

Choix de l'instrument pour l'incision cornéenne. — La question primordiale avant l'exécution de toute iridectomie est celle de savoir si on se servira d'une lance ou d'un couteau étroit. Et tout d'abord, si on n'a pas une lance excellente, dont la *pointe* et le tranchant, fraîchement aiguisés, ne soient pas la perfection même (à vérifier sur le tambour), il vaudra *toujours* mieux un couteau non lancéolaire qu'un couteau lancéolaire défectueux. La lance, lorsqu'elle n'est pas parfaite, est le plus mauvais des instruments de chirurgie.

Si on a une bonne lance, un bon couteau et une égale habitude des deux instruments, la question est différente, et, loin de vouloir supprimer complètement l'emploi d'un de ces instruments, il faut au contraire rechercher leurs *indications*.

Toutes les fois qu'il faudra une *petite* iridectomie optique, la lance est préférable, car, avec son trajet oblique, vrai canal plus ou moins avancé dans la cornée, la résection irienne se trouve forcément limitée par l'arête cornéenne restant au niveau de l'angle irido-cornéen.

De plus une iridectomie de ce genre se cicatrise avec la plus grande rapidité, du jour au lendemain, s'il n'y a pas d'enclavement irien, d'ailleurs exceptionnel. Aussi dans les iridectomies purement optiques et surtout dans les cataractes zonulaires *pas trop larges*, la pique est indiquée, pour une iridectomie petite, précise et délicate.

Ceci semble en contradiction avec l'emploi de la lance dans l'iridectomie en cas de glaucome. De Græfe, qui avait cependant son couteau à cataracte, ne l'employait guère dans ce cas et conservait la lance. De Wecker lui-même, partisan si exclusif du couteau droit dans l'iridectomie, reconnaît que dans le glaucome *une certaine concession* peut être faite à la lance pour l'incision de l'iridectomie.

C'est qu'en effet il faut avoir vu les résultats désastreux

de certaines iridectomies antiglaucomeuses faites au couteau de Græfe, avec plaie trop large, autant cornéenne que sclérale et souvent les deux à la fois, avec cicatrice cystoïde, enclavement d'un véritable bouchon irien, attraction de la pupille (et quelquefois du cristallin) en haut, pour être convaincu que la transfixion pénible d'un œil glaucomeux et douloureux au couteau de Græfe a été pour quelque chose dans le mauvais résultat obtenu.

Si dans le glaucome, surtout *subaigu*, on a une chambre antérieure pas trop étroite, une pupille pas trop dilatée, un œil pas trop douloureux, on pourra préférer une lance *assez large*, sans arrêt, et absolument parfaite comme pointe et tranchant. L'usage préalable et renforcé des myotiques contribue à créer des conditions favorables.

Mais si, malgré tout (myotiques, ponctions, anesthésie appropriée, etc.), la chambre antérieure reste très étroite et la pupille très dilatée (*glaucome aigu*), le couteau doit être préféré à la pique qui amènerait la perforation du cristallin. De plus, si mauvais que soit un couteau long, il est supérieur à une lance médiocre et il n'expose pas au même degré, du fait du malade relevant brusquement l'œil malgré la fixation, à la piqure du cristallin. Enfin, aussi bien dans le glaucome que dans le leucome adhérent, il passera quelquefois dans des chambres si étroites que *seul* il peut s'y *insinuer*.

Toutefois, dans certains cas de glaucome *subaigu*, lorsqu'on pourra employer la lance large, on s'en trouvera bien, à cause du parfait emplacement de la plaie, nette et bien sclérale (tandis qu'au couteau long on voit bien comment on commence, mais on ne sait pas toujours comment on finit).

Enfin il est deux derniers cas où la lance est *inférieure* au couteau.

Dans les iritis chroniques à répétition, quand il s'agit d'ouvrir *une large* iridectomie périphérique au niveau du

limbe, le couteau est préférable (fig. 83) et permet une vaste, facile et simple iridectomie, dans ces cas où l'on craint de

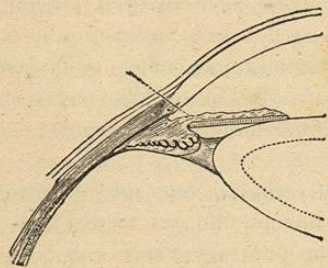


FIG. 83. — Trajet du couteau de Græfe.

voir une iritis reboucher la pupille.

Il en est de même dans la variété d'iritis avec effacement complet de la périphérie de la chambre antérieure où l'iris est *en tomate* et où l'hypertonie est souvent extrême. Là aussi, même s'il frôle légèrement l'iris au pas-

sage, le couteau long est préférable. Il assure une large iridectomie, qui permet à l'humeur aqueuse de redécoller le reste de l'angle iridien adhérent et d'avoir du jour au lendemain le rétablissement complet de la chambre antérieure. Nous avons souvent obtenu dans des cas désespérés, en particulier chez deux malades dont le premier œil était énucléé, le rétablissement d'une vision excellente, alors que la cécité du second œil était imminente par occlusion pupillaire et hypertonie, avec adhérence cornéenne de tout le pourtour de l'iris presque jusqu'à l'aire pupillaire.

Notre couteau courbe *étroit* (petit modèle) où le tranchant convexe empêche toute confusion avec le dos, confusion possible avec le couteau de Græfe et désastreuse si elle se fût produite dans les cas cités plus haut où la perte de la vision était imminente, nous a permis de nous insinuer dans ces petites chambres antérieures.

Dans les cas où la chambre antérieure n'existe pas, on a recommandé d'entailler la cornée avec un bistouri ou un scarificateur, mais ce sciage peut être malaisé et on ne sera pas toujours averti du moment précis où la lame a atteint sur un point *minuscule* la chambre antérieure vir-

tuelle. De même Carter et Darier ont fait une double plaie à la pique de chaque côté de la cornée et, insinuant un couteau étroit *mousse*, sont parvenus à inciser la cornée.

Nous n'avons jamais été obligé d'avoir recours à ces procédés, et nous avons eu, dans plusieurs cas d'absence de chambre antérieure, un bon résultat par le procédé suivant.

Nous faisons une très petite incision au couteau étroit, nous pénétrions en frôlant l'iris dans la chambre antérieure, puis, si la plaie ainsi obtenue n'était pas suffisante, nous l'agrandissons aux ciseaux courbes, préférables au couteau mousse. L'essentiel est de faire une plaie étroite, presque linéaire, au limbe, au lieu de vouloir faire la plaie habituelle et de transpercer ainsi l'iris et le cristallin au passage : il faut *savoir se borner*, tout en employant le procédé le plus simple et le moins offensant.

Exceptionnellement, surtout si le cristallin a été extrait (certains cas d'enclavement irido-capsulaire), on est autorisé à passer d'emblée sous l'iris (Dehenne), comme dans l'irido-sclérotomie, quitte, si la chambre antérieure se reproduit, à refaire à *l'aise* une bonne et classique iridectomie ou toute autre opération.

Fixation. — L'œil doit être fixé avec la pince tenue de la main gauche dans le sens diamétralement opposé à la ponction, en bas par exemple si on emploie la pique pour une incision supérieure, en haut et en dehors, si on fait à la pique une incision inféro-interne, etc. Au contraire, si on emploie un couteau long, c'est dans la région interne du limbe qu'on appliquera la pince à fixer. On pourrait se contenter de la mettre sur le diamètre horizontal, mais, si on veut suivre le *principe général* que nous avons institué pour les incisions cornéennes au couteau long, principe qui fait servir la *fixation à la mensuration*, on placera la pince au niveau et en dedans d'une ligne passant par le

liers supérieur de la cornée. En passant avec le couteau (qui, placé préalablement en travers de la cornée, a pu déjà mesurer l'incision) *juste au-dessus* de la pince, on a le lambeau *du quart* ou l'incision linéaire qui convient suivant le cas à l'iridectomie, et on conserve les précieux avantages de la fixation faite sur un point directement opposé à la ponction. Aussi devra-t-on rejeter, lorsqu'on se sert d'un couteau étroit et long, aussi bien pour l'iridectomie que pour les incisions pour l'extraction de la cataracte, l'emploi de la fixation *en bas*, encore représentée dans tant d'ouvrages par une sorte de routine, pour se mettre *au moins sur le diamètre horizontal* si on craint de rencontrer la pince, faute d'expérience ou chez un malade indocile. La pince pourrait alors glisser ou déchirer. Quant au tréfle de Pamard, il ne permet guère la fixation que pour le premier temps, l'incision.

La fixation sera faite au *point fixe* de la conjonctive du globe, c'est-à-dire *presque contre* le limbe. L'opérateur se place soit derrière le sujet, soit plus généralement par côté, rarement face à face. S'il n'est pas gaucher, il opérera toujours de la main droite, comme l'a conseillé Malgaigne, qui raillait les soi-disant ambidextres.

Ponction. — La ponction, si elle est faite à la lance, sera faite de la main droite, l'instrument tenu entre l'index, le médius et la face palmaire du pouce appliquée directement sur sa face antérieure (jamais comme une plume à écrire). L'instrument sera tenu assez obliquement par rapport à la cornée, tant qu'on n'a pas vu la pointe dans la chambre antérieure. Mais, dès qu'elle y a pénétré, on abaisse le manche et on entre dans la chambre antérieure, en évitant : 1° de toucher l'iris ; 2° de cheminer dans les lames de la cornée. Tout cela ne s'acquiert que par l'expérience, d'ailleurs très facile à réaliser sur les yeux d'animaux. On évitera de tenir de travers la lame de la pique de façon à obtenir une mauvaise incision oblique à la fois cornéenne et sclérale.

Puis on continue, suivant *la largeur* qu'on veut donner à l'incision, et aussi suivant la largeur variable de l'instrument, presque vers le bord pupillaire, *si aucune goutte d'humeur aqueuse ne s'est écoulée*. Dans le cas contraire, ou dans tous les cas lorsque l'incision sera jugée suffisante, on tourne l'extrémité pointue par côté, *tout en retirant l'instrument* : l'humeur aqueuse jaillit sur le bord de la plaie et l'iris empêche le contact de la pointe et du cristallin. D'ailleurs, si cette manœuvre est bien exécutée, l'instrument est déjà sorti de l'œil.

D'autres opérateurs préfèrent retirer la lame *brusquement et directement en arrière*, de façon à conserver le plus possible d'humeur aqueuse. Ce procédé est brillant, mais il est mauvais quelquefois en ce qu'on peut voir l'opérateur, dès qu'il entr'ouvre de nouveau la chambre antérieure avec sa pince pour saisir l'iris, *recevoir* (alors qu'il doit toujours l'aller prendre) l'iris sur les griffes de sa pince, l'y engluer et faire, quelquefois même en lésant le cristallin, une fort mauvaise iridectomie, avec conservation du sphincter. Si l'on tient à conserver l'humeur aqueuse et à ne pas user du tour de main indiqué plus haut, on aura au moins toujours la précaution d'entre-bâiller *de loin, sans pénétration aucune*, les lèvres de la plaie avec la pince *rigoureusement fermée* de façon à faire écouler l'humeur aqueuse *avant* d'aller se placer, toujours avec la *pince fermée*, exactement sur le point de l'iris à saisir, de façon à exécuter enfin l'iridectomie *où on veut et comme on veut*.

Siège de l'incision. — Quant à la plaie, sauf dans les vastes leucomes et le glaucome, où elle se trouvera placée comme nous l'indiquerons en traitant de la chirurgie du glaucome (iridectomie sclérale), on la fera au niveau du limbe en général, rarement un peu au delà (hémorragie gênante), de temps à autre plus ou moins loin dans la cornée, car l'avancement plus ou moins grand de la plaie vers le centre

de la cornée limitera l'étendue de l'iridectomie (fig. 84). Desmarres et de Wecker ont fait dans certains leucomes

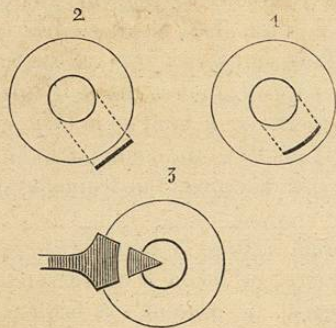


FIG. 84. — Limitation de l'iridectomie par le siège de l'incision à la lance.

adhérents des plaies pour arrachement ou section, en plein leucome presque au *centre* de la cornée. L'étendue de la plaie variable avec la dimension de la pique, et qu'il est toujours possible, même si la pique est étroite (les lances *graduées* et même à arrêt sont inutiles le plus souvent) d'agrandir par des mouvements *latéraux* avec le tranchant de la pique, tout en tournant prudemment la pointe par côté, pourra être de $1/5$ à $1/4$ du limbe pour l'iridectomie au couteau long. Une plaie plus vaste pourrait avoir de graves conséquences (entre-bâillement) et ne sert d'ailleurs à rien. Le couteau sera toujours *lentement* retiré.

Préhension de l'iris. — Ces premiers temps terminés, la pince à fixer est confiée à l'aide qui évitera soigneusement (de même qu'en fixant l'œil on aura évité, en se basant si l'on veut sur un vaisseau ciliaire, comme l'a conseillé Arlt), de faire tourner l'œil (on fait quelquefois *volontairement* tourner l'œil pour rendre accessible la seule partie cornéenne où l'on peut pratiquer dans certains cas l'iridectomie). Avec la pince à iris, tenue de la main droite, si on fait couper l'iris par l'aide, ou de la main gauche si on se prépare à couper soi-même l'iris avec la pince-ciseaux, manœuvre préférable en général et avec laquelle, à moins d'un aide sûr, on coupe l'iris comme *on l'entend*, on entre dans la chambre antérieure. Puis, chose souvent mal indiquée ou négligée dans

les livres, au point qu'on voit des débutants aller se promener dans la pupille avec leur pince à iris et blesser le cristallin, on saisit l'iris *sur le petit cercle*, parfaitement reconnaissable, comme couleur et comme étendue, sans trop appuyer sur le cristallin et sans ouvrir trop largement les mors de la pince. On prendra la pince de Liebreich (1869), en cas de très petite plaie cornéenne, la pince banale courbe à écartement assez grand, quand la plaie est large ou moyenne. On évitera les pinces droites et les autres modèles dangereux et *inutiles*, et surtout les pinces qui ont des dents ailleurs qu'uniquement à leurs extrémités. Le crochet, toujours dangereux, ne serait guère employé que dans les cas où une très petite plaie à la pique ne s'agrandirait que malaisément aux ciseaux ou au couteau et dans les cas où l'iris, privé de plan résistant (luxation du cristallin), se laisse déprimer par les pinces de Liebreich.

Toutes ces manœuvres seront faites, *jamais à main levée*, mais toujours *avec le bord cubital de la main* ou le petit doigt appuyé sur le front ou le visage du malade, ce qui assure la solidité, le calme, et supprime toute possibilité de *tremblement*. L'aide et l'opérateur auront soin de ne pas appuyer sur les parties mobiles (bouche).

Tous ces premiers temps de l'iridectomie sont d'une importance extrême *comme étude pratique*. Avec l'ophtalmofantôme et les yeux d'animaux, ils doivent être *souvent* répétés par l'étudiant, toujours *trop pressé* de couper l'iris comme il peut. On ne lui permettra de terminer l'iridectomie par la *résection irienne* que lorsqu'à plusieurs reprises, il aura montré qu'il possède à fond : 1° la fixation et la mensuration; 2° l'étendue et le siège exacts de l'incision, bien exécutée soit à la pique, soit au couteau; 3° la pénétration prudente, tranquille, et la préhension sûre de l'iris *en un point précis*.

Résection de l'iris (fig. 85). — L'étendue et le siège de la résection irienne dépendent de trois choses : 1° de ce que

BIBLIOTHÈQUE HORTONIANE
FAC. DE MED. U. A. M.

l'on tire plus ou moins l'iris au dehors; 2° de l'étendue et du siège de l'incision cornéenne; 3° de ce qu'on coupe plus ou moins au ras de la plaie.



FIG. 85.

Résection de l'iris.

a, pince saisissant l'iris.
b, pince à fixer.
c, pince-ciseaux

Le débutant croit souvent que plus il tirera l'iris au dehors, plus il coupera. En réalité, par une plaie éloignée du limbe, très oblique dans la cornée, il a beau tirer, il coupe tout au plus le sphincter, tandis qu'avec une plaie petite, mais *très périphérique*, il coupe la base de l'iris et fait une iridectomie *correcte*, quoique étroite.

Ainsi donc l'étendue de l'iridectomie dépend *surtout* du siège plus ou moins périphérique de la plaie et de son étendue en largeur. Elle dépend encore beaucoup de sa *forme*, toutes choses égales d'ailleurs. Quand l'incision dans la cornée est faite à la pique, le biseau cornéen forme du côté de la chambre antérieure un cran d'arrêt, qui limite toujours l'iridectomie, *quelle que soit la force de traction qu'on exerce sur l'iris*. Il

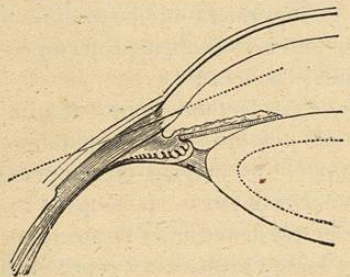


FIG. 86. — Trajet de la lance pour l'iridectomie sclérale.

n'en est cependant pas ainsi au même degré si la plaie à la pique a été faite largement *au delà* du limbe, dans la scléro-cornée (fig. 86).

Lorsque la plaie est faite au contraire au couteau de Graefe, au limbe et terminée assez brusquement en relevant le tranchant en avant, la plaie a une tendance à *s'entrebâiller* et l'iris ne demande qu'à sortir. Souvent il fait hernie de lui-même, n'étant pas retenu par un biseau cornéen.

On doit donc se demander s'il n'y a pas à provoquer

toutes les fois cette hernie de l'iris (Gibson), au lieu d'aller le chercher systématiquement dans la chambre antérieure. En fait, après une incision périphérique au couteau long, il suffit de déprimer légèrement et brusquement, avec la pince fermée ou la spatule, la lèvre *postérieure* de la plaie pour voir de suite sortir l'iris, et certains opérateurs semblent préférer cette préhension de l'iris à ciel ouvert, cette préhension précornéenne, à celle intra-oculaire. Il est mieux, sur un malade docile, sur un œil bien fixé et bien anesthésié, d'aller chercher l'iris dans l'œil. En effet, on va saisir *exactement* l'iris déplié par le rétrécissement pupillaire qui *suit toujours* l'ouverture de la chambre antérieure. On voit ce qu'on fait et l'on coupe ce qu'il faut. Si au contraire on provoque la hernie préalable de l'iris, il arrive que la pince ne saisit qu'au hasard un fragment de cet iris pelotonné, noirâtre et ramassé sur lui-même : on coupe alors ce qu'on peut et quelquefois le sphincter reste intact, ce dont on s'aperçoit après avoir remis l'iris en place.

Ce procédé ne saurait donc être un *procédé de choix*, mais seulement un procédé d'*exception* et de *nécessité*.

Faut-il *tirer beaucoup* ou *peu* sur l'iris? Cela dépend du cas.

Quand on veut faire une iridectomie *très petite* (sphinctérectomie), on ne tirera que jusqu'à ce qu'on voie apparaître le bout de la pince tenant un peu du petit cercle irien. Dès qu'elle est sortie de l'œil, on arrête la traction et on coupe ce qui est au-dessous des mors de la pince.

Si on veut faire une iridectomie *moyenne*, on tire l'iris de façon à en voir une bonne partie, mais sans l'étirer tout à fait, et on coupe au ras de la cornée. Si on veut faire une iridectomie *aussi large que possible*, on tire solidement sur l'iris de façon à étaler complètement, en drap de lit, le pli irien, et on le coupe *en plusieurs temps*. Une première section partielle latérale permet de dégager un peu plus d'iris, une deuxième et une troisième achèvent une *large* résection. Quelquefois on combine l'arrachement à la résec-

BIBLIOTHÈQUE
FAC. DE MÉD. V.A.N.L.

tion (Bowman), après le premier coup de ciseaux, dans certains cas de glaucome. Enfin on peut couper l'iris *entre les lèvres* de l'incision, manœuvre à réserver pour des cas exceptionnels.

Doit-on *couper perpendiculairement* à l'incision, ou *parallèlement*? D'une façon générale, cela n'a nullement l'importance qu'on pourrait croire. Toutefois les iridectomies semblent plus allongées et plus étroites quand on sectionne le sphincter perpendiculairement à l'incision cornéenne. On coupera toujours parallèlement quand on voudra faire grand.

Devra-t-on, au lieu de laisser la cornée tranquille à sa place et d'aller chercher l'iris sous sa coque, la relever, comme faisait Daviel et comme on l'a aussi récemment recommandé (Gayet), avec un crochet ou tout autre instrument (pincés, etc.) pour faire l'iridectomie à ciel ouvert? Nous n'avons jamais eu besoin d'employer cette manœuvre; on est habitué à l'aspect de l'iris sous la cornée, sous verre pour ainsi dire, qui en donne absolument et en *vérité* les détails: si la plaie est bien située et suffisante (et on peut toujours arriver à cela), on pourra *exécuter tout ce qui est exécutable* sans avoir besoin de relever la cornée.

On coupera l'iris de la main droite. Les ciseaux simples sont inférieurs à la pince-ciseaux de Wecker qui, bien construite et bien maniée, reste un excellent instrument.

Reposition de l'iris. — Les bords de l'iris coupé doivent être remis en place avec la spatule, *sans jamais la placer au-devant du cristallin*. On la conduit *au-devant* de la portion d'iris qui a ses bords coupés, et on remet l'iris en position de *dehors* en dedans par *rapport au centre de la cornée*. On ne fera jamais cette manœuvre de dedans en dehors sous prétexte d'*élargir l'iridectomie*. Cet élargissement, souvent problématique et que la reconstitution de la chambre antérieure neutralise ordinairement, ne s'obtient

qu'au prix d'un pelotonnement des bords sectionnés qui vont faire un paquet dans un coin de la chambre antérieure, et provoquent une obstruction de l'angle de filtration, susceptible de reproduire ou de créer une hypertonie dangereuse. De plus ces manœuvres, en massant plus ou moins et même en raclant le cristallin, peuvent développer une cataracte traumatique. On s'en abstiendra toujours.

Tout au contraire la reposition prudente est un temps *toujours indispensable*, sauf indocilité absolue du malade, et sera faite, l'œil continuant à être fixé par une pince. Ce n'est jamais une précaution inutile, que l'iridectomie soit faite seule ou qu'elle ait été suivie de l'extraction du cristallin.

Rappelons que la fixation doit exister, dans la plupart des cas, jusqu'au bout, l'opérateur ayant repris la pince à fixer à son assistant après la section de l'iris, ou l'ayant tout le temps conservée dans sa main, si l'aide a été chargé de couper l'iris. Le blépharostat devra aussi rester jusqu'après la réduction de l'iris.

Lieu d'élection et variétés de l'iridectomie. — Sur quel point de la chambre antérieure et de l'iris fera-t-on l'iridectomie?

Si on a le *choix*, pour une iridectomie *optique*, c'est surtout le segment inféro-interne (2) qu'on choisira pour inciser la cornée (fig. 87). Dans le glaucome, dans les irido-choroïdites chroniques, c'est d'abord en *haut* qu'on pratiquera la vaste résection dont la paupière supérieure diminuera l'aspect disgracieux et les troubles fonctionnels optiques.

On pourra être amené à pratiquer sur d'autres points

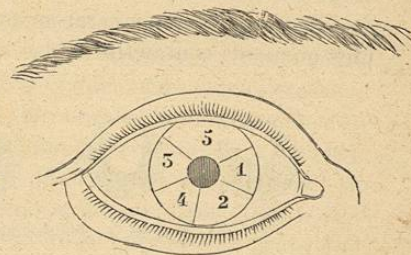


FIG. 87. — Emplacement des résections iriennes.

BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE

l'opération en cas d'insuccès, tantôt sur le bord de la première pupille artificielle, tantôt sur une région plus éloignée. Nous pratiquons quelquefois une iridectomie *franchement interne* (1, fig. 87), peu visible et dont les troubles visuels sont également diminués par la paupière supérieure.

Nous étudierons en leur lieu et place les iridectomies spéciales pour le glaucome et l'extraction de la cataracte.

Enfin il y a souvent un emplacement de *nécessité*. Quand il n'y a qu'une faible partie cornéenne transparente, c'est à son niveau qu'on opérera, *où qu'elle soit*, et en faisant une plaie dans la scléro-cornée, pour diminuer l'*inévitabile* opacité post-opératoire de la cicatrice et la déformation de la courbure du lambeau transparent cornéen, dernière ressource du malade.

Quelquefois, pour combiner la section à l'arrachement, on placera l'incision en plein leucome. Enfin, dans des cas spéciaux (corps étrangers, parasites, néoplasies), on mettra l'incision cornéenne et la résection irienne dans la région occupée par la lésion à détruire de façon à l'atteindre le plus directement possible.

On arrive ainsi (fig. 88) à faire des iridectomies en *flamme de bougie*, en bombe enflammée, en trou de serrure, en V, en gueule de four, sans parler d'autres *irrégulières* pertes de substance sans comparaison possible. Ces pupilles sont plus ou moins contractiles.



FIG. 88. — Iridectomies diverses.

Après Cunier, divers opérateurs ont pratiqué, dans les cas où l'autre œil était perdu, des *strabismes artificiels* par *ténotomie* et autres opérations, pour arriver à permettre à

une iridectomie optique, sans cela cachée sous la paupière supérieure, de jouer son rôle, la cornée étant sensiblement abaissée.

Lorsqu'on a deux iridectomies à faire, une sur chaque œil, on pourra les faire *symétriquement*, si aucune raison tirée de l'état différent des yeux ne s'y oppose.

Suites. — Une fois la toilette de la chambre antérieure et de la plaie bien exécutée, le pansement monoculaire sera placé; il est tout à fait inutile en effet de bander les deux yeux et on permettra souvent au malade de rentrer chez lui. Au temps de Desmarres, les innombrables iridectomisés du grand maître regagnaient gaiement leur domicile, comme le disait de Græfe dans sa célèbre lettre sur Desmarres et sa clinique. Après 3 à 5 jours, le bandeau devient superflu.

1^o *Accidents opératoires.* — Pendant l'incision, un faux mouvement du malade ou du chirurgien, une mauvaise pique pénétrant brusquement après avoir résisté par une pointe émoussée, dans une sclérotique et un œil durs (glaucome), peuvent provoquer la piqure du cristallin et une cataracte traumatique. Les débutants ou un opérateur mal éclairé pourraient cheminer *dans les lames de la cornée*, d'où la règle de ne faire basculer le manche de l'instrument pour éviter de toucher le cristallin ou l'iris, que lorsqu'on a vu la pointe de l'instrument *pénétrer dans* la chambre antérieure.

Inversement on voit des débutants *s'enferrer* avec l'instrument tranchant *dans l'iris* et aller toucher le cristallin à travers la membrane. S'ils se retirent, l'humeur aqueuse se perd, et lorsqu'ils veulent recommencer à piquer, le désastre est total. Dans ce cas-là, dès que l'opérateur maladroit a vu la pointe de sa pique pénétrer largement dans l'iris, il doit retirer de suite l'instrument. Il a toujours la possibilité d'agrandir sa plaie (et il la faut bien petite pour une iridectomie) avec des ciseaux mousses. Si au contraire il se sert du couteau de Græfe, en abaissant légèrement le manche, il dégagera la pointe. S'il s'agit d'une extraction de cata-

racte, il relèvera toujours de suite la lame le plus possible, mais il pourra *continuer sa section*, tout en *érafant* l'iris, car ici il faut avant tout éviter la perte de l'humeur aqueuse qui rendrait impossible l'exécution du *vaste lambeau* nécessaire à l'extraction du cristallin. Il faudrait se retirer sans hésiter et remettre l'opération à un autre jour si la manœuvre offrait trop de difficultés. Si au contraire on a pu exécuter le lambeau, on arrangera les choses en complétant à la pince et à la pince-ciseaux l'iridectomie esquissée et mal commencée au couteau.

On fera quelquefois un mouvement de pénétration presque *centripète*, dans le genre de celui que représente la figure 89, et *beaucoup moins accentué*.

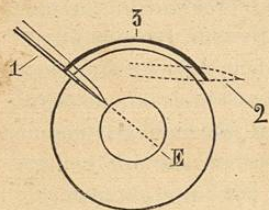


FIG. 89.

Ponction centripète (E).

1. Couteau de Graefe en première position.
2. Deuxième direction.
3. Incision.

Parfois le *sphincter est laissé en place*, soit que l'opérateur ne l'ait pas saisi *directement* avec la pince, soit qu'il l'ait laissé échapper en tirant, soit que sa pince ait des griffes usées, soit enfin qu'une synéchie très solide le fixe complètement. Dans ce cas, si le cristallin est transparent, mieux vaut certainement laisser l'erreur en l'état. La pupille ainsi faite reste ouverte, rend de bons services, antiglaucomateux ou visuels (vu l'absence de troubles visuels par double pupille); toute tentative avec le crochet mousse de Tyrrell, ou surtout avec les pinces, serait des plus dangereuses et le malade la paiera souvent d'une cataracte traumatique. Si le cristallin est cataracté, le crochet de Tyrrell ou, si l'anneau restant est minuscule, le kystitome, suffiront à modifier la situation.

Si on a fait une *iridectomie trop petite*, on peut l'agrandir de suite, en allant saisir prudemment l'iris qui borde la

plaie à condition de le surplomber avec la pince et d'éviter de le prendre par la tranche, lésant ainsi le cristallin. Cela paraît fort simple en apparence et cela se réalise, si l'iridectomie a été faite trop étroite parce que l'opérateur n'a *pas tiré assez d'iris au dehors*. Mais l'examen des opérés et du cours de l'opération prouve qu'il s'agit presque toujours de plaies cornéennes trop *étroites*, faites avec une lance qui a suivi un trajet trop oblique et trop éloignée du limbe. L'opérateur a eu beau tirer, il n'a pu tirer au dehors que le sphincter.

Si la nécessité oblige à agrandir une iridectomie par trop minuscule, il faut agrandir d'abord *la plaie*, au couteau mousse ou *mieux* aux ciseaux mousses.

Du reste d'une façon générale, l'emploi d'un couteau long bien manié évitera les iridectomies trop étroites presque toujours dues à l'emploi maladroit d'une pique, quelquefois même trop étroite ou si on a été gêné par un malade insuffisamment anesthésié.

L'iris est *friable* et impossible à détacher (surtout sur les yeux sympathisés). L'ablation du cristallin et l'iridectomie consécutive peuvent être employées alors.

L'*arrachement* de l'iris suivra éventuellement une iridectomie sur certains iris malades depuis fort longtemps. Si l'on ne désire pas compléter l'arrachement (qui nous a, comme à Cuignet, donné un beau résultat dans un cas de glaucome absolu), on se hâtera de couper l'iris au ras de l'incision cornéenne.

On peut laisser du sang *dans la chambre antérieure*, car il se reproduit visiblement, et toujours plus rouge, à mesure qu'on l'enlève. Les manœuvres trop répétées avec la spatule pourraient léser le cristallin et l'injection intra-oculaire d'eau tiède a plus d'inconvénients que d'avantages.

Il n'est pas très rare, si l'on n'a pas eu le grand soin de réduire les bords de l'échancrure de l'iris, de voir, les jours suivants, un petit enclavement d'une languette ou d'un

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

pli iriens, ce qui a souvent des inconvénients divers et graves (glaucome, iridocyclite, etc.).

L'hémorragie *sous conjonctivale* est en général faible : celle de la chambre antérieure n'est abondante que si la plaie est très périphérique (canal de Schlemm, vaisseaux iriens) ou avec des iris très malades.

Il est rare que le contenu sanguin de la chambre antérieure se coagule ; il forme ordinairement un *hyphéma*, quelquefois à répétition, surtout dans le glaucome, mais qui disparaît en général rapidement, avec ou sans révulsion temporaire et ergotine.

Dans certains cas de glaucome, on pourrait voir avec des plaies *trop larges*, la *subluxation du cristallin* et des *hémorragies intra-oculaires* ; de même avec certains iris très adhérents, et dans l'hydrophtalmie, la *rupture de la zonule* pourrait se produire, et même l'issue du corps vitré.

La *suppuration* est très rare, cependant elle a été signalée (de Græfe, Pomier). En tous cas, vu l'éloignement du corps vitré et la présence du cristallin, elle est encore plus rare qu'après l'extraction de la cataracte. Toutefois on ne négligera pas les soins préparatoires (dacryocystite, blépharite, etc.)

L'*iritis* est elle-même peu fréquente : nous parlons de l'iritis suivant l'iridectomie sur un œil qui auparavant n'avait jamais eu d'attaque d'iritis. Nous l'avons vue ainsi une fois chez une malade très affaiblie par la goutte et une lésion cardiaque, et où l'iridectomie préparatoire pour une cataracte centrale fut suivie de plusieurs petites synéchiés et d'une assez forte poussée irritative quoique l'opération eût été faite avec l'asepsie la plus complète dans l'instrumentation et l'antisepsie habituelle pour la toilette de l'œil d'ailleurs sain.

Dans le cas d'iritis insidieuse, d'uvéite, de la variété que nous avons nommée *iritis pigmentaire*, l'iridectomie

dédoublé souvent l'iris, dont tout le pigment reste adhérent, recouvre le cristallin, comme la *coiffe* d'un chapeau. Tout résultat optique est ainsi annihilé, et si d'autres iridectomies donnent le même résultat, on pensera à l'*ablation du cristallin* (Wenzel, de Græfe, Jocqs) et plus tard aux diverses variétés d'*irido-ectomie*.

2° *Accidents tardifs*. — Une *cataracte traumatique* pourrait se produire, indépendamment même d'une erreur opératoire, à la suite de l'ébranlement du cristallin, surtout dans le glaucome et les fortes adhérences.

L'*enclavement capsulaire* suit éventuellement l'extraction de cataracte à iridectomie et sera étudié avec elle.

La *cicatrice cystoïde* sera également étudiée avec la chirurgie du glaucome.

On se rappellera que, faite sur certains yeux en pleine iritis, l'iridectomie a entraîné l'*atrophie douloureuse* du globe et l'ophtalmie sympathique. L'iridectomie doit donc autant que possible être exécutée à *froid*, dans l'*intervalle des attaques* d'iritis.

INDICATIONS GÉNÉRALES

Sans vouloir entrer dans la thérapeutique oculaire, nous rappellerons les indications générales de l'iridectomie.

L'iridectomie peut être indiquée et a été pratiquée :

1. Dans certaines taches de la cornée. Elle procure une vision immédiate et peut éclaircir le reste de la tache (Panax) comme tout traumatisme, par le mécanisme bien connu de la péritomie, et en excitant la vitalité du tissu cornéen. On la combine souvent au tatouage.

2. Au cours de vastes ulcères cornéens (de Græfe, Horner). Mais il vaut mieux généralement la réserver après la cicatrisation pour la mieux placer, la faire à son aise et avec moins de danger. Il a cependant paru quelquefois que

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