

ARTICLE XXI.

OPÉRATION DE LA PUPILLE ARTIFICIELLE.

Cette opération, qui a pour but d'ouvrir aux rayons lumineux un passage jusqu'à la rétine quand le passage naturel a été fermé par diverses conditions pathologiques, a été exécutée pour la première fois par Chéselden en 1728. Elle est connue en Allemagne sous le nom de *corémorphose* (κορη, pupille; μορφωσις, formation).

L'opération de la pupille artificielle est considérée par la plupart des chirurgiens comme une ressource presque désespérée pour le malade; cela tient évidemment à des idées erronées sur la difficulté du manuel opératoire, qui en réalité n'existe pas.

J'espère démontrer, en dégagant la description des procédés de tout ce qui est inutile, et en réduisant le nombre à *deux seulement*, applicables à tous les cas possibles, j'espère démontrer, dis-je, que la pupille artificielle est une ressource aussi sûre que précieuse pour le malade, et que l'exécution, loin d'être difficile, présente, au contraire, la plus grande facilité.

Pendant ces dix dernières années de ma pratique déjà longue, j'ai exécuté un nombre extrêmement considérable de pupilles artificielles devant les médecins qui suivent mon cours de clinique, et j'ai la satisfaction de les avoir convaincus que tout chirurgien peut faire convenablement cette opération.

Règles générales relatives à l'opération.

L'opération de la pupille artificielle est indiquée quand l'un des yeux étant détruit, l'autre présente une occlusion complète ou presque complète de la pupille par de fausses membranes (*synéchie postérieure*). Cette atrésie est ordinairement la suite d'une iritis. Des exsudations sécrétées dans la pupille ont oblitéré cette ouverture fortement contractée pendant l'inflammation.

Lorsque l'occlusion est entière, il y a toujours en même temps une *fausse cataracte*. Cette cataracte, dans les cas les plus nombreux, peut se trouver limitée au diamètre de la pupille; généralement elle n'est pas très étendue.

Lorsque l'occlusion de la pupille est incomplète, il y a sur les points adhérents de la marge pupillaire des exsudations plus ou

moins larges contenant quelquefois du pus épaissi ou du sang, et sur la capsule des taches plus ou moins étendues de pigmentum uvéen, qu'il faut bien se garder de prendre pour la pupille normale. Le malade, presque aveugle dans le cas d'oblitération incomplète, lorsque le reste de la pupille est très étroit, distingue bon nombre d'objets après des instillations suffisantes de belladone.

On pratique encore l'opération de la pupille artificielle, quand la pupille malade a disparu complètement ou presque complètement par une *synéchie antérieure* (adhérence entre l'iris et la cornée). La disparition de la pupille est alors la suite de larges ulcérations ou plaies du centre de la cornée, qui ont été traversées par la marge pupillaire.

La pupille artificielle sera en outre encore indiquée quand il y aura une tache centrale de la cornée. Dans cette circonstance, la pupille a le plus souvent conservé ses conditions normales; c'est la cornée qui, opaque dans son centre, ne permet point aux rayons lumineux d'arriver au fond de l'œil. La vision est détruite ou fortement gênée; le malade ne peut voir les objets que de côté. Très souvent la tache existe sur les deux yeux à la fois; elle est fréquemment le résultat d'une ophthalmie purulente, et s'accompagne assez ordinairement d'une cataracte centrale végétante (voy. *Cataracte*).

On pratiquera enfin l'opération de la pupille artificielle quand, la cornée étant sur le point d'être ouverte dans une grande étendue par une perforation ulcéreuse, il y a danger que la pupille naturelle disparaisse en entier.

Ces divers états pathologiques ne sont pas les seuls qui réclament l'opération. Nous avons vu, en parlant de l'oblitération de la pupille (voy. page 489) que la cécité, selon Wrisberg et Rœmer, peut être due à la persistance de la membrane pupillaire, ce que nous n'avons pas encore observé; l'opération est donc encore applicable dans ce cas. L'atrésie pupillaire est aussi le résultat d'un grand nombre d'opérations pratiquées sur l'œil; elle est surtout fréquente après celle de la cataracte. Les affections syphilitiques, en frappant l'iris, déterminent la formation de fausses membranes qui diminuent ou oblitérent la pupille. Le staphylôme opaque partiel de la cornée, le staphylôme transparent nécessitent également dans beaucoup de cas l'opération dont nous nous occupons. Chacun de ces états morbides peut être ac-

compagné, dans les autres parties de l'œil, de désordres plus ou moins graves, auxquels on doit porter la plus grande attention avant de pratiquer la pupille artificielle.

Passons en revue maintenant certaines questions qui sont en dehors des altérations pathologiques :

A. *Lorsque le malade voit bien d'un œil, l'opération de la pupille artificielle sera-t-elle contre-indiquée ?*

Le plus souvent, même en cas de succès, disent la plupart des auteurs, on n'obtient qu'un résultat négatif, par ce motif que le parallélisme des axes visuels étant détruit, il s'ensuit un trouble général de la vision, qui force le malade à tenir fermé l'œil opéré pour éviter la diplopie. Ce ne serait que dans le cas tout exceptionnel de la persistance de la membrane pupillaire, comme dans le cas rare où la pupille artificielle pourrait être placée au centre de l'iris, qu'il serait permis de la pratiquer, car autrement il serait difficile de ne pas léser le cristallin et la capsule, ce qui nécessiterait une seconde opération, après laquelle, même si elle réussissait, la réfraction serait modifiée. Encore, le plus souvent, après des tentatives de cette nature, le malade serait-il obligé de tenir fermé l'œil opéré pour mieux voir de son œil sain.

Il y a dans ces craintes une grande exagération : d'après mon expérience personnelle, au contraire, on peut sans danger pratiquer l'opération de la pupille artificielle quand l'un des yeux est sain, pourvu que l'œil malade présente certaines conditions. Loin d'avoir un résultat négatif par défaut de parallélisme, un trouble général de la vision, une diplopie gênante, on améliore certainement la vue de l'opéré. J'ai pratiqué souvent l'opération dans ces conditions, et je n'ai pas vu un seul cas dans lequel les malades aient eu à s'en repentir. La règle générale ne peut donc pas être prise ici au pied de la lettre, et devra subir des exceptions.

Les conditions indispensables pour l'exécution de l'opération, quand l'un des yeux est sain, sont que la pupille naturelle soit masquée en totalité ou en partie par un leucôme ; qu'elle n'ait disparu qu'incomplètement par synéchie antérieure ou postérieure ; que le côté interne de la cornée soit transparent. Dans tous les cas où l'on pourra établir la pupille artificielle sur le côté interne de l'œil, le parallélisme des axes optiques ne sera pas détruit, et la vision sera meilleure quand le malade tiendra les deux yeux

ouverts. L'opéré se trouvera exactement dans le même cas que les personnes qui voient un peu confusément d'un œil, et assez bien de l'autre quand elles essayent ces organes isolément, mais qui ont une vue parfaitement bonne quand elles regardent des deux yeux à la fois. D'un autre côté, rien ne console tant un malade, qui a cessé de voir d'un œil, que d'en recouvrer l'usage, ne fût-il que suffisant pour se conduire ; il cesse à l'instant de craindre de perdre l'œil sain, et retrouve sa tranquillité. N'est-ce pas assez de raisons pour consentir à faire une opération des plus faciles, des moins compromettantes de la chirurgie ?

B. *L'opération sera-t-elle faite sur un œil qui permet au malade de se conduire ?*

La solution de cette question peut être donnée dans un sens négatif ou affirmatif, selon les conditions de l'organe. Si la cornée est malade dans presque toute son étendue, et que l'ouverture qui permet au malade de voir ne puisse être agrandie pour ce motif, il est évident qu'aucune tentative ne devra être faite. Mais, au contraire, quand la cornée est transparente dans une grande partie de sa surface, que la pupille est très étroite et l'iris sain, la pupille artificielle est indiquée. Il y a, en effet, dans de semblables conditions les chances les plus heureuses de rendre au malade assez de vue pour qu'il puisse s'occuper de choses qui exigent une vision passable ; refuser de faire une opération en de telles circonstances serait, à mon sens, mériter le reproche d'une timidité mal entendue. *L'excision* seule est indiquée dans ce cas.

C. *L'époque depuis laquelle la pupille est fermée sera-t-elle prise en considération ?*

Ce ne sera que longtemps après la complète guérison de l'inflammation qui aura amené la cécité, que la pupille sera pratiquée. On n'oubliera pas qu'une opération faite prématurément, c'est-à-dire alors qu'une inflammation sourde régnerait encore au fond du globe, serait suivie d'un insuccès, et pourrait même amener les accidents les plus sérieux pour l'organe. Elle sera éloignée ou rejetée s'il existe une affection sérieuse des paupières, comme un entropion, un trichiasis rebelle, une tumeur d'un certain volume. Il en sera de même lorsque des granulations épaisses

siégeront sur la conjonctive, que cette membrane et le tissu cellulaire sous-jacent seront parcourus de vaisseaux variqueux, et que la sclérotique présentera quelques bosselures bleuâtres ou des plaques plus ou moins élevées, signe d'une choroidite ancienne. L'atrophie du bulbe, lorsqu'elle sera très avancée, contre-indiquera la pupille artificielle, qui réussira pourtant quelquefois, dans le cas où le globe ne présenterait qu'un peu moins de consistance. L'hydrophthalmie et le synchisis très ancien, compliqués de l'occlusion de la pupille par de fausses membranes, s'opposeront au succès de l'opération, dont le pronostic sera au moins très réservé.

D. *La cornée est-elle transparente ; la chambre antérieure est-elle conservée ?*

La cornée doit être transparente dans une étendue suffisante, en regard de la perte de substance qui sera faite dans l'iris ; sans cette condition, le résultat de l'opération étant nul ou à peu près, il vaut mieux ne la point tenter. Toutefois j'ai opéré dans de telles circonstances, et quelques malades se sont trouvés bien heureux de pouvoir reconnaître quelques objets, bien qu'il leur fût impossible de se conduire seuls.

Lorsque la transparence de la cornée est suffisamment large, on doit rechercher si en arrière il y a une chambre antérieure, ou au moins un espace, fût-il même très petit. Cependant cet espace n'est pas une condition rigoureusement nécessaire, comme l'a pensé Jæger ; il suffit qu'il n'y ait pas d'adhérence entre l'iris et la cornée pour que les instruments se frayent une route facile.

Si la cornée offre en regard de la pupille une tache assez large sur un enfant dont l'autre œil serait perdu, et qu'il n'ait point derrière une cataracte végétante centrale, on ne se hâtera point de pratiquer l'opération, la vue pouvant peu à peu se rétablir par les progrès de la résorption, très active chez les jeunes sujets. Cette observation s'applique à toutes les lésions susceptibles d'amener l'occlusion de la pupille, que le temps aidé ou non d'un traitement pourrait faire disparaître.

Si le malade n'a qu'un œil et que la cornée de cet œil présente près de sa circonférence un large ulcère qui menace l'iris d'une prociidence capable de compromettre la pupille, on se hâtera de déplacer celle-ci vers le côté de la cornée, demeuré sain, et cela

avant que la perforation ait eu lieu. On pourrait objecter à un pareil conseil qu'attaquer la cornée alors qu'elle est malade, ce serait compromettre l'organe tout entier ; que la blessure de l'iris par l'*excision* ajoutant encore à l'intensité de l'inflammation qui existe, on mettrait le patient dans un péril presque inévitable, etc. A tout cela je répondrai qu'en pareille occasion, maintes fois j'ai pratiqué la pupille artificielle par excision, et que j'ai été assez heureux pour guérir mes malades ; que dans tous les cas où j'ai prévu qu'une inflammation allait détruire la moitié de la cornée, l'autre moitié étant saine, j'ai hardiment ponctionné cette dernière, excisé l'iris et sauvé ainsi la pupille, que les instillations de belladone n'avaient pu protéger.

E. *Le cristallin est-il opaque ? S'il est opaque, le procédé opératoire sera-t-il modifié ?*

Lorsque des exsudations plastiques épaisses ont fermé la pupille, et que l'occlusion est complète, il est rare que l'appareil cristallinien soit troublé en totalité. Si cela est, comme on n'a aucun moyen pour le reconnaître, on pratique l'opération comme si l'on avait à ménager la capsule. L'iris enlevé, on panse l'œil, et plus tard on s'occupe de la cataracte, que l'on peut détruire sur place par la simple dilacération de la capsule. C'est une opération qu'il faut se résigner à faire à grande distance dans l'intérêt bien entendu des malades. J'ai mieux réussi de cette manière qu'en extrayant la cataracte en même temps que je pratiquais l'excision de l'iris.

F. *La rétine est-elle saine ?*

Avant de pratiquer la pupille artificielle, on recherchera si la rétine n'est point altérée, et s'il n'y aurait point une amaurose outre l'occlusion pupillaire. On n'oubliera pas que si l'on a établi, en général, que le malade doit distinguer le jour de la nuit, il y a des exceptions dans lesquelles l'œil ne perçoit aucune trace de lumière, bien que cependant il soit loin d'être amaurotique. De nombreuses observations ont mis ce fait hors de doute, et des malades, jusque-là dans ces tristes conditions, ont recouvré la vue par l'opération de la pupille artificielle. Il y avait alors, outre la fausse membrane de la pupille, une cataracte molle qui intercep-

taient les rayons lumineux. Assalini et Græfe citent des faits de cette espèce ; jamais je n'ai rien vu de semblable. C'est dans ces cas que l'on devra beaucoup compter sur la recherche des phosphènes (voy. t. I, p. 87), et surtout sur l'impression produite dans l'œil du malade par une lampe placée à 5 ou 6 mètres dans une chambre obscure. Le patient doit distinguer nettement la lumière à cette distance, et reconnaître facilement si l'on fait passer un corps opaque entre elle et lui, autrement il est plus ou moins amaurotique. Ce moyen, qui m'a été indiqué par mon ami A. de Græfe, a la plus grande valeur pratique dans le pronostic des cataractes. J'y reviendrai.

G. Quelles devront être les conditions de l'iris ?

L'iris devra être l'objet de toute l'attention du médecin. Lorsqu'il est de couleur sale, qu'il a pris une teinte d'un vert rougeâtre, que ses fibres ont perdu leur aspect normal, on doit s'attendre à le voir se déchirer sous l'action des instruments. L'instrument laboure le tissu de la membrane, mais ne peut y faire une perte de substance assez large. Dans d'autres cas, le diaphragme, bosselé, décoloré, est poussé contre la cornée, et ses fibres convergentes forment des sillons profonds, entre lesquels le parenchyme iridien, poussé d'arrière en avant, fait saillie. On doit s'attendre dans ce cas à trouver l'iris doublé de fausses membranes épaisses, qui compromettent le succès de l'opération, et très souvent se sont organisées au loin dans la coque oculaire ; pourtant cela n'est pas sans exception.

H. Quelle sera la conduite du chirurgien si le malade est atteint d'un côté d'une occlusion simple de la pupille, et de l'autre côté d'une cataracte ?

Si un malade présente d'un côté une cataracte simple, et de l'autre une occlusion pupillaire, ce dernier œil sera seul opéré, les chances de l'opération de la pupille artificielle étant plus favorables que celles de la cataracte. On conçoit que si la vision est empêchée par un leucôme borné au centre de la cornée, ou par une synéchie antérieure ou postérieure incomplète, et qu'il soit possible de déplacer la pupille en la ramenant par l'excision du côté interne, il vaut mieux pratiquer d'abord cette opération que celle de la cataracte, qui offre bien autrement de chances d'insuccès.

I. L'âge du malade sera-t-il pris en considération ?

Beaucoup d'auteurs ne veulent point qu'on pratique l'opération avant la puberté, d'autres en fixent le moment vers l'âge de six à huit ans. Il n'y a point de motif raisonnable pour priver un enfant des chances de l'opération pendant d'aussi longs délais, si aucune complication générale ne commande ce retard. Ce que le chirurgien doit rechercher avant tout, c'est l'immobilité du malade et celle de l'organe à opérer ; il l'obtiendra toujours avec le chloroforme. En attendant jusqu'à l'âge de quinze ou seize ans, l'éducation de l'œil est beaucoup plus lente.

J. Les maladies générales auront-elles toujours une influence fâcheuse sur le résultat de l'opération ?

On ne négligera point d'étudier les complications générales, telles que la grossesse, l'âge climatérique, une maladie générale, une affection spécifique comme la syphilis, etc. ; l'opération devra souvent alors être éloignée. Lorsque l'iris s'est désorganisé sous l'influence de l'affection vénérienne, les chances de succès de la pupille artificielle sont singulièrement diminuées. Ces observations suffisent pour faire comprendre que les malades devront quelquefois être soumis à un traitement préalable, plus ou moins rigoureux et long. Cependant on n'oubliera pas qu'il y a un grand nombre d'affections générales qui ne peuvent exercer aucune influence fâcheuse sur l'opération.

K. Quelle dimension la pupille artificielle aura-t-elle ?

La pupille artificielle sera, en général, plus large que la pupille naturelle. Elle sera d'une étendue à peu près égale à celle que la pupille saine prend le soir à une lumière modérée. Il est des cas cependant dans lesquels une ouverture très étroite suffit à la vision. Si l'iris, d'un autre côté, était enlevé dans une trop grande étendue, le malade se trouverait dans des conditions analogues à celui qui serait atteint de mydriase.

L. En quel lieu la pupille artificielle sera-t-elle pratiquée ?

Le plus souvent, le lieu où la pupille doit être faite est déterminé d'avance par les lésions mêmes ; cependant il est des cas

encore nombreux dans lesquels le chirurgien peut choisir le lieu où la corémorphose sera pratiquée de préférence.

La situation la plus avantageuse pour la pupille sera celle qui se rapprochera le plus du centre de l'œil ; mais presque toujours c'est là que se trouvent le plus d'obstacles ; il faut bien alors ouvrir l'iris sur un point quelconque de sa circonférence. A cet égard, comme sur le choix du procédé, les auteurs sont peu d'accord : les uns, Tyrrell, Maunoir, Gibson, conseillent le côté *temporal* ; les autres, Heiberg, Jæger, Sanson, Mackenzie, aiment mieux, et avec raison, le côté *interne*. A l'exemple de Heiberg, je crois que l'angle interne inférieur doit être préféré ; à défaut de cet endroit, la pupille sera pratiquée à la partie interne, juste dans le diamètre horizontal, puis à la partie inférieure de l'iris ; viendra ensuite l'angle inférieur externe.

S'il y a lieu de faire une pupille sur chaque œil, on ne les ouvrira pas, comme l'a fait Maunoir, du côté de la tempe, ce qui rend l'aspect du malade plus que désagréable, et cause en outre une diplopie qui peut durer longtemps ; mais, si l'état des parties le permet, on les placera : 1° en dedans et en bas ; 2° en dedans ; 3° en bas ; 4° en haut ; 5° une en dedans sur un œil, l'autre en dehors sur l'autre œil, afin que le parallélisme des deux axes optiques soit toujours possible. Il est difficile de comprendre qu'on puisse, à l'exemple de M. Rognetta, choisir la partie supérieure de préférence, par ce seul motif que la lumière vient d'en haut, surtout lorsque, dans la pratique, on constate journellement que les pupilles ainsi placées sont masquées en partie par la paupière supérieure, et qu'il faut quelquefois, comme Cunier, couper le muscle droit supérieur pour que le globe soit convenablement découvert et entraîné en bas.

Nous avons expérimenté bien des fois la double opération de la pupille artificielle sur le même individu, et, en suivant ces règles, nous avons rarement vu la diplopie. Lorsque cela est arrivé, l'œil le plus faible s'est toujours dévié à mesure que l'image fautive qu'il fournissait commençait à s'éteindre. L'opération était devenue inutile pour la fonction simultanée des deux yeux.

Lorsqu'on sera forcé, par la disposition des parties, de pratiquer une ouverture dans l'iris loin du centre de l'œil, on pourra remarquer, si l'opération réussit, que l'œil ne tardera pas à se diriger d'une manière régulière. Des oscillations de la totalité du globe dans le sens de l'objet dont la perception sera recherchée,

indiqueront que bientôt l'œil prendra d'une manière fixe et sûre la direction convenable. On ne se hâtera donc pas de pratiquer les sections musculaires, recommandées dans beaucoup de cas de pupille artificielle.

Ces diverses recherches sur l'état de l'œil à opérer, le procédé particulier à choisir, jettent tout d'abord le trouble dans l'esprit du praticien. Mais fort heureusement, on peut réduire à *deux* les diverses lésions de l'organe, et y appliquer *deux* méthodes opératoires, presque les mêmes dans leur exécution.

Voici, au reste, les conclusions que je posais il y a cinq ou six ans, après un travail sur la pupille artificielle (1). Je n'y trouve rien à changer aujourd'hui.

I.

« Les méthodes d'*incision*, de *décollement* et d'*enclavement* (nous les étudierons) et tous les procédés au moyen desquels on les pratique, doivent être abandonnés comme inutiles et dangereux.

II.

« La pupille artificielle devra être faite désormais par les seules méthodes d'*excision* ou de *déchirement*.

III.

« Quelles que soient les conditions pathologiques qui exigeront l'opération de la pupille artificielle (2), on n'aura recours qu'à l'une ou à l'autre de ces méthodes.

IV.

« Dans tous les cas d'oblitération *incomplète* de la pupille naturelle par adhérence de l'iris à la cornée, ou par adhérence de l'iris à la capsule, on appliquera l'*excision*.

V.

« Dans tous les cas d'obstruction *complète* de la pupille naturelle par adhérence de l'iris à la cornée, ou par adhérence de l'iris à la capsule, on appliquera le *déchirement*. »

Nous allons décrire ces deux méthodes d'*excision* et de *déchi-*

(1) Atlas du *Journal des connaissances médico-chirurgicales*. — Opérations qui se pratiquent sur les yeux, p. 9, par M. Desmarres.

(2) Dans les cas de cataracte adhérente complète on détruira séance tenante ou plus tard le cristallin (voy. *Cataracte*).

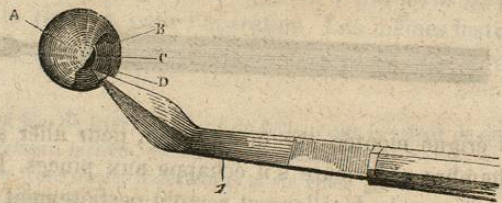
tandis que l'aide chargé de soutenir la tête et de relever la paupière supérieure se tiendra debout derrière le malade.

Mais comme dans cette opération une immobilité parfaite de l'œil et du corps est indispensable, et qu'il est plus facile de l'obtenir lorsque le malade est couché; c'est dans cette position que je préfère pratiquer la pupille artificielle. La tête du malade est convenablement élevée sur des coussins un peu durs; un aide la fixe en la maintenant au moyen des mains appliquées sur les tempes. L'opérateur, après s'être assuré que la lumière est convenable, soulève la paupière supérieure avec l'élevateur plein, implante la pince à ressort sur la conjonctive bulbaire du côté opposé à celui où la pupille doit être pratiquée, et confie ces deux instruments à un autre aide.

Tout étant ainsi disposé, l'opération peut être facilement exécutée de la manière suivante :

Premier temps. — Ponction. — Le chirurgien, abaissant d'une main la paupière inférieure, s'il opère dans le bas de la cornée, et tenant le couteau lancéolaire de l'autre main, enfonce cet instrument dans la chambre antérieure, et pratique sur la cornée une ouverture d'environ 5 à 6 millimètres. Pour exécuter ce premier temps, le couteau lancéolaire est approché doucement de la cornée, à 1 millimètre environ de l'insertion de cette membrane sur la sclérotique, et dans un endroit qui doit correspondre par-

Fig. 44.

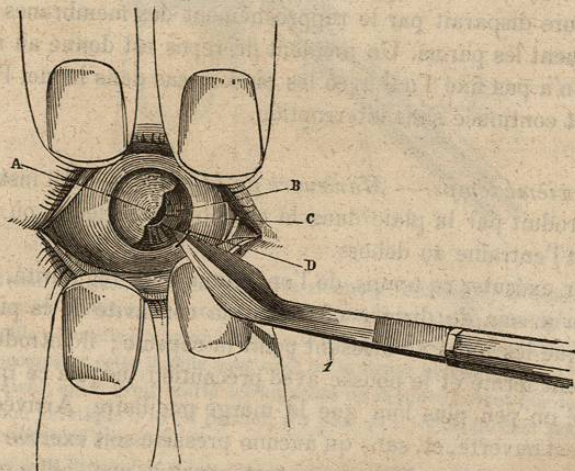


- 1, couteau lancéolaire courbe.
 A, tache leucomateuse couvrant un peu plus de la moitié de la pupille.
 B, iris sain, vu à travers la cornée demeurée transparente.
 C, partie de la pupille naturelle.
 D, petite plaie faite par le couteau sur la cornée, tout près de la sclérotique.

faitement au centre de la portion conservée de la pupille naturelle, comme cela est représenté dans la figure 44. Placé d'abord, pen-

dant qu'il s'enfonce dans le tissu de la cornée, dans une direction se rapprochant de la perpendiculaire par rapport à cette membrane, le couteau, dont le manche est abaissé aussitôt que la pointe a pénétré dans la chambre antérieure, se trouve alors parallèle au plan de l'iris, et s'avance jusqu'à ce que l'ouverture ait 5 millimètres ou au plus 6 millimètres d'étendue. Cela fait, le chirurgien retire vivement le couteau, et, par ce moyen, évite de vider la chambre antérieure pour introduire plus aisément la pince. Si l'incision ne peut être faite d'emblée par ponction, le chirurgien, après l'avoir commencée et lui avoir donné de 3 à 4 millimètres, ramène à lui l'instrument en suivant la même route, mais en appuyant sur l'un des angles de l'incision, de manière à l'agrandir de 2 à 3 millimètres encore.

Fig. 45.



La pointe du couteau 1, après avoir pénétré dans la sclérotique, passe derrière la cornée et arrive en avant de l'iris B.

L'incision D ne porte en aucune façon sur la cornée, de sorte que la pupille artificielle qui sera faite par l'agrandissement du reste de la pupille naturelle C, aura la plus grande étendue possible, et que la cornée, n'ayant point été blessée, ne présentera point, ou au moins ne courra point les risques de présenter une tache à sa circonférence par le fait même de l'incision.

On comprendra tout l'avantage de cette ponction sur la sclérotique, dans les cas où la cornée portera déjà une tache très large A, et n'aura conservé sa transparence que dans une petite étendue.

La figure 45 représente le moment où le couteau vient d'être

introduit dans la chambre antérieure; l'incision sera agrandie, soit en poussant l'instrument plus loin, ce qui est préférable, soit dans le mouvement que le chirurgien fera exécuter à cet instrument pour le faire sortir de la chambre antérieure.

La ponction de la cornée étant presque toujours suivie d'une opacité qui empiète sur la pupille artificielle, déjà, en général, étroite par elle-même, je pratique souvent la ponction sur la sclérotique, à 1 millimètre et demi ou 2 millimètres de la cornée, comme cela est représenté dans la figure 45. Je suis en cela le conseil de Bénédicet. Lorsqu'on fait ainsi la ponction, le couteau est dirigé de telle sorte que la sclérotique est attaquée obliquement selon son épaisseur, c'est-à-dire coupée en biseau.

Il n'y a aucun inconvénient à faire la ponction sur la sclérotique un peu plus grande que celle de la cornée. Pendant qu'on la termine, l'humeur aqueuse s'échappe au dehors, et la chambre antérieure disparaît par le rapprochement des membranes qui en constituent les parois. Un moment de repos est donné au malade si l'on n'a pas fixé l'œil avec les pinces, cas dans lequel l'opération est continuée sans interruption.

Deuxième temps. — Manœuvre de la pince. — Cet instrument est introduit par la plaie dans la chambre antérieure, où il saisit l'iris et l'entraîne au dehors.

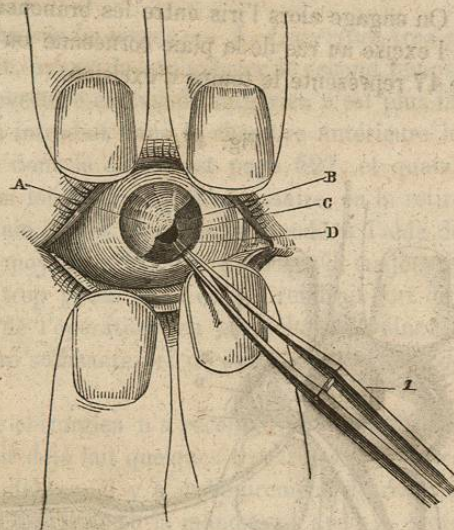
Pour exécuter ce temps de l'opération avec régularité, le chirurgien a soin de diriger en avant la concavité de la pince, en sorte que les mors ne blessent point la capsule; il introduit l'instrument fermé et le pousse avec précaution jusqu'à ce qu'il soit avancé un peu plus loin que la marge pupillaire. Arrivée là, la pince est ouverte, et, sans qu'aucune pression soit exercée d'avant en arrière, on voit l'iris faire tout aussitôt une saillie entre ses branches, qui sont immédiatement rapprochées. Les mors ne servent pas à saisir l'iris; ils doivent rester libres et ne servent qu'à empêcher les branches de l'instrument de chevaucher l'une sur l'autre. L'iris, saisi par sa marge pupillaire, entre les branches de la pince, est entraîné au dehors; l'opérateur, quand il retire l'instrument, a soin d'en faire glisser les mors sur la face concave de la cornée, en y prenant un léger point d'appui, afin de ne point léser la capsule.

Quand la pince est sortie de la chambre antérieure, on continue d'entraîner l'iris, pour que la perte de substance à faire sur cette

membrane porte jusque sur la partie du diaphragme qui est placée en regard de l'incision faite à la cornée ou à la sclérotique.

Ce deuxième temps, ou, pour parler plus exactement, la première partie de ce deuxième temps de l'opération est représentée dans la figure 46.

Fig. 46.



1, fait voir la pince introduite dans la chambre antérieure, la concavité en haut; entre les branches un peu écartées, on voit l'iris faisant une légère saillie.

La pupille naturelle C s'agrandit déjà par le fait de l'engagement de l'iris dans la pince (comparez cette pupille avec celle de la figure précédente).

L'opérateur, après avoir écarté les branches de la pince autant que la largeur de l'incision kératique D le lui permet, n'a plus qu'à les rapprocher pour saisir l'iris et l'entraîner au dehors.

B, représente l'iris sain; A, est une tache leucomateuse de la cornée.

Troisième temps. — Excision de l'iris. — L'exécution de ce temps est beaucoup plus facile que celle des deux autres; le mieux, si cela est possible, est de la confier à un aide, le chirurgien ayant une main occupée par la pince, et l'autre maintenant la paupière inférieure abaissée. Si cependant on préfère exciser soi-même l'iris, on prend, de cette main, une paire de ciseaux courbes, dont la concavité doit regarder en avant quand on en appliquera les branches sur la cornée, tandis que de l'autre on suit l'iris fixé par la pince, avec laquelle on ne doit exercer aucune