

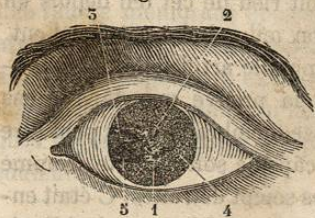
ment l'aiguille de la montre. Nous remarquons seulement qu'il ne s'aperçoit pas que deux aiguilles sont superposées sur le cadran. L'œil est fermé avec des bandelettes de taffetas d'Angleterre, et le malade renvoyé chez lui avec quelques conseils. Le lendemain et les jours suivants, l'amélioration devint 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.

fit l'incision à sa manière. Je me bornerai à quelques mots sur les principaux procédés.

Procédé de Janin. — Incision simple et verticale. — Les succès qu'il avait remarqués après la section de l'iris selon le procédé de Chéselden lui firent penser que l'incision verticale ne se refermerait pas, parce qu'ainsi les fibres rayonnées de l'iris seraient divisées et non pas simplement écartées. « J'ouvre, dit-il (1), les deux tiers de la cornée avec le bistouri de M. Wenzel, et je relève ensuite la calotte de la cornée avec une curette que je tiens dans la main gauche, tandis que la droite est munie de ciseaux courbes dont la branche inférieure est terminée en pointe; l'ayant plongée dans l'œil à environ une ligne de son limbe inférieur, et un peu du côté du grand angle, je dirige la pointe de cet instrument de bas en haut, et, m'éloignant d'une demi-ligne de l'ancienne prunelle, je fais ma section d'un seul coup; cette plaie forme une pupille en forme de croissant, la partie convexe faisant face au petit angle de l'œil. »

Ce procédé ne réussit pas mieux que celui de Chéselden : la plaie de l'iris se referme par de fausses membranes; aussi, ne l'emploie-t-on plus aujourd'hui.

Procédé de Guérin (2). — Incision cruciale. — Ce procédé est fondé sur la combinaison de ceux de Chéselden et de Janin. L'opérateur pratiquait sur l'iris une incision cruciale, au lieu de se borner à une simple fente transversale ou verticale. Son but était, en divisant tout à la fois les fibres radiées et les fibres circulaires de l'iris, de s'opposer à la réunion des lèvres de la plaie. Il pénétrait jusqu'à l'iris par une incision demi-circulaire de la cornée. Les pupilles artificielles que Guérin faisait de cette manière, avaient presque toujours une forme assez ronde. En introduisant l'instrument par la cornée, il pensait qu'il pourrait plus sûrement que par le procédé de Chéselden éviter la lésion de l'appareil cristallinien; cependant si l'on agit comme il le recommandait, il est presque impossible de diviser l'iris sans altérer la capsule. Les chances de la réunion des lambeaux étaient moins grandes, il est vrai, que dans l'incision simple; cependant on re-

(1) Janin, *Mémoires et observations sur l'œil*, 1772, p. 190.

(2) Guérin, *Traité sur les maladies des yeux*, p. 235.

marquera bientôt que la pupille, à peu près ronde immédiatement après l'opération, ne tardait pas à se refermer.

Ce procédé, comme le précédent, a été abandonné.

Procédé de Maunoir (1). — Incision simple de l'iris, et exceptionnellement incision en V. — Presque tous les chirurgiens qui ont rapporté ce procédé ont pensé que l'habile chirurgien de Genève pratiquait toujours l'incision en V, tandis qu'il ne l'appliquait qu'à des cas exceptionnels. Ce procédé a pour but principal la division perpendiculaire des fibres radiées, que l'auteur nomme le *muscle dilateur* de l'iris. Il dit, en effet, page 31 : « La troisième indication, et la plus importante, c'est de faire l'incision de l'iris, autant qu'il sera possible dans une direction perpendiculaire à celle des fibres à couper; alors seulement on pourra espérer que la plaie faite à l'iris ne se réunira pas, et qu'une simple fente se changera en une ouverture plus ou moins elliptique. » Maunoir pratique l'opération de la manière suivante :

« Je commence, dit-il, par faire à la cornée, au côté externe, autant que faire se pourra, qu'il y ait opacité à cette place ou non, une incision longue de 6 millimètres environ, et à 2 millimètres de distance de la sclérotique. Cette incision doit avoir une courbure parallèle à la circonférence de la cornée, et, en général, elle ne doit différer de celle qu'il faut faire pour l'opération de la cataracte, qu'en ce qu'elle doit être beaucoup plus petite. »

L'ouverture de la cornée est faite à l'aide du kératotome ordinaire; le chirurgien achève ensuite l'opération avec des ciseaux coudés près de leur talon, et dont la branche qui doit rester dans la chambre antérieure est boutonnée, tandis que l'autre branche, destinée à pénétrer derrière l'iris, se termine en une pointe très fine. L'auteur indique dans les termes suivants la manière de se servir des ciseaux : « On introduit ces ciseaux de plat par l'ouverture de la cornée; lorsque la pointe est parvenue vers l'endroit de l'iris où l'incision de l'iris doit commencer, on les retourne de manière que le plat devienne perpendiculaire à la cornée et à l'iris; on les ouvre légèrement; en même temps on pousse assez pour que la lame pointue qui touche l'iris pénètre dans cette membrane de toute la longueur que doit avoir l'incision; alors on ferme rapidement les ciseaux, et l'iris se trouve coupé. »

(1) Maunoir, *Mémoire sur l'organisation de l'iris et l'opération de la pupille artificielle*.

Dans quelques cas exceptionnels, nous l'avons dit, le chirurgien de Genève, au lieu de terminer l'opération, fait une seconde incision sur l'iris, de manière à dessiner un V dont la base regarde la circonférence de la membrane, et dont le sommet se trouve au point même où les ciseaux ont pénétré d'abord dans la chambre postérieure.

Ce procédé peut avoir quelques avantages quand il y a oblitération de la pupille par adhérence de l'iris à la cornée (synéchie antérieure); mais il n'est pas applicable lorsque la pupille est fermée par de fausses membranes siégeant sur la capsule (synéchie postérieure). Dans le premier cas, en effet, la branche terminée en pointe peut glisser dans la chambre postérieure agrandie, sans toucher la cristalloïde; mais cela me paraît à peu près impossible dans le second. Il peut encore arriver, par suite de la crainte que doit avoir le chirurgien de produire une cataracte, que les ciseaux ne pénètrent point assez profondément et ne divisent l'iris que dans une partie de son épaisseur, ou que toute la portion d'iris comprise entre les lames échappe à l'action de l'instrument, double accident qui est arrivé à M. Maunoir lui-même. Cependant, malgré ces inconvénients, je me hâte de dire que ce procédé est incontestablement préférable à tous ceux qui ont pour but l'incision de l'iris. On doit le remplacer toujours par l'excision dans les synéchies partielles, et par le déchirement dans les synéchies complètes.

Procédé de Juengken (1). — Il est applicable seulement aux cas rares de persistance de la *membrane pupillaire*. La description en a été bien faite par M. Van Roosbroeck; je la trouve reproduite dans la thèse de M. Gaubric de la manière suivante (*Thèses Paris*, 1844): « Quelques heures avant de commencer l'opération, on a soin d'instiller dans l'œil quelques gouttes d'une solution d'extrait de belladone ou de jusquiame, à l'effet de tendre fortement l'iris qui présente dès lors une plus grande résistance à l'instrument. Le malade étant placé comme pour l'opération de la cataracte, l'aide soulève la paupière supérieure; l'opérateur, de son côté, abaisse la paupière inférieure de la main droite s'il a affaire à l'œil gauche, et réciproquement de la main gauche s'il doit opérer l'œil droit. Saisissant alors l'instrument » (l'aiguille à dépression de Scarpa) « avec les trois premiers doigts de l'autre

(1) Juengken, *Das Coreoncion*, p. 21; 1817.

main, comme on ferait une plume à écrire, il appuie les deux derniers sur la pommette, et tient l'aiguille horizontalement placée, de telle sorte qu'une de ses faces regarde en haut et l'autre en bas. Dès que le moment est favorable, il dirige la pointe perpendiculairement sur la cornée, et l'enfonce à une demi-ligne au-dessous du centre. Lorsque l'instrument a pénétré dans la chambre antérieure, le chirurgien le porte sur la membrane pupillaire, qu'il cherche à diviser par une incision cruciale, en ayant soin de ne pas blesser le bord pupillaire de l'iris. Pour cela, on enfonce l'aiguille, près du bord pupillaire supérieur, dans la membrane pupillaire, et on la divise par une incision verticale jusqu'au bord inférieur. On fait ensuite deux incisions transversales qui partent du bord de la membrane pupillaire, et vont rejoindre l'incision verticale, de manière que cette membrane se trouve partagée en quatre lambeaux. Ces incisions doivent être pratiquées par la pointe seulement, pour ne pas blesser le cristallin ou la capsule. Avant de retirer l'aiguille, on s'assure que la division de la membrane pupillaire est complète; s'il restait une partie non divisée, on chercherait de nouveau à l'inciser. Après cela, on retire l'instrument selon la direction qu'il a suivie pour pénétrer à travers la cornée; les quatre lambeaux restants sont absorbés peu à peu, laissant une pupille presque en tout semblable à la pupille naturelle, mais un peu anguleuse.

« L'opération ainsi terminée, on tient les paupières fermées au moyen de deux petites bandelettes de taffetas gommé passant verticalement du front à la joue ou s'entrecroisant sur les paupières, et l'on suspend devant l'œil une petite compresse de toile. »

Je n'ajouterai que quelques mots à cette description, c'est que le manuel n'en est pas aussi facile que semble le dire l'auteur. Les mouvements de l'œil, même lorsqu'il est maintenu, et la sortie de l'humeur aqueuse par la ponction, doivent nécessairement mettre l'appareil cristallinien en danger, en le rapprochant trop de la cornée et en ne laissant pas de place pour le jeu des instruments; d'un autre côté, comment espérer de diviser un tissu aussi mou que la membrane pupillaire, s'il ne trouve pas un point d'appui en arrière? La pression devra donc porter sur l'appareil cristallinien, mais la plus petite égratignure de la capsule produira une cataracte inévitable. Là encore l'excision est applicable si l'adhérence de l'iris est partielle, et le déchirement si elle est complète.

APPRÉCIATION. — L'incision de l'iris se referme presque toujours sur elle-même, qu'elle soit simple ou multiple. Quelques auteurs ont si bien senti cet inconvénient, qu'ils ont recommandé de détruire toujours le cristallin, et qu'un d'eux, Adams, est allé jusqu'à proposer d'en placer les débris entre les lèvres de la plaie iridienne, pour en empêcher la réunion. De plus, elle expose souvent à ouvrir la capsule et à produire une cataracte qu'il faut opérer séance tenante ou quelque temps après, et cela dans des cas où l'appareil cristallinien était sain et devait être conservé intact. Le procédé de Maunoir, tant vanté par Scarpa, pourrait seul, dans quelques cas d'oblitération complète, trouver son utile application; pourtant il vaudrait mieux exciser la base du lambeau et l'entraîner au dehors, c'est-à-dire pratiquer l'incision ordinaire, que de se borner à l'incision simple ou à celle en V. Dans quelques cas où la pupille aurait disparu après l'extraction ou l'abaissement du cristallin, l'incision pourrait être à la rigueur pratiquée, si l'iris présentait un degré de tension convenable; néanmoins le déchirement me semble l'emporter, même dans ce cas, sur l'incision. Cette dernière opération ne me paraît même pas devoir être réservée à la destruction de la membrane pupillaire, ou à celle de fausses membranes peu épaisses, qui se seraient développées dans la pupille à la suite d'une iritis survenue pendant la vie intra-utérine, parce qu'elle présente des dangers que n'offrent ni l'incision, ni le déchirement.

DÉCOLLEMENT DE L'IRIS, OU IRIDO-DIALYSE.

Le décollement de l'iris de ses attaches ciliaires, dans le but de la formation d'une pupille artificielle, a été imaginé par Scarpa et presque en même temps par A. Schmidt, au commencement de ce siècle. Assalini prétend l'avoir exécuté dès 1787; mais malgré les témoins du fait qu'il nomme, et bien qu'il avance qu'en 1788 Buzzi fit après lui cette opération, les auteurs que nous avons nommés sont considérés comme les créateurs de la méthode. Scarpa et Schmidt furent amenés à leur découverte par l'observation qu'ils avaient faite de la facilité avec laquelle l'iris se détache du corps ciliaire à la suite de coups ou de blessures, ou pendant certaines opérations pratiquées sur l'œil. L'ouverture accidentelle du diaphragme avait, dans ce cas, permis à la vision de s'accomplir, et c'est là ce qui conduisit à la création de la mé-

thode. Sharp, Guérin, Janin, Chaussier, Wenzel, avaient fait cette même remarque, mais aucun d'eux n'avait songé à en tirer parti pour rétablir la vision.

Le décollement de l'iris se pratique par la cornée ou par la sclérotique; nous étudierons plus loin les procédés des auteurs. Voici celui que nous employions autrefois et que nous remplaçons toujours avec avantage par le *déchirement* (v. p. 542).

Instruments. — Un couteau lancéolaire, un petit crochet, et des ciseaux courbes, sont les trois instruments indispensables. Il est bon d'avoir en outre une petite spatule large de 2 millimètres, longue de 15 à 20, très flexible et montée sur le manche d'une aiguille ordinaire. Lorsque l'œil à opérer est fort enfoncé, fort mobile, que les paupières sont étroites, on doit se munir de deux éleveurs pleins pour les paupières, et d'une pince fermant à ressort pour fixer le globe, en saisissant la conjonctive près de la cornée. On tiendra encore près de soi une pince courbe très fine, des éponges et de l'eau.

Position du chirurgien et de l'aide. — Elle est la même que dans l'opération de la cataracte, où nous la décrirons avec détail, en y joignant une figure (voy. *Cataracte*). Toutefois, nous ferons remarquer qu'il est incomparablement plus avantageux de faire coucher le malade sur un lit étroit, près d'une fenêtre, et, comme nous venons de le dire, de fixer l'œil à opérer avec une pince appliquée sur la conjonctive et le fascia près de la cornée.

Premier temps. — Ponction de la cornée. — L'aide relève la paupière supérieure de la main gauche, si l'on opère l'œil droit, abaisse la paupière inférieure de l'autre main, et maintient la tête dans l'immobilité en l'appuyant contre sa poitrine. Le chirurgien saisit le couteau lancéolaire, et pratique une ponction dans le point le plus rapproché possible du centre de la cornée. Cette ponction, large de 4 à 5 millimètres, doit être régulière, aussi large à la surface postérieure de la cornée qu'à la surface antérieure, et placée de telle sorte que la direction en soit parallèle à la base de la pupille artificielle qui doit être pratiquée, comme cela est représenté dans la fig. 67.

Fig. 67.

Les triangles noirs A, B, C, sont des pupilles artificielles qu'on se propose d'établir: les bases de ces pupilles, placées vers la circonférence de l'iris, sont parallèles à une ligne noire qu'on voit à leur sommet, et qui indique la largeur et la direction de la ponction.

