presque complètement la pupille. C'était une *synécho-iridectomie* au couteau.

Streatfield, Weber ont essayé même de détacher les synéchies avec des instruments spéciaux à extrémité mousse et à tranchant concave. On rejetera définitivement ces opérations d'une conception et d'une exécution dangereuses. Si le cristallin est transparent, elles entraîneront facilement une cataracte traumatique: si le cristallin est opaque, on commencera au moins par une *iridectomie* bien placée, qui permettra toujours d'enlever le cristallin, même s'il persiste une ou deux petites adhérences sur un point de la partie de la pupille non excisée.

D'ailleurs, si le cristallin est transparent, deux méthodes générales se présentent, que la synéchie soit cornéenne ou cristallinienne. L'une consiste à *dégager* seulement la synéchie (coréylisis): l'autre à *sectionner* la synéchie (*synéchetomie*, cette dernière étant en somme une variété d'iridotomie).

Pour réaliser la *synéchetomie*, opération souvent pratiquée au temps de Desmarres et depuis par ses élèves, on s'est servi, une fois la chambre antérieure ouverte, de crochets tranchants et de serpettes; on pourrait aussi penser au couteau boutonné. Cette opération offre, pour un bénéfice bien relatif quelquefois, de réels dangers (cataracte traumatique). Nous avons plusieurs fois, quand il s'agit d'une simple synéchie *antérieure*, passé au-dessous avec le couteau à cataracte et sectionné l'adhérence en terminant complètement ou partiellement la transfixion cornéenne. Nous avons aussi quelquefois fendu la synéchie à la lance. Mais ces procédés ne sont applicables qu'à quelques cas exceptionnels. Dans les autres cas, l'*iridectomie* unique ou répétée réalisera mieux, et avec un péril moindre, les indications opératoires et pourra même simultanément en réaliser plusieurs (indications optiques, antiphlogistiques, antiglaucomeuses, etc.), ce que la synéchetomie n'est pas toujours capable de faire.

Comme dans les cas de synéchies *totales*, surtout dans de vastes leucomes adhérents, il est impossible de libérer toutes les synéchies, même avec plusieurs *iridectomies*, Gayet s'est servi¹ d'une aiguille tubulée qui lui a permis d'introduire un fil embrassant tout le cône de synéchies de façon à le sectionner, en serrant l'anse, comme avec un serre-nœud. L'opération n'a pas donné de résultats encourageants.

Quant à l'arrachement total de l'iris, qui serait justifié

1. Gayet. *Élém. d'ophtalmologie*. Paris, 1893.

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. A.

dans ces cas-là, il n'est pas toujours possible et serait souvent dangereux pour l'œil opéré et l'œil opposé.

Lorsque toutefois l'iridectomie sera inutile, la coréclisis par le procédé de Passavant (1866) sera sans danger. A vrai dire, ce n'est pas une opération nouvelle : c'est le *premier temps de l'iridectomie*. Passavant s'est borné à détacher la synéchie avec la pince à iris, sans la couper ensuite. On dilate ensuite la pupille à l'atropine. Une très petite plaie cornéenne au couteau lancéolaire suffira et l'opération n'a aucun péril si elle est conduite délicatement. C'est là un type de ces *opérations dédoublées*, dont la sclérotomie et d'autres interventions nous offriront des exemples.

Malgré sa simplicité, il sera convenable de n'appliquer cette opération qu'aux cas où elle est raisonnablement indiquée et où elle peut avoir une utilité réelle.

§ II. — Iridotomie.

Évolution historique des méthodes opératoires. — La section simple du diaphragme irien, pour pratiquer la *pupille artificielle*, a été la première opération faite sur l'iris et dans les conditions où elle était plus facile, c'est-à-dire quand, le cristallin ayant été abaissé, la pupille s'était refermée sous l'influence d'une iridocyclite que l'emploi d'instruments septiques devait rendre relativement fréquente. C'est Woolhouse (1711) qui conçut la possibilité de l'opération, et c'est Cheselden (1728) qui l'exécuta pour la première fois. Il employait une sorte de petit couteau courbe et, passant par la sclérotique, il incisait l'iris d'arrière en avant, comme le refit plus tard Adams. Sharp l'incisa d'avant en arrière. La figure ci-contre (fig. 72) que nous reproduisons d'après des documents anciens (Heister) rend un compte suffisant de la manière dont l'opération

était ainsi exécutée. L'opération pouvait échouer par la réocclusion inflammatoire de la boutonnière irienne et devait avoir souvent des conséquences assez graves, la plaie étant située en plein corps vitré et touchant même le corps ciliaire. Enfin, pratiquée sur un œil encore muni de son cristallin transparent, elle entraînait une cataracte traumatique, avec ou sans luxation de la lentille. Aussi d'autres opérateurs déplacèrent-ils déjà la plaie pour la mettre dans la région du limbe (Sharp, Heuermann) et faire la plaie irienne et cornéenne au couteau lancéolaire (Heuermann). De plus, on remarqua que l'iridotomie, faite avec un seul instrument, entraînait une dilacération du corps vitré et surtout une section peu nette et trop étroite, l'iris cédant péniblement et partiellement à la pression et au tranchant du couteau. Guérin faisait l'incision cruciale.

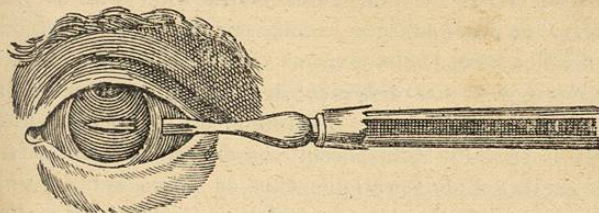


FIG. 72. — Iridotomie (Heister).

Aussi Janin (1772) a-t-il créé l'iridotomie *moderne*, mais il faisait une large plaie de cataracte avec le couteau de Wenzel, soulevait la cornée et incisait l'iris avec des *ciseaux* dont une pointe était aiguë. Il avait été conduit à l'opération en remarquant que la section accidentelle de l'iris, assez fréquente avec le procédé de Daviel, avait laissé plusieurs fois une ouverture irienne permanente et cela sans accidents. Encore un procédé définitif qui a été le résultat d'une opération involontaire

A Maunoir (1812) sont dus d'importants travaux sur l'iridotomie par le procédé de Janin. Il a beaucoup insisté sur les diverses formes que prennent ces pupilles artificielles suivant le sens et le siège de la section et sur les iridotomies *doubles* par plusieurs coups de ciseaux, donnant une forme pupillaire en V ou en parallélogramme. Malgré l'excellence certaine de ces procédés vantés de nouveau par Scarpa et leur supériorité sur l'opération faite avec un seul instrument, il est probable que l'absence d'asepsie instrumentale a contribué à les faire accuser d'entraîner des accidents ou d'échouer à peu près aussi souvent que les autres. Nous voyons Adams (1819), avec son *couteau à iris*, continuer des iridotomies par la sclérotique et essayer de trancher péniblement l'iris contre la cornée, et de Græfe lui-même se servir, avec d'autres opérateurs, du procédé d'iridotomie au couteau. Si nous cherchons à nous expliquer les causes de ce discrédit, poussé à tel point que Desmarres ne parle presque exclusivement que d'iridectomies et d'iridorrhéxis, nous pensons que c'est la vogue de l'*iridectomie* et de l'*arrachement* de l'iris qui a nuï considérablement à l'emploi de l'iridotomie, qui d'ailleurs pouvait léser le cristallin transparent, comme cela arrivait souvent (Rognetta). Enfin, pratiquée dans de *mauvaises conditions d'asepsie instrumentale*, il est clair que l'*ablation* d'un fragment d'iris est préférable à la simple section et aura moins de tendance à se refermer, la brèche étant considérablement plus large.

Quoi qu'il en soit, quelques rares chirurgiens tentèrent de réhabiliter l'iridotomie, et Bowman (1872) recommença à conseiller, dans les cas de taies et de cataractes partielles, des iridotomies au couteau en tâchant de trancher l'iris contre la face postérieure de la cornée. Mais, le cristallin étant en place et avec cette mauvaise technique, l'opération restait dans la voie dangereuse et ne pouvait, dans des conditions aussi défectueuses, reprendre sa place méritée

et indispensable. C'est à de Wecker¹ qu'est due la vraie et définitive résurrection de l'iridotomie (ou iritomie), exécutée par le procédé de Janin, mais par une plaie étroite et avec des pinces-ciseaux, instrument parfaitement adapté au but. C'est lui aussi qui a rendu plus nets les indications opératoires et les divers procédés d'irito-ectomie.

Plus près de nous, de Vincentiis (1885), puis Schöler, reconnurent combien l'opération était dangereuse, si le cristallin était en place, et, attirant l'iris au dehors, ils le sectionnèrent hors de l'œil (*iridotomie précornéenne*), de façon à exécuter ce temps délicat hors du voisinage gênant de la lentille : puis ils replacèrent l'iris dans l'œil. Kalt et Lagrange ont également repris ce procédé, ce dernier avec des résultats favorables. Nous avons nous-mêmes, vu le silence des auteurs français sur ce point, exécuté plusieurs fois l'iridotomie précornéenne sur le cadavre et nous la croyions nouvelle, quand une recherche bibliographique nous montra la priorité de Vincentiis et Schöler et nous empêcha de publier nos essais, antérieurs à ceux de Kalt et de Lagrange. Nous ne croyons pas d'ailleurs ce procédé appelé à un grand avenir.

Divers auteurs, depuis Schiferli au XVIII^e siècle, ont fendu le sphincter (sphinctérotomie) pour faciliter l'accouchement du cristallin au cours de l'extraction de la cataracte, en cas d'iris rigide.

Nous rappellerons enfin la reprise de procédés tendant à fendre l'iris en le pressant contre la cornée (irido-sclérotomie de Panas (fig. 73), staphylotomie d'Abadie), dans les cas de larges adhérences dans certains leucomés, ou lorsque la chambre antérieure est à peu près disparue et que l'iridectomie classique est par suite impossible. Déjà la *sclérotomie rétro-iridienne*, préconisée par Dehenne²,



FIG. 73.
Irido-sclérotomie.

1. De Wecker. L'iridotomie. Paris, 1873.

2. Dehenne. De la sclérotomie rétro-iridienne (*Union médicale*, 1885).

rend service dans des cas de ce genre et rétablit une chambre antérieure qui permet, quelques jours après, une iridectomie irréprochable. A plus forte raison, la plus petite perforation irienne, volontairement exécutée en tournant le tranchant en avant et en combinant ainsi l'iridotomie à la sclérotomie (irido-sclérotomie ou mieux scléro-iridotomie), aidera-t-elle encore ce résultat. Malheureusement les plaies faites en appuyant sur le tissu mou de la cornée avec le tranchant de l'instrument et sur un iris atrophié par l'inflammation et peu rétractile, méritent quelquefois les remarques défavorables que Bourjeot Saint-Hilaire faisait en voyant opérer ainsi Guthrie dans un voyage chirurgical à Londres.

La présence et la proximité du cristallin et une certaine incertitude dans la contre-ponction, la pointe du couteau étant masquée sous l'iris, augmentent les dangers de cette intervention.

De plus, comme le disent Adams et Carron du Villards, on décolle assez facilement la base de l'iris, dans les tentatives de section : mais cet accident n'est pas très grave.

Néanmoins le procédé rend certains services, quand la chambre antérieure ne permet pas l'iridectomie classique, et mérite d'être conservé pour des cas exceptionnels.

Enfin, après Wissembroux, Assalini proposa systématiquement (1787) et exécuta le *décollement* (iridodialyse) de la circonférence de l'iris (fig. 74).

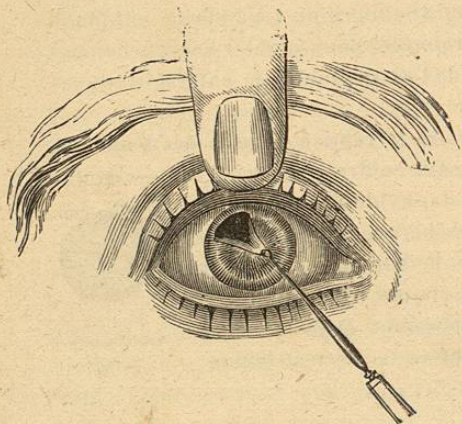


FIG. 74. — Iridodialyse.

Il fut suivi dans cette voie par Buzzi, Scarpa, Schmidt et d'autres chirurgiens qui excisaient aussi quelquefois le lambeau attiré au dehors.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — 1° *Iridotomie intra-oculaire.*

a) Le cristallin est en place.

S'il s'agit d'une cataracte zonulaire ou d'une taie de la cornée, le couteau lancéolaire est introduit vers la périphérie de la cornée au point opposé à celui où l'on doit faire l'iridotomie. Puis, avec la pince-ciseaux à pointes mousses fermée, on pénètre dans l'œil, on cherche à enfourcher le bord pupillaire et on sectionne plus ou moins loin l'iris, de façon à obtenir une fente triangulaire à base pupillaire.

b) Le cristallin a été extrait ou s'est résorbé.

Dans le cas typique d'une *cataracte secondaire adhérente avec occlusion pupillaire*, on fait à la cornée une plaie au couteau lancéolaire, le plus ordinairement sur le diamètre horizontal et en dehors, afin de couper perpendiculairement les fibres iriennes, souvent même attirées en haut par un enclavement irien, et de favoriser ainsi l'écartement des lèvres de la pupille artificielle.

Cette plaie est située au limbe, si on veut une vaste pupille, ou plus ou moins en dedans du limbe et dans la cornée, si on désire une pupille plus étroite (fig. 75). C'est le principe habituel qui contribue aussi, dans l'iridectomie, à limiter l'étendue des excisions iriennes (voy. fig. 84).

On évitera dans le premier temps de percer l'iris avec le couteau lancéolaire. En introduisant ensuite la pince-ciseaux de Wecker à branche pointue, cette dernière perfore l'iris, tandis que la branche mousse passe au-devant de lui. Il n'y a plus qu'à donner un coup de ciseaux pour voir s'ouvrir une pupille.



FIG. 75.
Irido-capsulotomie (c).
a, b, incision cornéenne.

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. L.

absolument noire, par division de l'iris et de la capsule adhérente. Si l'écartement paraît faible, on donnera un ou deux coups de ciseaux obliques comme le conseillait Maunoir, de façon à agrandir la pupille qui prend une forme triangulaire horizontale.

La pince-ciseaux est rapidement retirée, et vu la petitesse de la plaie cornéenne, il n'y a que peu ou pas d'issue de corps vitré retenu dans la chambre antérieure.

Exceptionnellement l'incision et la section seront faites sur d'autres parties de la circonférence cornéenne et de l'iris.

2° Iridotomie extra-oculaire.

Cette opération n'a de raison d'être que si le cristallin est en place.

Une incision est pratiquée près du limbe au couteau lancéolaire; l'iris est saisi avec une pince, attiré au dehors, puis sectionné dans le sens des rayons iriens le long de la pince, avec une pince-ciseaux ou un couteau étroit à cataracte. L'iris est ensuite refoulé et replacé soigneusement dans l'œil avec la spatule, de façon à diminuer les chances d'enclavement.

3° Irito-ectomie.

Bowman et de Wecker ont proposé de combiner l'iridotomie à l'ablation d'un fragment irien lorsqu'on suppose que la simple incision ne permettrait pas une pupille artificielle suffisante et durable.

On sectionne l'iris avec le couteau lancéolaire de façon à obtenir une boutonnière; puis avec les pince-ciseaux, on fait deux sections convergentes formant un lambeau trian-

gulaire (fig. 76) qu'on enlève avec les pince-ciseaux resserrées ou avec une pince à iris. Dans certains cas même, de Wecker donne deux coups de ciseaux *non convergents* qui permettent alors à l'iris de se rétracter suffisamment et de former une pupille quadrangulaire sans qu'il soit toujours besoin de détacher et d'enlever un lambeau d'iris. Bowman a excisé un lambeau quadrilatère (fig. 77) ainsi délimité, puis attiré au dehors avec des pinces.

Abadie fait *en même temps* avec deux couteaux lancéolaires deux incisions verticales à environ 1 millimètre du limbe, sur le diamètre horizontal. Par une de ces incisions, il passe les pince-ciseaux et exécute deux sections formant un triangle. Par l'autre incision cornéenne, l'aide attire avec une pince le sommet de ce lambeau irien et, l'extrayant de la chambre antérieure, le coupe au ras de l'incision cornéenne.



FIG. 76.
Irito-ectomie
triangulaire.
a, b, incision
cornéenne.
a, b, c, pupille
artificielle.



FIG. 77.
Irito-ectomie
quadrilatère.

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Les indications opératoires de l'iridotomie sont aujourd'hui bien délimitées et cette opération réussit souvent là où l'iridectomie, sa rivale, serait impossible ou dangereuse. D'autre part, il serait exagéré de vouloir substituer à l'iridectomie elle-même l'iridotomie dans les cas où une iridectomie judicieusement exécutée a au contraire d'excellents résultats et cela sans aucun danger opératoire ou post-opératoire.

A. *Le cristallin existe dans l'œil.*

L'iridotomie intra-oculaire a été employée surtout par de Wecker dans :

- 1° Les cataractes zonulaires;
- 2° Les taies centrales de la cornée;

- 3° Certains leucomes adhérents ;
- 4° La subluxation et la luxation du cristallin ;
- 5° Le kératocone, combinée à la trépanation (Abadie).

D'une manière générale, sauf dans certains cas de *cris-*
tallins subluxés, l'iridectomie, aussi petite
(sphinctérectomie) qu'il la faudra (fig. 78), sera
préférée comme moins dangereuse à exécuter
et moins sujette à la réocclusion. L'iridotomie
extracornéenne, malgré son moindre danger
pour le cristallin, sera généralement rejetée,
vu la possibilité d'une section irrégulière et
d'un enclavement consécutif avec ses incon-



FIG. 78.

Sphinctérec-
tomie.a, b, incision
cornéenne.

venients au point de vue de l'hypertension et
des divers accidents irritatifs qui le suivent et ne suivraient
pas une iridectomie bien faite dans les mêmes conditions.

B. *Quand le cristallin n'existe plus*, l'iridotomie retrouve
au contraire des indications formelles et plus sûres.

Elle sera donc employée :

1° Quand une *iridocyclite* a oblitéré la pupille confondue
avec la membrane capsulaire et les exsudats plastiques.
Il s'agit alors d'une irido-capsulotomie. L'opération donne
des résultats merveilleux, lorsque l'iris a conservé encore
une certaine vitalité et une élasticité qui lui permet de
rétracter vigoureusement ses fibres sectionnées perpendi-
culairement.

2° Quand il existe une *cataracte congénitale arido-sili-*
queuse adhérente, mais *peu épaisse*, fait à constater en
s'aidant de l'éclairage *ophtalmoscopique*, de l'éclairage
latéral et de l'éclairage *par transparence*.

3° Quand il existe une *cataracte traumatique* réduite à
une membranule plus ou moins adhérente et peu susceptible
d'être extraite sans tiraillements violents.

4° Quand, à la suite d'une opération, d'une vaste plaie
ou rupture cornéo-sclérale, l'iris est *enclavé*, la pupille com-
plètement déplacée et ne pouvant plus servir utilement à la

vision. L'iridotomie sera faite alors, soit par la plaie *encore*
ouverte (alors dans le sens des fibres (Maunoir), iridotomie
parallèle), soit plus tard *perpendiculairement* aux fibres par
un point de la cornée qui variera suivant l'état de l'œil et le
siège de la cicatrice enclavante. L'iridotomie n'est alors
qu'une sorte de synéchetomie optique. De plus elle supprime
les tiraillements et rétablit une communication suffisante
entre les deux chambres. Dans un assez grand nombre de
cas, on pourra être amené à pratiquer l'iridectomie afin de
dégager plus largement la *base* de l'iris. L'iridotomie sera
préférée, lorsque l'iridectomie, toutes choses égales d'ail-
leurs, sera plus dangereuse, vu le siège de la cicatrice,
la gravité de l'inflammation primitive, l'état de la tension
de l'œil, le degré probable de liquéfaction du corps vitré,
l'état du cristallin et la préhension plus ou moins facile
de l'iris.

5° Quand il n'y aura *aucune trace de chambre antérieure*,
on pourra être amené à pratiquer la *scléro-iridotomie* ou
irido-sclérotomie. Nous pratiquons également cette der-
nière opération lorsqu'il s'est produit un *enclavement*
capsulaire après l'extraction de la cataracte, qu'il y ait
eu une iridectomie, ou un enclavement *irido-capsulaire*
même sans iridectomie comme nous en avons vu des
exemples.

Contre-indications. — L'iridotomie sera remplacée par
l'iridectomie, de dimensions et de siège variables :

1° Dans les cas où le cristallin est entier et en situation
normale.

2° Dans les cas de cataracte secondaire très peu adhé-
rente où l'on doit espérer, après une iridectomie, fendre ou
enlever largement un vaste lambeau capsulaire.

3° Dans les cas où une tendance hypertonique présente
ou probable engage à réséquer largement la base de l'iris.

4° Dans les cas de cataractes secondaires ou traumatiques
très épaisses, où l'iridotomie, même avec plusieurs coups

de ciseaux, ne permet pas un écartement suffisant du gâteau irido-capsulaire, et où la réocclusion est facile.

Dans ces cas on est amené à l'*irido-ectomie* ou à l'*iridectomie* avec extraction partielle de la membrane adhérente.

L'*iridotomie* est soumise aux conditions générales de toute opération sur le globe. Elle ne sera donc entreprise que sur des yeux *n'ayant plus d'inflammation aiguë, blancs*, et ayant une consistance, une perception et une projection lumineuses assez convenables pour qu'on puisse espérer obtenir un résultat visuel appréciable et pour que, comme cela arriverait dans un cas de liquéfaction du corps vitré, l'*iridotomie* n'entraîne pas une perte presque totale du corps vitré avec atrophie douloureuse et graves accidents irritatifs. Toutefois, avec une plaie minuscule et une opération rapide, les accidents seraient encore beaucoup moindres dans ces cas-là qu'après une *iridectomie* compliquée de l'extraction plus ou moins laborieuse d'une cataracte secondaire.

Suites. — Les suites de l'*iridotomie* sont simples: elle se fait même assez souvent ambulatoirement et ne nécessite que les soins habituels de l'*iridectomie*. La vision redevient satisfaisante en général et la pupille artificielle reste libre.

Accidents. — Les accidents immédiats pourraient être :

1° Une *blessure du cristallin*. On évitera l'*iridotomie*, lorsque le cristallin est en place.

2° Une *perte profuse du vitré*, qu'on n'aura pas, si on fait une petite plaie au couteau lancéolaire (de Wecker), et si on évite de toucher à des yeux où le corps vitré est évidemment liquide.

3° Une *hémorragie*. — Cette hémorragie se résorbe le plus souvent assez vite et est presque nulle, si l'on a attendu que l'œil ne soit plus enflammé.

Les accidents consécutifs seraient :

1° La *réocclusion de la plaie*, par adhérence des bords,

ou par organisation de tractus sanguins et plastiques de l'iris et du corps vitré.

2° Le *réveil d'une iridocyclite* grave. Cependant, bien que cette opération se fasse presque toujours sur des yeux qui ont déjà subi une iritis et sont certainement plus enclins à se réenflammer que d'autres, nous avons vu plusieurs fois la réaction consécutive, en particulier chez une diabétique, s'arrêter, en laissant la pupille artificielle assez libre pour permettre la vision.

3° Une *poussée glaucomateuse* qui quelquefois cédera aux myotiques et pourrait être due à l'irruption du vitré et à l'accolement à la cornée d'un liséré irien. On sera rarement amené au traitement opératoire du glaucome secondaire.

4° De l'*irritation sympathique*, si on touchait à un œil encore enflammé, d'où la règle d'attendre plusieurs mois et en général *le temps qu'il faudra* pour faire l'opération à froid, sur un œil où les lésions iriennes sont devenues pour ainsi dire cicatricielles.

En somme, dans l'immense majorité des cas, employée et exécutée judicieusement, l'*iridotomie* est une précieuse et inoffensive ressource, à laquelle le nom de Wecker restera attaché.

§ III. — Iridectomie.

Évolution historique des méthodes opératoires. — L'*iridectomie* n'est venue logiquement et chronologiquement qu'après l'*iridotomie*; les ablations partielles ou totales d'un organe ne sont en effet généralement pratiquées que lorsqu'on a constaté la possibilité des simples incisions et aussi leur insuccès forçant de recourir à une opération plus large et plus radicale. C'est à la suite de la constatation du résultat visuel de certaines *iridodialyses* spontanées dans l'*iritis* chronique et aussi de l'innocuité de certaines brèches iriennes involontaires ou volontaires au cours de l'extrac-

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. M.

tion du cristallin que Wenzel a tenté ses iridectomies systématiques.

C'est donc là aussi, comme pour bien d'autres opérations oculaires, de la constatation d'un accident heureux, spontané ou opératoire, qu'est née l'iridectomie.

Il est également permis de croire que dans certaines tentatives d'iridotomies au couteau, l'instrument a détaché des morceaux d'iris. Reichembach proposait déjà (1763) une sorte d'emporte-pièce pour enlever des fragments iriens, idée souvent reprise plus tard (Physick, Krüger). Daviel dit lui-même (lettre à Haller rapportée par de Wecker) qu'il a souvent emporté volontairement des fragments iriens pour former une pupille artificielle, et combiné ainsi le premier l'iridectomie à l'extraction de la cataracte.

Janin aurait même excisé un lambeau d'iris propulsé au cours d'une extraction de cataracte.

C'est cependant Wenzel père qui a délibérément proposé et exécuté l'iridectomie de deux façons différentes.

Dans la première, lorsqu'il s'agissait d'une cataracte adhérente, il chargeait l'iris sur place sur son couteau (fig. 79)

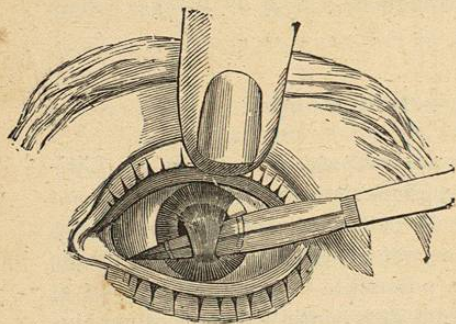


FIG. 79. — Iridectomie sur le couteau (Wenzel).

de façon à en détacher un fragment. C'est sa manière de procéder la plus connue et beaucoup d'auteurs ont cru que son invention s'était bornée là.

En réalité Wenzel a pratiqué aussi l'iridectomie telle que nous la pratiquons aujourd'hui (iridectomie à ciel ouvert, *extracornéenne*).

La preuve nous en a été donnée par l'édition de 1795 de la *Médecine opératoire*

de Sabatier. Voici le passage correspondant : « Lorsqu'il s'agit de faire une prunelle artificielle, ne pourrait-on pas, après avoir incisé la cornée, comme dans l'opération de la cataracte par extraction, et après avoir fait relever le lambeau avec une curette, saisir le milieu de l'iris avec une pince propre à cet usage, et retrancher la portion de cette membrane qu'on aurait attirée à soi, avec des ciseaux bien tranchants et courbes. Les bords de la perte de substance auraient moins de facilité à se réunir et on ne courrait aucun risque d'entamer le cristallin. C'est ainsi du moins que Wenzel père m'a dit avoir opéré plusieurs fois. »

On employait des pinces ou des crochets pour saisir l'iris, qu'il fit hernie ou qu'on fût obligé d'aller le retirer de l'œil.

Schmidt et Beer contribuèrent à vulgariser le second procédé de Wenzel qui devait rester le procédé moderne. Gibson pratiquait toujours la compression de la cornée pour provoquer la hernie de l'iris et le saisir au dehors. Desmarres, avec ses procédés divers et en agissant surtout par iridorrhéxis, a activement contribué à répandre l'opération en présence du cristallin transparent et c'est à de Græfe qu'on doit l'application de l'iridectomie au glaucome (1856).

Desmarres pratiquait avec la pince à iris une traction brusque et assez forte pour déchirer l'adhérence irienne, puis il excisait le lambeau attiré au dehors, *synécho-iridectomie* encore applicable aujourd'hui aux synéchies antérieures. Il exécuta longtemps, avant de s'adonner exclusivement à l'excision, le décollement de la base de l'iris, méthode d'ailleurs connue depuis Assalini, comme nous l'avons vu plus haut, en faisant une plaie près du centre de la cornée et en allant détacher, décrocher pour mieux dire, l'insertion de l'iris harponnée avec un petit crochet (fig. 80).

Critchett insista sur l'utilité des petites iridectomies (*sphinctérectomie*), ainsi que de Wecker.



FIG. 80.
Irido-dialyse.
a, b, incision
cornéenne.

Bowman et d'autres ont combiné au cours de l'iridectomie antiglaucomateuse et dans les vastes leucomes, l'arrachement avec les pinces à l'excision.

Cuignet a exécuté l'*arrachement total* de l'iris, opération rendue possible par la constatation d'un semblable accident arrivé à divers opérateurs au cours d'une iridectomie, surtout chez un sujet indocile et sur des iris depuis longtemps malades.

Une grande précision dans les indications opératoires et un assez grand nombre de modifications de détail sur l'emplacement de la plaie, les instruments à employer pour l'incision de la cornée et l'excision de l'iris, ont été apportées à l'opération par Liebreich et surtout par de Wecker.

C'est à Pope (1871) et à Carter (1875) qu'est due la systématisation de l'iridectomie périphérique, *extrasphinctérienne* (fig. 81), qui avait été jusque-là au rang des opérations involontaires, et qui ne donne pas de diplopie.



FIG. 81.
Iridectomie extrasphinctérienne.

Frøbelius, Bowman, Monoyer, de Wecker ont substitué dans bien des cas des couteaux étroits et spéciaux ou le simple couteau de Græfe au couteau lancéolaire.

Gayet a proposé, lorsqu'il n'y a plus de chambre antérieure, d'*entailler* la cornée avec un scarificateur de Desmarres et de pénétrer ainsi de dehors en dedans au lieu d'agir par transfixion, opération pratiquée par d'autres avec un simple bistouri.

Carter et Dariet ont fait deux petites perforations opposées au couteau lancéolaire et introduit ensuite un couteau long et mousse permettant de les réunir par une incision.

Il est vrai de dire que, dans bien des cas où il n'y a aucune trace apparente de chambre antérieure, il est néanmoins possible d'insinuer un étroit couteau de Græfe ou courbe dans la chambre antérieure *virtuelle*, et d'exécuter, en rasant l'iris et la cornée, *entre l'arbre et l'écorce* pour ainsi

dire, une petite plaie linéaire souvent suffisante pour une iridectomie. Cette plaie pourra d'ailleurs être agrandie au couteau mousse ou aux ciseaux.

Gayet a repris l'ancien procédé qui consistait à soulever la cornée avec un instrument pour aller saisir l'iris et opérer ainsi à ciel ouvert.

Enfin, dans certains cas, *avant l'extraction de la cataracte*, Chibret a pratiqué l'iridectomie *sur place, intraoculaire*, avec la pince-ciseaux, introduite seule dans la chambre antérieure et sectionnant le fragment d'iris qui s'est interposé entre ses branches. Les iridectomies ainsi faites sont souvent très petites, en flamme de bougie (fig. 82).



FIG. 82.
Iridectomie en flamme de bougie.

En face de l'iridectomie, il faut rappeler une autre opération, qui, elle aussi, devint volontaire d'involontaire qu'elle avait été. C'est l'enclavement de l'iris (*iridencleisis*) d'Adams (1812), repris par Langenbeck, Bowman, Critchett et d'autres, dans le kératocone et quelques affections pouvant entraîner l'iridectomie. Mais cet enclavement irien, avec ou sans ligature de la hernie, a été abandonné pour une foule de bonnes raisons (glaucome, infections rapides ou tardives, ophthalmie sympathique, astigmatisme, etc.). La conservation d'un sphincter même contractile n'était pas un avantage suffisant pour la faire adopter.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — De Wecker recommande avec juste raison de pratiquer quelquefois, avant de faire l'iridectomie, l'éclairage soigneux (latéral ou électrique avec ou sans contact) de la cornée pour choisir les points les plus transparents, et l'examen kératoscopique au disque de Placido, sur lequel Masselon a longuement insisté¹.

1. Masselon. *Examen fonctionnel de l'œil*. Paris, 1890.