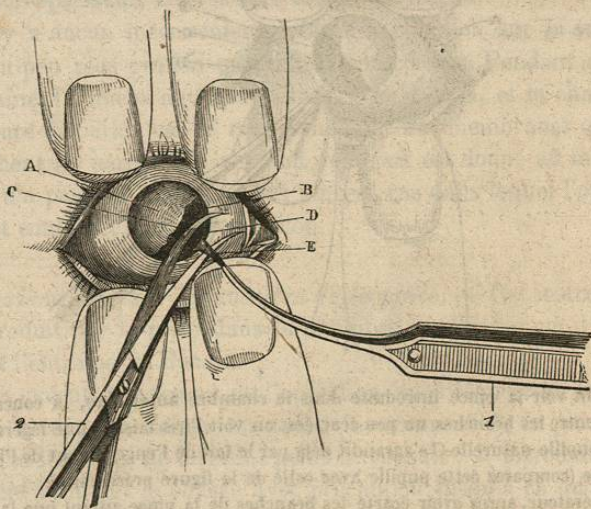


traction sur son tissu, sous peine de le voir se déchirer à l'instant. Pour que la main qui tient les ciseaux agisse avec le plus de sûreté possible, on l'applique par sa face dorsale sur la joue du malade, le pouce et le médius sont engagés dans les anneaux de l'instrument, et l'index est allongé sous les branches des ciseaux, à l'endroit où se trouve placée la vis nécessaire à leur entrecroisement. On engage alors l'iris entre les branches de l'instrument, et on l'excise au ras de la plaie cornéenne ou scléroticale.

La figure 47 représente le temps d'excision.

Fig. 47.



L'iris E est maintenu fixé par la pince 1, et entraîné au dehors sous la forme d'une petite bandelette triangulaire noirâtre, dont la base repose sur les lèvres de l'incision.

Les ciseaux 2, dont la cavité est tournée en avant, sont appliqués presque sur la cornée; l'iris, placé entre les branches, va être excisé exactement sur la plaie cornéenne que D indique.

C, représente la nouvelle pupille, qui est quadrilatère et d'un noir parfait.

B, fait voir le reste de l'iris sain.

A, est une grande tache leucomateuse de la cornée.

REMARQUES SUR LES ACCIDENTS QUI PEUVENT ARRIVER PENDANT L'OPÉRATION PAR EXCISION.

*Premier temps. — Ponction.* — Ce temps de l'opération, bien que d'une exécution très facile, s'accompagne quelquefois d'accidents qu'il ne sera pas inutile de signaler.

*I. Ponction sur la cornée. — A. Ouverture trop petite.* — Si l'on reconnaît, avant de commencer le second temps de l'opération, que l'ouverture est insuffisante, rien n'est plus facile que d'y remédier. On introduit dans la chambre antérieure le petit couteau mousse dont le dessin est page 527, et quand on l'a fait pénétrer aussi loin que cela est nécessaire, on le retire en agrandissant la plaie, après avoir recommandé à l'aide de tenir l'œil immobile au moyen de la pince fixée sur la conjonctive bulbaire. L'ouverture trop petite de la cornée rendrait fort difficile le second temps de l'opération, en empêchant la pince de s'écarter d'une manière suffisante, et de saisir une portion convenable de l'iris.

Lorsque le chirurgien n'a reconnu l'insuffisance de la ponction qu'après avoir déjà fait quelques tentatives pour entraîner le diaphragme au dehors, il y a ordinairement derrière la cornée du sang échappé de l'iris, et la manœuvre avec le couteau mousse pour agrandir la plaie cornéenne est plus difficile, parce qu'on peut risquer de pénétrer dans la chambre postérieure et de blesser la capsule. Cependant, si l'on tient la lame exactement appliquée contre la cornée à mesure qu'on l'introduit derrière cette membrane, on parvient à agrandir la plaie sans accident.

*B. Ouverture trop grande.* — Cet inconvénient de la ponction est le plus souvent sans conséquence pour le résultat de l'opération. Cependant, comme il peut arriver qu'une plaie trop grande de la cornée ne se réunisse pas facilement et qu'il s'ensuive une opacité, il est bon de ne donner à l'ouverture que l'étendue suffisante.

*C. Ouverture trop éloignée de la sclérotique.* — La pupille artificielle, exécutée selon le procédé que nous avons décrit, devant s'étendre depuis la marge irienne libre jusqu'au point le plus rapproché possible de la circonférence de la cornée, serait trop petite si la ponction n'était pas faite très près de la sclérotique.



tique. Ce serait là un inconvénient des plus graves, parce que dans tous les cas où la cornée n'offre plus de transparence ailleurs que dans l'endroit où la première tentative a été faite, il n'est plus possible de recommencer sur un autre point. J'ai vu bon nombre d'opérés par *excision* chez lesquels la vision, qui aurait pu être bonne, est imparfaite ou presque nulle par suite de la faute que je signale ici. D'ailleurs, la cornée présentant presque toujours un peu d'opacité dans le point où elle a été blessée, il est très raisonnable de pratiquer la ponction le plus loin possible du centre de cette membrane, et même, ainsi que je le fais dans presque tous les cas, de passer les instruments à travers une plaie de la sclérotique.

D. *Ouverture plus large en dehors qu'en dedans.* — Lorsque l'humeur aqueuse s'écoule trop tôt, ce qui tient d'ordinaire à ce que le chirurgien a pressé trop fortement avec le couteau lancéolaire sur l'une des lèvres de l'incision, l'iris, venant s'appliquer avec rapidité contre la cornée, serait infailliblement blessé si l'instrument n'abandonnait promptement la chambre antérieure. Quand on ramène à soi le couteau pour éviter cette lésion du diaphragme, on n'a pas le temps de régulariser la plaie de la cornée en l'agrandissant, et l'ouverture prend exactement la forme triangulaire de la lame de l'instrument.

Deux autres causes peuvent encore produire le même résultat : la première, c'est lorsque, par suite de quelques reflets de lumière sur la cornée, il n'est pas possible de suivre avec exactitude la marche de la lame dans la chambre antérieure ; la seconde, c'est quand l'opérateur, inattentif à diriger convenablement le couteau, le tient trop parallèlement par rapport à la cornée en attaquant cette membrane, dont il laboure les lamelles dans une assez grande étendue, au lieu de pénétrer tout de suite dans la chambre antérieure. Quelle que soit, au reste, la cause de l'inconvénient que je signale, les effets en sont toujours les mêmes : c'est l'impossibilité d'écarter convenablement les mors de la pince lorsqu'elle est introduite, et la difficulté d'entraîner au dehors une quantité suffisante d'iris pour faire une pupille artificielle assez large.

On évitera toujours cet inconvénient quand on pourra se servir du couteau à cataracte ordinaire, au lieu du couteau lancéolaire.

II. *Ponction sur la sclérotique.* — L'ouverture trop petite ou trop grande, la blessure du corps ciliaire et de la capsule, et la

division des vaisseaux de la conjonctive, sont les principaux accidents à signaler lorsqu'on pratique la ponction sur la sclérotique. Je n'ai rien à dire ici de l'ouverture trop petite ou trop grande, les inconvénients en étant les mêmes que ceux dont j'ai parlé plus haut.

A. *Blessure du corps ciliaire et de la capsule.* — Lorsqu'on ponctionne la sclérotique, l'instrument doit être poussé de manière à diviser cette membrane obliquement dans son épaisseur. Si le chirurgien a suivi une bonne direction, le couteau lancéolaire engagé dans la sclérotique, à 2 millimètres environ de la cornée, passe derrière celle-ci, et, par conséquent, en avant de l'iris, sans blesser ni l'une ni l'autre de ces membranes. Pour bien faire cette ponction, il est indispensable de connaître très exactement les attaches de l'iris, afin de faire pénétrer le couteau lancéolaire dans la portion de sclérotique comprise entre ces attaches et celles de la cornée. Lorsqu'on ponctionne trop loin de cette dernière membrane, ou qu'on tient l'instrument trop perpendiculairement à la sclérotique, on pénètre dans la chambre postérieure à travers le corps ciliaire, et l'on blesse l'appareil cristallinien.

Cette double blessure peut compromettre gravement les chances de succès ; des vomissements, une vive inflammation, sont la conséquence fréquente de la lésion du corps ciliaire, et une cataracte lenticulaire suit de près l'ouverture de la capsule. Ces accidents nécessitent un traitement antiphlogistique énergique, et plus tard, si l'on parvient à éteindre l'inflammation traumatique, une opération de cataracte.

B. *Blessure des vaisseaux de la conjonctive.* — Elle est très fréquente, et même presque inévitable, quand on ponctionne la sclérotique. Cette lésion n'aurait, par elle-même, aucun inconvénient, s'il n'en résultait point un écoulement de sang quelquefois assez abondant pour gêner beaucoup le chirurgien pendant la manœuvre du second temps de l'opération.

On peut, il est vrai, y remédier jusqu'à un certain point, en enlevant le sang au moyen d'éponges, mais cela occasionne au malade, dont l'œil est maintenu ouvert, une sensation si désagréable qu'elle n'est pas supportable pour quelques personnes. Il est préférable de laisser les paupières se fermer, et la petite hémorrhagie ne tarde pas à s'arrêter ainsi d'elle-même.

Un autre inconvénient plus sérieux, c'est que si l'on essaie d'al-



ler saisir l'iris pendant que les vaisseaux divisés de la conjonctive laissent écouler le sang en abondance, il en pénètre dans la chambre antérieure au moment où les lèvres de la plaie de la cornée sont entr'ouvertes par la pince, et qu'un caillot vient souvent masquer pour quelque temps la nouvelle pupille qu'on est parvenu à faire. Dans certains cas, j'ai vu le sang fourni par la conjonctive et par l'iris s'organiser dans l'ouverture artificielle, et s'opposer longtemps à l'exercice de la vision. Toutefois, je me hâte de le dire, la ponction dans la sclérotique est toujours préférable à celle qu'on fait dans la cornée, et cela pour les motifs que j'ai indiqués plus haut.

*Deuxième temps. — Manœuvre avec la pince. —* La blessure de la capsule, une perte de substance trop petite de l'iris, et la déchirure de cette membrane dans la direction de ses attaches ciliaires à la pupille, sont les principaux accidents à noter ici.

*A. Blessure de la capsule. —* La pince doit être introduite dans la chambre antérieure, de telle sorte que les mors en touchent la cornée, et qu'ils dépassent la marge pupillaire. Si, au contraire, l'extrémité de l'instrument, pendant qu'elle avance dans la pupille, est dirigée vers la capsule, c'est-à-dire en arrière, il arrivera que la membrane du cristallin sera lésée et qu'il s'ensuivra inévitablement une cataracte. Rien n'est plus facile heureusement que d'éviter ce fâcheux accident, qui met le patient dans la nécessité de subir plus tard, ou même séance tenante, lorsque la blessure de la capsule est bien constatée, une seconde opération plus sérieuse que la première. Si, en effet, on se sert d'une pince courbe au lieu d'une pince droite, qu'on en tourne la concavité en avant, en prenant soin, quand elle est dans la chambre antérieure, de presser un peu sur la cornée d'arrière en avant, comme on le fait avec le crochet pour le décollement, la blessure de la capsule devient presque impossible ou du moins très difficile.

*B. Perte de substance trop petite dans l'iris. —* Cet accident peut tenir à plusieurs causes :

1° L'iris a été saisi à sa marge pupillaire dans une trop petite étendue ;

2° Il n'a point été suffisamment entraîné au dehors, et s'est échappé de l'instrument ;

3° Il était adhérent à la cornée ou à la capsule, et la portion de pupille demeurée libre était trop étroite.

1° Lorsque l'opérateur n'écarte pas assez les branches de la pince (circonstance qui peut tenir à ce que la ponction de la cornée est trop étroite), l'iris est saisi à sa marge dans une petite étendue, et l'on n'entraîne au dehors qu'une portion presque filiforme de cette membrane. La pupille artificielle, beaucoup trop étroite alors, ressemble à peu près à celle qu'on ferait dans le décollement en labourant l'iris avec le crochet, et ne permet pas l'accomplissement de la vision. Pour que l'iris s'engage entre les mors de la pince dans une étendue convenable, c'est-à-dire pour que la nouvelle pupille soit assez large, il est indispensable que l'écartement des branches mesure un espace de 4 à 5 millimètres au moins (une ligne et demie à deux lignes), et que la marge pupillaire, si la disposition des parties le permet, soit saisie dans une égale étendue. On entraîne alors une portion de diaphragme assez large pour pouvoir espérer que la base de la nouvelle pupille aura une largeur égale à celle de l'incision de la cornée, c'est-à-dire 5 à 6 millimètres.

2° Lorsque l'iris n'est pas entraîné au dehors depuis sa marge jusqu'à ses attaches ciliaires, la perte de substance est trop petite pour que la vision s'exerce convenablement. Cela peut tenir à ce qu'on aurait saisi le diaphragme dans une si petite étendue, qu'il se serait rompu pendant qu'on l'attirait vers l'incision de la cornée ; ou à ce que le tissu iridien aurait été ramolli par une inflammation chronique ; ou bien encore à ce que la cornée aurait été ponctionnée trop loin de ses attaches scléroticales. Dans ce dernier cas, il n'y a rien à faire ; au contraire, dans les deux premiers, une nouvelle introduction de la pince dans la chambre antérieure est indispensable, et l'opération pourra réussir, pourvu que cette manœuvre soit faite avec le plus grand soin, la rupture de l'iris occasionnant le plus souvent un épanchement de sang dans les chambres, ce qui rend la capsule du cristallin plus difficile à éviter.

3° J'ai dit plus haut que la méthode par excision, telle que je l'ai décrite, est applicable à tous les cas dans lesquels une partie de la pupille, même très petite, serait demeurée libre. Cependant, lorsque cette partie conservée est excessivement étroite, il peut arriver que l'ouverture artificielle soit oblongue et d'une largeur insuffisante, si le chirurgien n'a pas prévu le cas, et n'a pas légèrement modifié la manœuvre de la pince. Dans une semblable circonstance, en effet, l'extrémité des branches sera portée le plus



loin possible, et le chirurgien agira comme dans le procédé de déchirement que nous étudierons plus loin. Saisir une grande quantité de l'iris, à droite et à gauche du reste de la pupille, est le but principal dans ces circonstances. Malgré cette précaution, cependant, s'il arrive qu'on fasse une pupille étroite et oblongue, on pourra l'agrandir aisément en introduisant de nouveau la pince courbe couchée sur le plat, et en saisissant l'iris près des adhérences pupillaires. Dans cette manœuvre assez délicate, pendant laquelle il faut surtout éviter la capsule, l'une des branches de la pince passe dans la chambre postérieure, tandis que l'autre demeure en avant de l'iris.

*C. Déchirure de l'iris dans la direction de ses attaches ciliaires à la pupille.* — Cet accident, très commun, arrive lorsque le chirurgien, après avoir introduit la pince dans la chambre antérieure, saisit l'iris depuis la marge pupillaire jusqu'à l'incision pratiquée sur la cornée ou sur la sclérotique. Pour que le diaphragme soit régulièrement entraîné au dehors, il est facile de concevoir qu'il ne doit être saisi que dans une petite étendue de sa portion libre, et que si la pince le prend dans la totalité de sa surface en regard de la ponction cornéenne, et selon la longueur de la pupille à exécuter, il arrivera infailliblement que, dans le moment même où le chirurgien ramènera l'instrument à lui, l'iris sera déchiré près de ses attaches ciliaires, car ce point sera entraîné le premier au dehors. Du sang s'échappera alors dans la chambre antérieure, et la nouvelle pupille sera masquée longtemps par des caillots.

*Troisième temps. — Excision de l'iris.* — Ce temps de l'opération étant très facile, il est rare qu'il ne soit pas exécuté convenablement. Pourtant il peut arriver que l'excision du diaphragme n'étant pas faite assez près de la cornée, une portion de l'iris, d'abord entraînée au dehors, se réduise et masque ainsi une partie de la nouvelle pupille, ou bien demeure enclavée entre les lèvres de la plaie de la cornée, et occasionne une opacité de cette membrane. Dans ce troisième temps, si l'on est inattentif, la cornée peut aussi être intéressée par les ciseaux : ce sont là deux accidents qu'il suffit de signaler.

### *Autres procédés d'excision.*

J'en donne la description comme point de comparaison avec le procédé qui vient d'être décrit.

Ces remarques pratiques sur le procédé que nous suivons pour l'opération de pupille artificielle *par excision* étant faites, décrivons les principaux procédés indiqués par les auteurs.

L'excision de l'iris est faite le plus généralement à travers la cornée (1). Dans cette méthode, le diaphragme est excisé *tantôt sur place, tantôt après avoir été entraîné au dehors*. Le procédé de Wenzel se rattache à la première de ces pratiques, celui de Beer à la seconde. Ils suffisent dans tous les cas où l'excision est indiquée. De nombreuses modifications ont été apportées à l'un et à l'autre, et sans un avantage bien marqué.

#### *Procédés dans lesquels l'iris est excisé sur place.*

*Procédé de Wenzel (2).* — On place le malade comme pour l'opération de la cataracte ; on plonge le kératotome dans la cornée, de la même manière que pour l'extraction du cristallin ; quand la pointe est parvenue à une demi-ligne à peu près du centre de l'iris, on enfonce l'instrument environ de la profondeur d'une demi-ligne dans cette membrane, et par un léger mouvement de la main en arrière, on le fait ressortir environ à trois quarts de ligne de l'endroit dans lequel on l'a plongé. Alors, en poursuivant l'incision de la cornée, comme dans l'opération de la cataracte, avant que cette incision soit terminée, l'iris est coupé et présente un petit lambeau d'à peu près une ligne. Cette section de l'iris ressemble assez à celle de la cornée, et elle offre, comme elle, un demi-cercle. L'instrument ayant terminé la section de la cornée, on introduit des ciseaux fins dans l'ouverture de cette membrane, on coupe net le petit lambeau de l'iris, et il en résulte une pupille artificielle, qui quelquefois se trouve assez ronde par la rétraction subite et égale

(1) On a essayé de pratiquer l'iridectomie par la sclérotique. Riecke est l'inventeur de cette méthode, qui ne présente aucun avantage. Il déprime le cristallin avec des ciseaux-aiguilles, forme un pli à l'iris et l'excise. Muter a essayé d'exécuter la même opération à travers la cornée et la sclérotique à la fois. Ces deux procédés sont tombés dans l'oubli qu'ils méritent.

(2) Wenzel, t. I, p. 130.