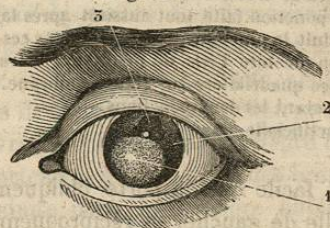


## RÉSULTATS SUR LE VIVANT.

## § I. — Synéchiés antérieures.

OEil gauche opéré par iridorhexis (synéchie antérieure).

Fig. 55.



1. Leucôme occupant plus de la moitié inférieure de la cornée.
2. Parties saines de l'iris et de la cornée.
3. Pupille artificielle, quadrilatère, parfaitement noire.

Cet œil gauche avait été atteint de cécité à la suite d'une ophthalmie purulente très grave, qui avait complètement détruit l'œil droit. — La malade, mademoiselle Buisson, âgée de quarante-quatre ans, demeurant à la Salpêtrière, bâtiment Saint-Jacques, salle Saint-Ovide, n° 14, m'a été envoyée par un confrère le 30 juillet 1845; elle a été opérée le même jour. Le 11 août suivant elle est sortie, et la vue s'est conservée très bonne jusqu'à présent (1849).

L'œil opéré présentait un leucôme très large, qui s'était formé après une ulcération de la cornée dans laquelle la pupille s'était entièrement perdue. Toute la moitié inférieure de la cornée était opaque, mais en haut cette membrane présentait une surface saine assez large. La ponction de la cornée a été faite en haut et en dehors, presque sur la sclérotique.

On aperçoit sur la figure, à la partie inférieure de la pupille artificielle, un point blanc situé sur la capsule, c'est la cataracte végétante des auteurs.

Cet œil offre un exemple d'application de l'*iridorhexis* à un cas de *synéchie antérieure* (adhérence de l'iris à la cornée).

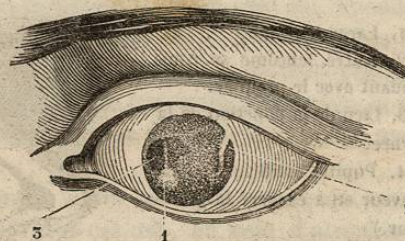
OEil gauche opéré par iridorhexis (synéchie antérieure).

L'œil représenté dans la figure suivante a été opéré quatre fois de la cataracte et deux fois de la pupille artificielle, sans aucun succès, par deux chirurgiens de Paris. Au premier essai d'*iridorhexis*, le malade a pu voir pour se conduire avec une extrême facilité; sur sa demande pressante, une deuxième tentative a été

faite, et il est parvenu aujourd'hui à lire parfaitement avec des verres n° 3 et demi. Il a été sept ans et demi aveugle.

Fig. 56.

1. Centre d'un large leucôme.
2. Tache blanche, trace d'une opération.
3. Pupille artificielle, très noire, voilée en dehors par le leucôme.



Le sujet de cette observation, M. Boquet, trente-trois ans, tourneur en cuivre, rue Michel-Lecomte, n° 23, a l'œil droit détruit complètement. La cornée de l'œil gauche est labourée de cicatrices opaques dans lesquelles l'iris est adhérent. En haut et en dedans, cette membrane est transparente et laisse voir une portion d'iris assez saine. La ponction de la cornée a été faite en dedans, très près de la sclérotique et presque transversalement (31 janvier 1849). L'iris, saisi dans la pince, était doublé en partie de fausses membranes, et fut entraîné avec une certaine difficulté; une perte de substance triangulaire y fut faite, et, après le huitième jour, le malade voyait bien à se conduire, mais ne pouvait absolument pas lire avec les lunettes, quelque puissance qu'elles eussent. — Je consentis à faire une nouvelle opération, avec quelque peine, je l'avoue, sur un œil tant de fois opéré, et, le 27 février suivant, j'agrandis la pupille, en bas et en dedans. — L'iris fut saisi et déchiré assez facilement, l'extraction de quelques fausses membranes fut tentée en vain, une hémorragie considérable de l'iris empêchant de reconnaître les tissus. Huit jours après cette seconde tentative d'*iridorhexis*, le malade voyait aussi bien qu'après le premier essai; quinze jours après il lisait parfaitement. Le succès est complet encore aujourd'hui (mars 1855). Cet œil a subi, en tout, huit opérations graves.

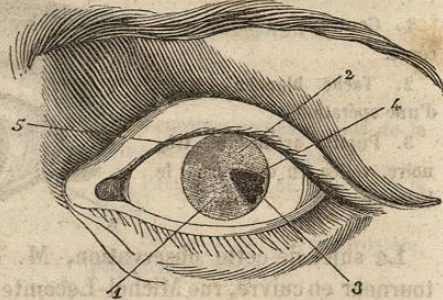
OEil gauche opéré par iridorhexis (synéchie antérieure).

La ponction a été faite un peu trop loin de la sclérotique; aussi la grandeur de la pupille en a souffert beaucoup. Le sujet de cette observation, M. Toussaint, teinturier à Passy, Grande-Rue, âgé d'environ trente ans, voit assez pour se conduire dans le jour; le soir, la vue est fort mauvaise. — Il était devenu aveugle à la

suite d'une ophthalmie purulente qui avait complètement détruit l'œil droit. En haut et en dedans on pourrait faire une autre pu-

Fig. 57.

1. Large leucôme.
2. Autre leucôme se confondant avec le premier.
3. Lieu de la ponction de la cornée.
4. Pupille artificielle. (Le graveur en a exagéré la grandeur.)
5. Endroit où la cornée et l'iris sont sains.

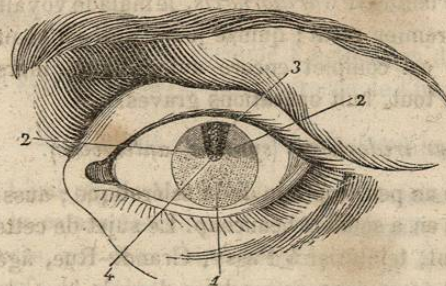


pille, si quelque accident détruisait celle qui a été faite. La lentille et sa capsule sont demeurées intactes ; les instruments ne les ont pas touchées.

*Œil gauche opéré par iridorhexis (synéchie antérieure).*

Cet œil avait été plusieurs fois opéré de cataracte et de pupille artificielle par un chirurgien, et présentait, avant l'opération d'*iridorhexis*, un certain degré d'atrophie, caractérisé par la mollesse de l'organe et l'enfoncement du muscle droit inférieur dans la sclérotique. Les parties visibles de l'iris faisaient reconnaître que cette membrane était depuis longtemps enflammée ; la couleur en était bleu verdâtre prononcé. Le malade, M. Firineau, rue de Miro-ménil, n° 49, vivement impressionné par la lumière, ne voyait absolument rien, et, conséquemment, ne pouvait pas se conduire. Il m'avait été adressé par M. le docteur Roumier, de Paris.

Fig. 58.



1. Leucôme de la cornée.
- 2-2. Petites portions d'iris vues à travers la cornée.
3. Pupille artificielle dans laquelle on voit une fausse membrane.
4. Partie demi-transparente du leucôme s'avancant sur la pupille.

L'*iridorhexis* fut pratiquée à la partie supérieure de l'œil, avec

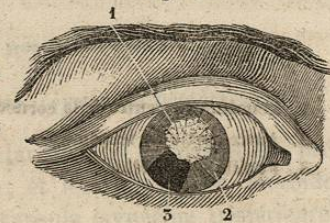
autant de succès que l'on en pouvait espérer dans un cas aussi mauvais ; malheureusement, quelque temps après l'opération, dont la date remonte à plus d'un an, une petite fausse membrane vint se former dans la pupille et diminuer la vision, qui est cependant assez bonne pour que le malade se conduise seul dans Paris et reconnaisse les grosses lettres d'une affiche. On pourrait pratiquer un nouveau déchirement de l'iris, en communication avec la pupille artificielle, dans la partie externe de l'iris, si la fausse membrane diminuait la vision.

Cette observation démontre, entre autres choses, que l'opération est bien peu vulnérante, car cet œil, en voie d'atrophie, a été touché deux fois, et chaque fois amélioré (1).

*Œil droit opéré par iridorhexis (synéchie antérieure).*

Fig. 59.

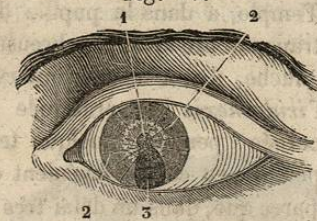
1. Leucôme très large dans lequel la pupille naturelle s'est perdue.
2. Limite du leucôme en dedans ; iris sain.
3. Pupille artificielle.



*Œil gauche opéré par iridorhexis (synéchie antérieure).*

Fig. 60.

1. Leucôme adhérent, comme dans la figure précédente.
- 2-2. Cornée et iris sains.
3. Pupille artificielle.



Ces deux dessins représentent les yeux du nommé Morel, âgé de quarante et un ans, ancien militaire, sans profession ni domicile. Il m'a été adressé par M. le docteur Carron du Villards. Opéré le 21 juillet 1849, Morel enlève lui-même les bandelettes qui fermaient ses yeux, s'amuse à regarder par la fenêtre, et sort le 24. Le 23, il voyait les aiguilles de la montre à trois pouces de distance, et se conduisait très facilement.

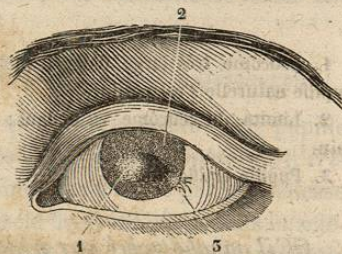
(1) Le malade est devenu aveugle plus tard, environ vers 1853, par suite des progrès de l'atrophie.

Avant de l'opérer, on constate les lésions suivantes: *œil droit*, au centre de la cornée un large leucôme vasculaire qui occupe à peu près le tiers central de la membrane. La pupille y est adhérente; la vue est absolument nulle. Les paupières sont saines; il y a un peu de strabisme divergent; *œil gauche*, leucôme adhérent au centre de la cornée: la tache est plus petite; l'iris y est partout adhérent, sauf en haut. Le malade ne peut reconnaître que l'ombre des objets, sans pouvoir les distinguer. L'opération a parfaitement réussi et n'a présenté aucune complication. Le 6 septembre, je revois le malade; les deux pupilles artificielles sont parfaitement nettes et la vue excellente; à quatre pouces, Morel voit l'heure à ma montre.

*Œil gauche opéré par iridorhexis (synéchie antérieure).*

Fig. 61.

1. Leucôme au centre de la cornée.
2. Autre partie du leucôme.
3. Pupille artificielle.

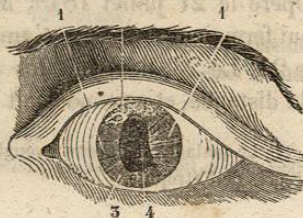


Le nommé Dépy, trente-trois ans, lithographe, rue Vieille-du-Temple, a dans la pupille de l'œil droit une fausse membrane transparente et de nombreuses synéchies postérieures. Dans l'œil gauche, il y a un leucôme central adhérent. Le 13 mars 1849, l'*iridorhexis* est pratiquée avec succès au côté externe de la cornée: pendant quelque temps, le malade voit double, mais peu à peu cet inconvénient diminue. L'*iridorhexis* a été faite ici parce que, dans un délai très court, la vue de l'œil droit doit s'améliorer.

*Œil droit opéré par iridorhexis (synéchie antérieure).*

Fig. 62.

- 1-1. Traces de l'incision d'une kératotomie supérieure.
2. Tache leucomateuse survenue après l'extraction.
3. Partie saine de l'iris et de la cornée.
4. Pupille artificielle.



A la suite d'une extraction de cataracte que j'ai pratiquée sur cet œil, le 10 mai 1848 (M. Sibille, soixante-quatorze ans, à l'hospice des Ménages, à Paris), une hernie de l'iris étant survenue, la pupille disparut peu à peu et la vision fut perdue. La marge inférieure de la pupille, peu à peu entraînée dans la partie supérieure de la plaie kératique, s'y était fixée complètement; les fibres iridiennes excessivement tendues par la cicatrice pouvaient être facilement saisies et déchirées. L'*iridorhexis* fut pratiquée le 11 août suivant avec une extrême facilité. La ponction de la cornée fut faite en bas, et la vue fut immédiatement rendue au malade; mais comme plus tard une petite fausse membrane s'était développée dans la pupille nouvelle, l'extraction en fut faite avec la *serretête*, instrument dont il sera parlé à l'occasion de l'extraction des cataractes fausses membraneuses secondaires.

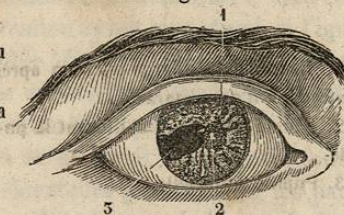
## § II. — Synéchies postérieures.

*Œil droit opéré par iridorhexis (synéchie postérieure).*

Il y a une différence très importante entre ce cas et les précédents. Ici la cornée est saine, et les adhérences morbides de l'iris se sont établies sur la capsule (synéchie postérieure). Peut-on, étant donnée une oblitération de la pupille par de fausses membranes, enlever par déchirement une portion de l'iris suffisante pour faire une pupille artificielle, en conservant la capsule et le cristallin et en respectant les adhérences morbides? La figure 63 prouve incontestablement que cela est praticable.

Fig. 63.

1. Pupille adhérente à la capsule du cristallin.
2. Fausse membrane remplissant la pupille.
3. Pupille artificielle.



Le sujet de cette figure, M. Triat, quarante-trois ans, invalide à l'Hôtel, sixième division, corridor Toulon, n° 22, est atteint d'une atrophie ancienne de l'œil gauche, survenue après une opération qu'on lui a pratiquée. La pupille droite est remplie par une fausse membrane. Le malade ne peut reconnaître personne

et ne se conduit pas seul; il voit seulement la masse des gros objets en les rapprochant de son œil. Cette vision incomplète se fait par le centre de la fausse membrane, dans un endroit où elle est un peu transparente.

La ponction de la cornée a été faite en dehors, un peu au-dessous du diamètre transversal de l'œil, parce que l'iris était plus sain là qu'ailleurs, et que les bandelettes opaques de la pupille y paraissaient moins fortes. La pince, conduite jusqu'àuprès de l'adhérence pupillaire, a pu saisir facilement, en plein corps, l'iris, qui a été tout aussitôt déchiré par une petite secousse, et entraîné hors la chambre antérieure. La marge pupillaire de l'iris est demeurée fixée sur la capsule.

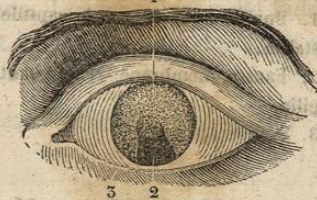
La capsule et la lentille sont conservées intactes; le malade ne sait pas lire, mais il voit très distinctement les aiguilles de la montre et se conduit aisément partout. Il n'est resté que deux jours chez moi; l'opération a été faite il y a sept ans.

• *Œil gauche opéré par iridorhexis (synéchie postérieure).*

L'extraction de cataracte qu'un chirurgien avait pratiquée sur cet œil n'avait pas réussi: une inflammation très violente avait produit un leucôme sur les deux tiers supérieurs de la cornée et une fausse membrane épaisse dans la pupille. L'œil droit s'était atrophié à la suite d'une opération semblable. Dans l'œil gauche, à la partie supérieure externe de la pupille, il y a, dans la fausse membrane, une lacune qui laisse passer dans le fond de l'œil quelques rayons de lumière, et permet à la malade de reconnaître les couleurs.

Fig. 64.

1. Leucôme très large survenu après l'extraction d'une cataracte.
2. Fausse membrane oblitérant la pupille.
3. Pupille artificielle.

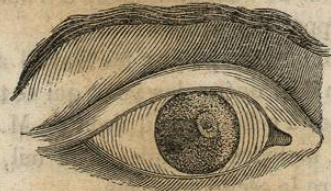


La ponction de la cornée est faite en bas et en dehors (7 juillet 1849), et la pince introduite dans la chambre antérieure y saisit une partie de l'iris. Il en résulte une ouverture en partie masquée par quelques fausses membranes, qui sont extraites immédiatement. La malade (madame Sévin, soixante ans, journalière

à Villejuif, rue d'Amont, n° 30) reconnaît immédiatement les doigts et la montre, et huit jours après, se conduit en évitant facilement les obstacles qu'on met sur son passage. La vue est insuffisante, et cinq semaines après (14 août 1849) la pupille est agrandie en dedans sans trop de difficulté. L'amélioration qui en résulte est notable, et la malade reconnaît bien les objets avec des lunettes n° 5 à cataracte. La vue aurait été meilleure si la cornée eût présenté une transparence parfaite.

*Œil droit opéré par iridorhexis (synéchie postérieure).*

Fig. 65.



L'œil représenté dans cette figure porte sur la moitié interne de la cornée une large cicatrice leucomateuse et une fausse membrane épaisse dans la pupille. Le malade, M. Féron, cinquante ans, employé, rue Bichat, n° 4, ne voit rien de cet œil depuis un très grand nombre d'années; mais son œil gauche est excellent. Je me propose de faire l'opération de pupille artificielle par *iridorhexis* pour avoir une fois de plus la preuve que dans le cas d'occlusion de la pupille par une fausse membrane, l'iris peut être déchiré en plein corps sans que la capsule soit atteinte, comme aussi sans que ses adhérences morbides soient détruites. C'était encore un moyen de s'assurer, l'opération ayant bien réussi, si l'opinion des auteurs que la vision double (*diplopie*) doit être la conséquence d'une opération de pupille artificielle, excentrique, pratiquée quand l'autre œil est sain, est ou n'est pas fondée.

Le malade étant très ferme, on ne se servit dans l'opération ni de pinces pour fixer l'œil, ni d'élevateurs pour écarter les paupières; la ponction étant faite au côté externe de la cornée dans le diamètre transversal, la pince introduite dans la chambre antérieure y saisit l'iris tout auprès de ses adhérences morbides, et le déchire là sans les rompre. Entraîné au dehors, le lambeau iridien est excisé au ras de la cornée, et la belle pupille artificielle dessinée dans la figure permet au malade de reconnaître immédiate-

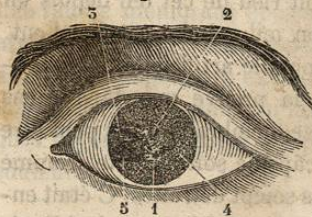
ment l'aiguille de la montre. Nous remarquons seulement qu'il ne s'aperçoit pas que deux aiguilles sont superposées sur le cadran. L'œil est fermé avec des bandelettes de taffetas d'Angleterre, et le malade renvoyé chez lui avec quelques conseils. Le lendemain et les jours suivants, l'amélioration devint plus grande, et le 19 juillet 1849 (dix jours après l'opération), la guérison était complète.

On doit noter ici que, lorsque les deux yeux sont ouverts, l'œil non opéré fonctionne seul ; qu'il n'y a aucune diplopie, ni aucune autre gêne dans la vision ; que l'œil sain étant fermé ou voilé, l'œil opéré fonctionne à son tour ; de sorte que M. Féron pourrait se servir aujourd'hui de l'œil droit opéré d'*iridorhexis*, si quelque accident venait frapper son bon œil.

J'espère pouvoir bientôt publier un travail ayant pour but de démontrer que l'on doit opérer les yeux qui se trouvent dans des conditions analogues à celle de l'œil droit de M. Féron, ne fût-ce que pour ôter aux malades, aveugles d'un œil, la préoccupation qui leur fait craindre la cécité complète.

Œil gauche opéré d'*iridorhexis* (synéchie postérieure).

Fig. 66.



1. Tache leucomateuse sur la cornée.
2. Nuage sur la cornée voilant la pupille artificielle.
3. Pupille naturelle oblitérée par une fausse membrane.
4. Partie saine de la cornée et de l'iris.
5. Pupille artificielle.

Le malade dont l'œil est représenté dans cette figure (Doste, trente-deux ans, homme de peine, faubourg Saint-Martin, n° 181) avait, comme le précédent, un œil sain. L'opération d'*iridorhexis* avait pour but de rendre la vue à un œil inutile et de le faire concourir à la vision. L'*iridorhexis* fut faite sans difficulté, le 28 février 1849, et l'œil fermé pendant deux jours. La capsule ne fut point atteinte dans le déchirement, et les adhérences de la pupille furent respectées ; aujourd'hui (décembre 1849), l'œil est dans les meilleures conditions.

### Méthodes et procédés opératoires historiques.

#### INCISION ou IRIDOTOMIE (1).

C'est la plus ancienne des méthodes ; Chéselden en est l'inventeur. Il la pratiqua quelque temps avant 1728, sur un enfant de quatorze ans, aveugle de naissance. Cette opération eut un grand succès dans le monde entier. Woolhouse (2), un peu avant Chéselden, avait proposé un procédé pour enlever les fausses membranes placées dans la pupille, mais il ne l'avait point mis à exécution.

L'incision est simple ou multiple : on ne fait en quelques cas qu'une seule incision à l'iris, dans le sens transversal ou vertical ; dans d'autres cas, l'iris est incisé en forme de V ou de croix.

*Procédé de Chéselden. — Incision simple et transversale. —* Armé d'un petit bistouri, tranchant d'un seul côté, Chéselden pratiqua une ponction dans la sclérotique, à une demi-ligne environ de la cornée, comme on le fait avec l'aiguille pour l'opération de la cataracte par abaissement. L'instrument arrivé derrière l'iris, dans la chambre postérieure, fut tourné la pointe en avant, de manière à la faire pénétrer dans la chambre antérieure, à travers l'iris. Soit en tirant, soit en poussant le petit bistouri, il incisa ensuite transversalement cette membrane. L'ouverture faite avait deux ou trois lignes, était elliptique, et, selon Morand, qui vit opérer Chéselden, semblable à la pupille des chats, sauf qu'elle était placée en sens opposé.

Plusieurs auteurs ont essayé cette opération, et, la plaie de l'iris s'étant réunie, n'ont point toujours obtenu de bons résultats, ce qui les a nécessairement conduits aux modifications qui ont été apportées depuis au procédé primitif. C'est ainsi que Sharp, élève de Chéselden, Mauchart, Heuermann de Copenhague, Reichenbach, Henkel, Richter, Janin, Guérin, Pellier de Quengsy, Beer, Langenbeck, Waller, Maunoir, M. Velpeau, ont pensé qu'il vaut mieux pénétrer par la cornée que par la sclérotique. Chacun de ces auteurs, ou à peu près, inventa son instrument particulier et

(1) La méthode par *incision* étant généralement abandonnée aujourd'hui, nous nous abstenons de donner des figures représentant ses procédés.

(2) *Dissertatio medico-chirurg. de pupillæ phthisi et synizesi*, par Christ. Fraas; præs. Mauchart in *Disput. chirurg.*, de Haller, t. 1.