

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.

de toutes les fibres incisées... Par cette méthode, on peut en même temps extraire le cristallin, si on le juge convenable.

*Procédé de Sabatier* (1). — La cornée étant incisée comme pour l'extraction de la cataracte, l'opérateur fait soulever le lambeau avec une curette, saisit le milieu de l'iris à l'aide d'une pince, et en excise une portion au moyen de petits ciseaux courbes sur le plat. Arnemann (2) et Forlenze (3) ont modifié le procédé de Sabatier, qui ressemble beaucoup à l'opération que rapporte Janin, dans son mémoire sur l'imperforation de l'iris (p. 301). Le premier enlève une partie de l'iris par une incision circulaire; le second saisit cette membrane et l'attire en avant avec une petite pince-érigne, puis il excise la portion saisie, et fait l'extraction du cristallin, qu'il soit ou non opaque.

Viennent ensuite les procédés dans lesquels on a employé les instruments composés, qui ont reçu les noms les plus singuliers qu'on puisse imaginer. Ce sont des *raphiankistrans*, des *irankistrans*, des *plomises*, et des *emporte-pièce* de toutes sortes. Parmi ces derniers, on remarque celui de Physick, qui ressemble à une pince, et dont les bords sont arrondis, perforés et à mortaises; et ceux de MM. Leroy d'Étiolles et Furnari. L'instrument de M. Leroy est une espèce de guillotine assez semblable à celle que Demours a employée pour l'ablation du staphylôme, et du même mécanisme que l'instrument qui sert aujourd'hui à la résection des amygdales. Celui de M. Furnari est une pince à double bascule, qui fonctionne comme la pince de Physick.

*Procédés dans lesquels l'iris est excisé après avoir été entraîné au dehors.*

*Procédé de Beer.* — Une petite incision, large au plus d'une ligne, est faite à la cornée près de la sclérotique. L'humeur aqueuse s'écoule, et l'iris, dont la marge pupillaire est libre en entier ou en partie, vient faire hernie dans la plaie. La petite tumeur est saisie au moyen d'une pince ou d'un crochet fin, et on l'excise au ras de la plaie avec les ciseaux de Daviel.

Lorsqu'une portion de la pupille a disparu par une synéchie an-

(1) Sabatier, *Médecine opératoire*, t. IV, p. 377.

(2) Arnemann, *System. der chirurgie*. Gottingue, 2t. th., p. 199.

(3) Forlenze, *Considérations sur la pupille artificielle*. Strasbourg, 1805.

térieure ou postérieure, le bord iridien demeuré libre est entraîné au dehors au moyen du crochet introduit par la petite plaie de la cornée, et est excisé de même.

Si toute la pupille a disparu par une synéchie antérieure, l'iris est harponné près de sa grande circonférence avec le même petit crochet ou des pinces, et l'on enlève la portion saisie.

Une modification avantageuse apportée à ce procédé est due à M. Lallemand, de Montpellier. L'iris, accroché au moyen d'une petite érigne double, est tordu sur lui-même par un mouvement de rotation de l'instrument avant d'être entraîné au dehors. Gibson fait une ouverture plus grande à la cornée, et comprime le globe pour déterminer la hernie de l'iris qu'il coupe avec des ciseaux droits. Walther imite Gibson dans la compression du globe, et adopte, au reste, le procédé de Beer sans aucune modification.

APPRÉCIATION ET APPLICATION DE LA MÉTHODE. — L'excision est de toutes les méthodes la plus certaine; c'est celle qui offre le moins de chances à la réocclusion de la pupille par de fausses membranes.

*Elle est applicable à tous les cas d'occlusion incomplète de la pupille, sans exception.*

La plaie de l'iris donne ordinairement peu de sang dans la chambre antérieure, et ne produit qu'une inflammation très modérée. Celle de la cornée, dans la très grande majorité des cas, se réunit presque immédiatement, en sorte qu'on peut laisser l'œil découvert dès le troisième ou le quatrième jour. Cette opération permet de placer la pupille près du centre de la cornée, et c'est là une condition favorable à la netteté de la vision. Le procédé de Beer, modifié comme je l'ai indiqué, me paraît devoir être préféré à tous les autres; celui de Wenzel est rarement utile; je l'ai rejeté depuis longtemps de ma pratique (1).

(1) Il convient, quand il s'agit de choisir le procédé de la pupille artificielle, dans les cas d'une synéchie antérieure ou postérieure en apparence complète, de conseiller de fréquentes instillations de belladone. On parvient souvent par ce moyen à reconnaître qu'il reste une très petite partie de la pupille. Cette partie fût-elle assez étroite pour ne recevoir qu'une pointe d'épingle, indique que, de ce côté au moins, les exsudations ne s'étendent pas au loin sur la capsule et que les chances de l'opération sont très favorables.

**DÉCHIREMENT (Iridorhexis) (1).**

Les accidents qui suivent le décollement de l'iris, l'incertitude du chirurgien sur les résultats de l'opération, et bien d'autres observations qui s'appliquent à cette méthode d'opérer la pupille artificielle m'ont conduit à me poser les questions suivantes (2) :

1° La pupille naturelle étant complètement fermée, au lieu de rompre les attaches naturelles de l'iris comme dans le décollement, serait-il plus dangereux de le déchirer dans le point le plus rapproché possible de ses adhérences morbides ? en d'autres termes, réveillerait-on l'inflammation à la suite de laquelle la vue s'est perdue ?

2° Si l'iris est adhérent à la capsule et qu'une fausse membrane ferme la pupille naturelle, n'ouvrira-t-on pas la capsule en déchirant le diaphragme, et n'occasionnera-t-on pas la formation d'une cataracte ?

3° En déchirant l'iris du centre à la circonférence, la nouvelle pupille sera-t-elle assez large ? La base de cette pupille ne sera-t-elle pas en partie masquée par la tache que laisse après elle la blessure que l'on aura dû faire à la cornée ?

4° Des accidents inflammatoires, des névralgies, etc., seront-ils la conséquence du déchirement de l'iris comme après le décollement ?

5° La guérison sera-t-elle prompte ?

6° Le procédé est-il d'une exécution difficile ?

Réponses :

1. Il y a théoriquement un avantage incontestable à saisir l'iris le plus près possible de la marge pupillaire, parce que, de cette manière, on respecte le corps ciliaire et, en même temps que l'on évite au malade la douleur de cette rupture, qui est le plus souvent horrible, on ne court pas le risque d'avoir, après l'opération, des névralgies et des inflammations à la suite desquelles la pupille artificielle se ferme ; on évite aussi par là de nombreuses chances d'atrophie de l'œil. La pratique a démontré que les parties de l'iris autrefois malades ne s'enflamment pas, et que la petite traction brusque nécessaire pour déchirer l'iris n'y produit aucun changement.

(1) Cette méthode sera appliquée à toutes les occlusions complètes de la pupille.

(2) Extrait de mon atlas, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1850.

2. Cette question m'a vivement préoccupé, car elle est capitale en ce qui touche l'application du procédé de *déchirement* aux cas de synéchies postérieures. Heureusement les adhérences de l'iris à la capsule résistent avec énergie, et l'iris que l'on saisit seul et très facilement en deçà de ces adhérences, se déchire sans aucune difficulté. Les yeux représentés dans les figures 63, p. 557 ; 65, p. 559, et 66, p. 560, ont été dessinés dans le but de répondre pratiquement à cette question ; j'ajouterai que je n'ai pas encore vu d'exemple de cataracte produite par la déchirure de la capsule dans l'application du procédé, bien que je l'aie exécuté un très grand nombre de fois depuis près de dix ans.

3. La pupille artificielle que l'on fait en saisissant l'iris au centre, et en le déchirant de là vers la circonférence, est exactement et doit être exactement de même grandeur que si l'on agissait en sens inverse, puisque les fibres de la membrane rayonnent toutes de telle sorte que les espaces qu'elles offrent entre elles représentent de petits triangles dont la base repose sur la circonférence de la cornée, tandis que les sommets sont dirigés tous vers le centre. Quant à la tache que peut produire la plaie de la cornée, on l'évitera plus sûrement en ponctionnant obliquement presque sur la sclérotique ; elle est ordinairement insignifiante.

4. Les accidents inflammatoires sont si insignifiants après le déchirement, que des yeux déjà en voie d'atrophie, comme celui de la figure 58, p. 554, et qui n'auraient certainement pas résisté à une opération de décollement, n'en ont présenté aucun, et, de plus, ce qui est surtout remarquable, ne se sont nullement ramollis depuis l'opération à un plus haut degré qu'ils l'étaient avant. Dans aucun cas je n'ai vu de ces terribles névralgies que l'on observe si souvent après le décollement.

5. Il ne faut, pour obtenir la guérison quand l'opération a été bien faite, que le temps nécessaire à la réunion de la petite plaie de la cornée par première intention, c'est-à-dire quelques jours, trois ou quatre ordinairement. Il est évident que la lymphe épanchée dans les lamelles trouble la vue plus de temps, qu'il faut de huit à quinze jours pour que la lumière pénètre librement dans l'œil, et pour que la vision acquière de la netteté.

6. Rien n'est plus simple que l'exécution de ce procédé, qui, sauf un temps, mais le plus important, est exactement le même que celui d'excision tel que je l'ai décrit plus haut. Quand l'œil est bien fixé, je n'y vois certainement pas plus de difficulté qu'à pratiquer

une saignée, et certes, ma plus vive préoccupation, en écrivant ces lignes, est la crainte que l'on ne voie une exagération là où il n'y a que la réalité la plus sérieuse. J'affirme aussi avec conviction que les procédés d'*excision* et de *déchirement* s'appliquent, dans les conditions que j'ai indiquées, à tous les cas pathologiques dans lesquels la pupille artificielle doit être faite (1); j'ajoute que cette opération, véritable épouvantail des chirurgiens, et dont le succès est l'exception, est ainsi ramenée à une simplicité et à une facilité d'exécution telles que je ne sais par quels mots faire passer ma conviction à cet égard dans l'esprit du lecteur.

#### Description du procédé par déchirement.

*Procédé de l'auteur.* — Le malade doit être couché sur un lit assez élevé et assez étroit pour que le chirurgien et les aides (il en faut au moins deux), puissent manœuvrer avec facilité. Le chirurgien se place à la droite, à la gauche du malade, ou derrière la tête du lit, selon qu'il veut faire la pupille artificielle sur l'œil gauche, sur l'œil droit ou à la partie supérieure de la cornée.

Les paupières sont écartées au moyen de mes petits éleveurs pleins, et l'œil est tenu immobile avec une pince fermant à ressort et fixée sur la conjonctive, près de la cornée, dans le point opposé à celui de la ponction, pour empêcher l'œil de fuir quand le couteau pénètre dans la chambre antérieure (voy. fig. 44, p. 528). Les aides tiennent chacun un éleveur; l'un soulève la paupière supérieure et tient la tête du malade, l'autre abaisse la paupière inférieure et fixe l'œil avec la pince.

*Premier temps.* — Ces dispositions étant prises, le chirurgien, armé d'un couteau lancéolaire ou d'un couteau à cataracte (droit ou courbe, selon que l'on opère ou non par-dessus le nez du malade, ou que les bords orbitaires sont ou non très saillants), ponctionne avec la plus grande précaution la circonférence de la cornée à l'endroit précis de l'insertion de cette membrane sur la sclérotique, et pénètre dans la chambre antérieure, parallèlement (2) à l'iris, jusqu'à ce qu'il ait fait une plaie d'environ 4 mil-

(1) Les conditions exceptionnelles dans lesquelles l'opération de la cataracte et celle de la pupille artificielle doivent être faites en même temps, ou à distance l'une de l'autre, seront exposées dans le troisième volume (voy. *Cataracte*).

(2) Avant d'attaquer la cornée, le chirurgien devra toujours s'assurer si le parallélisme du couteau et de l'iris peut être facilement établi quand l'instru-

limètres au plus (voy. fig. 45, p. 529). Il agrandit la plaie en sortant si elle n'a pu être faite assez large en poussant l'instrument. Au moment où le couteau sort de la chambre antérieure, les éleveurs doivent presser un peu moins sur les paupières, afin que l'humeur aqueuse s'échappe avec lenteur, et, s'il est possible, qu'elle soit en partie conservée.

Ce premier temps achevé, le chirurgien, après avoir déposé le couteau, prend une pince courbe de la main qui a fait la ponction, et une paire de ciseaux courbes de l'autre main.

*Deuxième temps.* — La pince, tenue la concavité en avant, est introduite fermée dans la chambre antérieure, et poussée jusqu'à ce que les mors touchent la face concave de la cornée dans le point en regard ou le plus rapproché possible des adhérences (voy. fig. 50, p. 547). Arrivée là, la pince s'ouvre et, au même instant, l'iris vient faire une saillie entre les branches de l'instrument (voy. fig. 51).

*Troisième temps.* — L'opérateur saisit l'iris aussi largement que possible entre les branches et non avec les mors de la pince du côté des adhérences, et le déchire par une traction brusque et calculée de telle sorte que la pince ne parcoure pendant ce mouvement que le trajet le plus limité possible et qu'elle reste dans la chambre antérieure (voy. fig. 52). Aussitôt qu'il a cédé, on entraîne rapidement l'iris au dehors et sans secousse.

*Quatrième temps.* — Au même moment, les ciseaux sont approchés, et l'iris, toujours maintenu par la pince, est excisé (voy. fig. 53, p. 548).

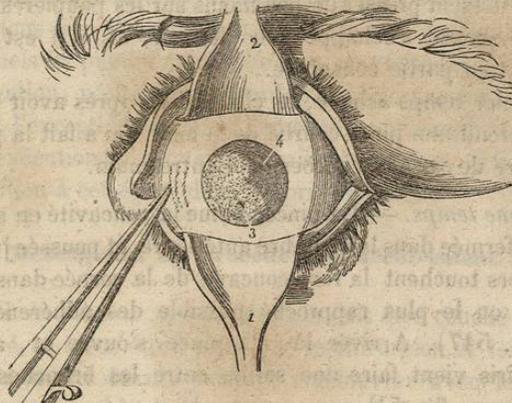
S'il arrive que l'iris se brise entre les lèvres de la plaie, on va l'y chercher avec la pince; si du sang s'est épanché dans la chambre antérieure, on entr'ouvre la plaie avec un stylet fin et on le laisse échapper. On maintient les yeux du malade fermés deux ou trois jours avec du taffetas d'Angleterre.

Il suffit, pour résumer les divers temps du procédé d'iridorrhéxis, de jeter un coup d'œil sur les figures ci-dessous en lisant les quelques lignes suivantes :

ment aura pénétré dans la chambre antérieure. Il suffit, pour s'en assurer, d'approcher la pointe de la cornée, d'établir ce parallélisme avant d'avoir touché l'œil, et, s'il n'existe pas, d'entraîner l'œil dans le sens opposé à la ponction ou de prendre un instrument courbe.

*Œil maintenu immobile et ouvert.*

Fig. 48.

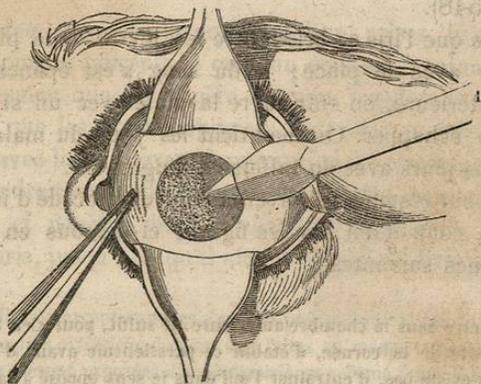


Pince fixée sur la conjonctive près de la cornée.

1. Mon blépharostat plein abaissant la paupière inférieure.
2. *Id.* relevant la paupière supérieure.
3. Point le plus opaque d'une tache de la cornée. L'œil représenté ici d'après nature et opéré avec succès (madame Bourniche, cinquante-quatre ans, vigneronne à Château-Thierry) offre une tache qui occupe les deux tiers internes de la cornée. C'est dans le point n° 3 que la pupille avait complètement disparu dans une ulcération de la cornée transparente (synéchie antérieure).
4. Parties saines de l'iris et de la cornée.

*Ponction de la cornée.*

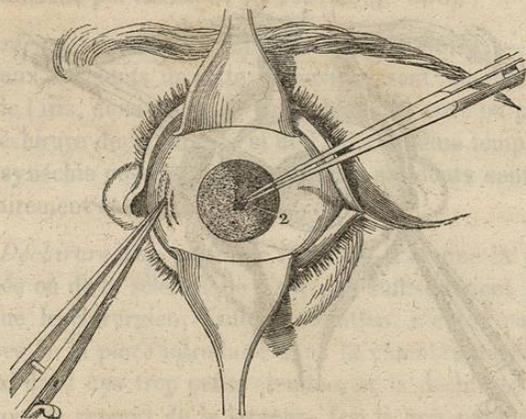
Fig. 49.



1. Couteau lancéolaire ordinaire, ponctionnant la cornée.

*Introduction de la pince.*

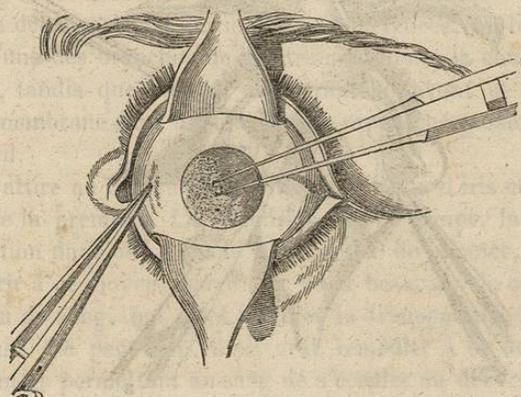
Fig. 50.



1. Pince vue dans la chambre antérieure.

*Ouverture de la pince dans la chambre antérieure.*

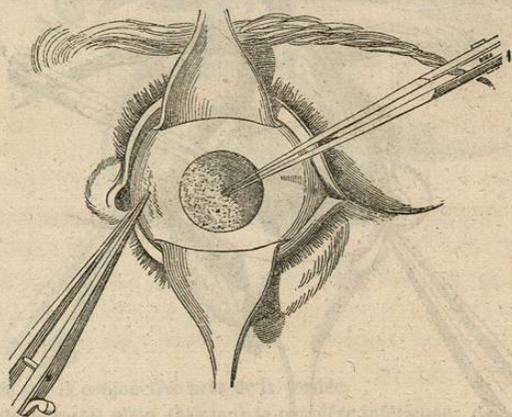
Fig. 51.



1. Pince. — Les branches s'ouvrent dans la limite de la plaie faite à la cornée il n'y a plus qu'à les rapprocher pour saisir l'iris engagé entre elles.

*Iris saisi et commençant à se déchirer.*

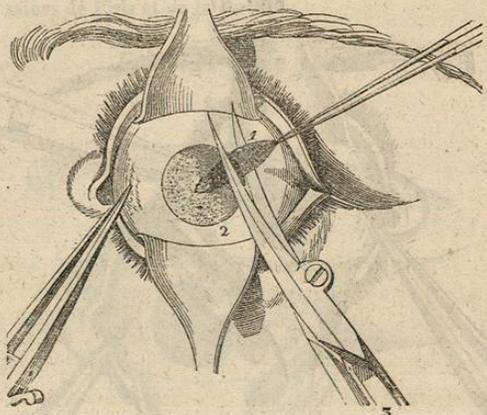
Fig. 52.



1. Pince fermée entraînant l'iris. — 2. Déchirement de l'iris commençant.

*Iris entraîné au dehors et excisé.*

Fig. 53.



1. Iris déchiré et entraîné hors de la chambre antérieure.  
2. Pupille artificielle pratiquée.  
3. Ciseaux courbes coupant l'iris.

REMARQUES SUR LES ACCIDENTS QUI PEUVENT SURVENIR PENDANT L'OPÉRATION.

J'ai indiqué tous ceux du *premier temps* en parlant de la pupille artificielle par excision ; j'y renvoie (p. 533).

*Deuxième temps.* — *Manœuvre avec la pince.* — Les deux principaux accidents de cette manœuvre sont : la déchirure trop petite de l'iris, dans un cas de synéchie antérieure ou postérieure, et la déchirure de la capsule et de l'iris en même temps, dans les cas de synéchie postérieure. Les autres accidents sont communs au déchirement et à l'excision.

A. *Déchirure trop petite de l'iris.* — Lorsque la ponction de la cornée ou de la sclérotique n'est pas suffisamment grande, ou bien que le chirurgien, faute d'attention, n'entre pas assez les branches de la pince introduite dans la chambre antérieure, l'iris est saisi dans une trop petite étendue, et la déchirure est incomplète sous le rapport de la largeur. De là une pupille artificielle oblongue, étroite, qui ne peut permettre l'exercice complet de la vision, et qui d'ordinaire se referme tôt ou tard.

S'il arrive que pendant l'opération on s'aperçoive de cet inconvénient, on attire vite au dehors la portion d'iris saisie, et l'on introduit de nouveau la pince pour faire une seconde perte de substance sur le diaphragme, qu'on attaque comme la première fois en détruisant une partie de ses adhérences, ou bien en glissant l'une des branches de l'instrument dans la chambre postérieure, tandis que l'autre, demeurant en avant de l'iris, saisit cette membrane dans le point le plus rapproché possible du centre de l'œil.

On attire au dehors cette nouvelle portion d'iris et on l'excise comme la première. La moindre perte de temps, la plus légère hésitation dans une seconde introduction de la pince, empêche de recourir à ce moyen, parce que dans beaucoup de cas il s'écoule un peu de sang, qui vient troubler la transparence de l'humeur aqueuse. On peut bien, il est vrai, remédier à ce dernier inconvénient en permettant au sang de s'écouler au dehors par la plaie cornéenne, qu'on entr'ouvre avec une spatule mousse ou avec le dos de tout autre instrument ; mais, je le répète, il vaut mieux se hâter d'introduire de nouveau la pince, le sang formant des caillots qui viennent masquer l'iris et qu'on ne pourrait le plus

souvent pas extraire sans courir le danger de blesser la capsule.

La déchirure trop petite de l'iris est le plus souvent facile à éviter, du moins dans tous les cas où il n'est pas ramolli; il suffit, ainsi qu'on a pu le voir par ce qui précède, de faire attention au degré d'ouverture des pinces destinées à saisir la membrane. Eh bien! ce degré d'ouverture peut être toujours le même, si l'on emploie des pinces dont les branches aient un écartement limité et mesuré d'avance. Celles dont je me sers, et que j'ai fait exécuter exprès, non pour cette seule opération, mais pour toutes celles de la pupille artificielle, sont faites de telle sorte qu'elles s'ouvrent toutes seules au degré convenable (4 à 5 millimètres d'écartement à l'extrémité des branches), et qu'ainsi, avant de les introduire dans la chambre antérieure, je puis, en les tenant ouvertes et approchées de la cornée, m'assurer que l'incision de cette membrane a une étendue suffisante. Lorsqu'on les a fait pénétrer fermées en avant de l'iris, il ne faut donc que les laisser s'ouvrir d'elles-mêmes pour être sûr qu'on saisira la membrane aussi largement que cela est nécessaire.

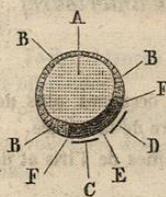
Dans le cas où la déchirure de l'iris manquerait de largeur, parce qu'une ponction trop étroite de la cornée n'aurait pas permis aux pinces de s'écarter convenablement, il faudrait agrandir l'incision avec le petit couteau mousse dessiné page 527, et introduire de nouveau la pince en prenant les précautions nécessaires pour ne pas blesser la capsule, et pour entraîner au dehors une portion suffisante du diaphragme. Si l'on échouait encore, il serait prudent de panser le malade, d'attendre le résultat, et s'il était insuffisant, de faire alors une ponction tout près de la première, afin d'agrandir la pupille artificielle déjà pratiquée. On trouvera, figure 56, p. 553, un agrandissement de la pupille qui a parfaitement réussi.

La pupille artificielle par déchirement doit être pratiquée quelquefois au moyen d'une double ponction faite dans la même séance; c'est dans les cas où la cornée offre une partie transparente étroite et longue à sa circonférence. On aura une idée nette de la forme que j'indique si l'on suppose un leucôme très large, occupant la cornée comme dans la figure suivante prise d'après nature (mademoiselle X..., âgée de soixante-trois ans).

Dans ces cas, si l'on faisait une seule ponction, de la largeur ordinaire, l'iris serait enlevé dans une étendue insuffisante. Si la ponction était plus large et unique, on aurait à craindre du côté de

la cornée des accidents inflammatoires que l'on évite en faisant deux ponctions séparées par un petit pont.

Fig. 54.



- A. Large leucôme occupant les deux tiers de la cornée.  
 B B B. Bande annulaire de la cornée demeurée transparente.  
 C. Première ponction glissant dans la chambre antérieure sous le bord de la sclérotique.  
 D. Deuxième ponction faite tout aussitôt après la première. On introduit la pince successivement dans ces deux ouvertures et on déchire l'iris de manière à faire une perte de substance quadrilatère sur cette membrane.  
 E. Espace séparant les deux ponctions.  
 F F. Pupille artificielle.

La manœuvre de la pince est facile : on la porte obliquement de la ponction de droite vers celle de gauche, et réciproquement, de manière à faire communiquer entre elles les deux pertes de substances pratiquées sur l'iris.

On obtient ainsi une pupille artificielle représentant un carré très allongé et aussi grande que l'état des choses le permettait.

*B. Déchirure de l'iris et de la capsule en même temps.* — Cet accident peut arriver aussi bien dans le cas de synéchie antérieure partielle ou complète que dans les synéchies postérieures.

Voici comment les choses se passent : Si, pendant la ponction, on n'a pas pu éviter la sortie de l'humeur aqueuse, l'iris et le cristallin viennent en avant se placer contre la cornée, et le chirurgien a beaucoup de peine à faire pénétrer la pince jusqu'au centre de l'iris. Dans les tâtonnements et les hésitations inévitables alors, il peut arriver que les mors de l'instrument blessent la capsule et la saisissent en même temps que l'iris, ou au moins la déchirent.

Pour éviter cet accident, il faut attendre que l'humeur aqueuse se soit reproduite, ce que l'on obtient en tenant l'œil fermé pendant quelques minutes, ou bien, après avoir entraîné l'œil du côté opposé à la ponction, introduire la pince, la concavité en avant, et veiller avec attention à ce que les mors de cet instrument ne cessent pas un seul instant d'être en contact avec la face concave de la cornée.

Si, malgré ces précautions, on a blessé la capsule, on pansé le malade, et l'on attend prudemment à plus tard pour la destruction de la cataracte qui en est la conséquence inévitable.