

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 élévateurs 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.

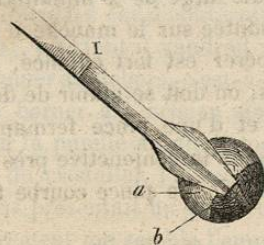
Fig. 67.

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.



En pratiquant cette ponction, le chirurgien incline le couteau aussitôt qu'il sent que la cornée est traversée, et approche le manche de l'instrument du côté de la membrane opposé à la base de la pupille à pratiquer. Par ce mouvement, le couteau se trouve couché presque horizontalement entre l'iris et la cornée, ce qui permet au chirurgien de faire entrer la lame plus profondément dans la chambre antérieure sans blesser le diaphragme. La fig. 68 représente ce temps de l'opération.

Fig. 68.



Le couteau 1 est incliné presque parallèlement à l'iris, la pointe a pénétré dans la chambre antérieure, et se trouve rapprochée de la base de la pupille à établir; la ponction *b* a une étendue de 4 à 5 millimètres; *a*, est une tache blanche de la cornée dans laquelle la pupille naturelle a disparu par suite d'une ulcération (*synéchie antérieure*). A l'endroit de la ponction, la membrane est saine, ce qui permet de voir l'iris, dont la couleur est foncée.

Le chirurgien retire le couteau dès que la ponction est pratiquée; il a soin, s'il n'a pu la faire assez large en poussant l'instrument (ce qui arrive quand l'humeur aqueuse s'échappe trop tôt), de l'agrandir vers l'extrémité la plus déclive lorsqu'il ramène à lui la lame. Ce premier temps exécuté, l'aide abandonne les paupières, et l'on donne au malade un instant de repos, pendant lequel le chirurgien essuie les paupières mouillées et rendues glissantes par l'humeur aqueuse et par les larmes qui se sont échappées de l'œil.

Deuxième temps. — Introduction du crochet. — Les paupières étant éloignées de nouveau, le petit crochet représenté sur la fig. 69, est tenu comme une plume à écrire; le chirurgien en dirige la convexité en haut, et le fait pénétrer dans la chambre antérieure, en pressant un peu sur la lèvre externe de la plaie si le décollement se fait sur la partie interne de l'iris. La direction que doit suivre cet instrument est exactement celle qu'on a donnée au couteau lorsque la ponction a été faite. Aussitôt que la portion recourbée a pénétré tout entière dans la chambre antérieure, ou, pour parler plus exactement, entre l'iris et la cornée qui se touchent par suite de la sortie de l'humeur aqueuse, le manche est fortement incliné, de manière qu'il y ait un parallélisme exact entre la surface de l'iris et l'axe du crochet. L'instrument se trouve placé

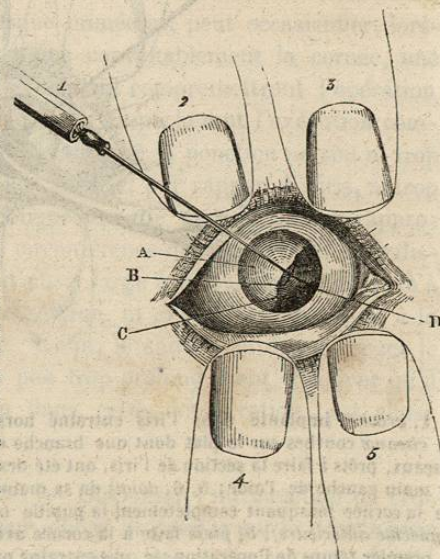
alors dans une direction telle, qu'il a sa pointe en bas, et sa convexité en haut; le chirurgien le fait glisser avec précaution entre les deux membranes, et le conduit jusque vers l'insertion de l'iris au corps ciliaire. Arrivé là, le crochet est caché presque tout entier derrière la très petite portion de sclérotique comprise entre les attaches de l'iris et celles de la cornée.

Troisième temps. — Décollement de l'iris. — C'est au moment où le crochet vient de disparaître derrière la sclérotique, entre les attaches de l'iris et celles de la cornée, que le chirurgien, tenant toujours l'instrument comme il a été dit, et sentant une certaine résistance lorsqu'il essaie de le faire pénétrer plus loin, fait faire au manche un quart de tour sur son axe de haut en bas, en le roulant dans cette direction entre le pouce et les deux premiers doigts, harponne l'iris par un petit coup sec d'avant en arrière, et le maintient fixé dans la courbure de l'instrument. Le diaphragme n'oppose le plus souvent qu'une très faible résistance, et se laisse entraîner du côté de la plaie.

L'opération arrivée à ce point, est exactement représentée dans la figure que voici.

Fig. 69.

1, manche du crochet; 2, 3, doigts de l'aide relevant la paupière supérieure; 4, 5, doigts de l'aide abaissant la paupière inférieure; A, tache leucomateuse de la cornée dans laquelle la pupille a disparu (*synéchie antérieure*); B, incision pratiquée près de la tache leucomateuse, dans la portion de membrane demeurée saine; C, iris vu à travers la cornée transparente en cet endroit; D, fond de l'œil vu à travers une partie de la pupille artificielle non achevée. Le décollement de l'iris est encore incomplet; le crochet entraîne cette membrane vers l'incision de la cornée.

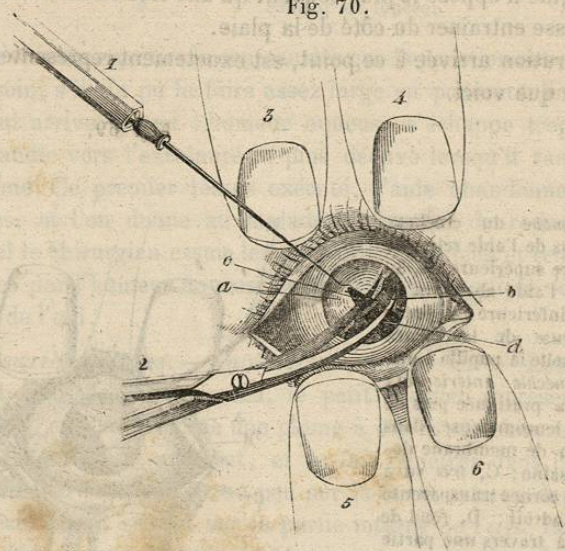


Quatrième temps. — Sortie de l'iris. — Lorsque le chirurgien a harponné l'iris, il a eu soin de diriger tout aussitôt la pointe du crochet un peu en bas et en arrière, tandis que la courbure en est tournée en haut et en avant. Ce mouvement, qui a pour but d'éviter la déchirure de la capsule, est représenté fidèlement dans la figure précédente.

L'opérateur continue alors d'entraîner l'iris. Il convient, pour arriver à ce but, de tenir la courbure du crochet exactement appliquée contre la face concave de la cornée, et de ne point craindre la pression qui peut en résulter. C'est un excellent conseil donné par le professeur Jæger. On évite ainsi plus sûrement la capsule; la portion d'iris saisie est mieux maintenue, et sort plus facilement par le fait même de la pression qu'on exerce avec le dos du crochet, sur la partie postérieure de celle des deux lèvres de la plaie qui regarde la nouvelle pupille.

Cinquième temps. — Excision de la portion d'iris décollée. —

Fig. 70.



1, crochet implanté dans l'iris entraîné hors de la chambre antérieure; 2, ciseaux courbes sur le plat dont une branche est engagée derrière l'iris. Ces ciseaux, prêts à faire la section de l'iris, ont été dessinés ouverts; 3, 4, doigts de la main gauche de l'aide; 5, 6, doigts de sa main droite; a, tache leucomateuse de la cornée masquant complètement la pupille naturelle qui y est adhérente (*synéchie antérieure*); b, plaie faite à la cornée avec le couteau lancéolaire dans le premier temps de l'opération; c, iris entraîné par le crochet hors de la chambre antérieure; d, pupille artificielle pratiquée par le décollement de l'iris.

L'iris, entraîné par le crochet hors de la chambre antérieure, et maintenu sur l'instrument comme dans la fig. 70, est excisé au ras de la cornée avec une paire de ciseaux courbes sur le plat, ou abandonné dans la plaie, si l'on se propose (ce qui est toujours mauvais) d'effectuer l'enclavement.

La fig. 70 représente l'excision de l'iris lorsque la pupille artificielle vient d'être pratiquée par décollement.

REMARQUES SUR LES ACCIDENTS QUI PEUVENT ARRIVER PENDANT L'OPÉRATION PAR DÉCOLLEMENT. — L'opération que nous venons de décrire, et qui devra toujours être remplacée par le *déchirement*, s'applique à un cas dépourvu de toute espèce de complication, et dans lequel le manuel opératoire a été suivi avec précision. La manœuvre, cependant, est loin d'être aussi régulière, tantôt par le fait même de l'opérateur, tantôt par la disposition des parties, quelquefois par suite des modifications apportées dans les membranes par l'inflammation qui les a frappées. Nous allons passer rapidement en revue toutes les principales causes des accidents qui compliquent et font souvent échouer l'opération de la pupille artificielle par décollement.

Premier temps. — Ponction de la cornée. — Cette manœuvre, qui est assez ordinairement facile, à moins que la cornée et l'iris ne se trouvent en contact presque immédiat, peut occasionner, lorsque le chirurgien n'attaque pas convenablement la cornée, une foule d'accidents qui, non-seulement compromettent l'opération dans ses résultats, mais encore en empêcheront l'exécution complète dans beaucoup de cas. Il faut que la ponction ne soit ni trop petite, ni trop grande; qu'elle ne soit, par rapport à l'iris, ni trop perpendiculaire, ni trop oblique; qu'elle ne soit ni trop rapprochée, ni trop éloignée de la circonférence de la cornée. Il est indispensable encore qu'elle soit aussi large à la surface interne qu'à la surface externe de la membrane, et exactement parallèle à la base de la pupille nouvelle. Enfin, le chirurgien doit enfoncer le couteau avec précision et pas trop profondément. Prouver qu'il n'y a aucune exagération dans cette énumération, est chose facile.

A. *Ponction trop petite. —* Elle rend l'introduction du crochet plus difficile; l'opérateur, obligé de presser sur la cornée pour faire pénétrer l'instrument, occasionne des douleurs, et l'œil, de-

venu très mobile et très rouge, se cache rapidement sous la paupière supérieure. Si l'on parvient à faire passer le crochet dans la chambre antérieure, là d'autres difficultés attendent le chirurgien : les principales sont l'impossibilité de faire sortir au dehors la portion de l'iris décollée, le tiraillement des lèvres de la plaie cornéenne, et fréquemment la blessure de ses parties, dans lesquelles la pointe du crochet vient, quoi qu'on fasse, s'implanter le plus souvent. De là aussi des douleurs très vives pour le patient, et pour le médecin le regret de reconnaître que l'incision qui a permis au crochet de passer dans la chambre antérieure, ne peut plus l'en laisser sortir avec la portion d'iris décollée. Après quelques efforts infructueux, le crochet finit par s'échapper seul, et l'iris, forcément abandonné derrière la cornée, vient souvent masquer en totalité ou en partie la pupille nouvelle. Dans quelques cas, il est vrai, on pourrait agrandir l'incision après coup, et aller reprendre avec le crochet ou avec une pince cette portion d'iris qu'on aurait dû entraîner au dehors ; mais la chambre antérieure est remplie de sang, on ne distingue plus suffisamment bien la route que les instruments doivent suivre, et souvent le malade fatigué par ces hésitations et par la douleur qu'elles occasionnent, n'est plus en état de permettre cette recherche, d'ailleurs dangereuse, si l'on doit ménager la capsule demeurée transparente.

B. Ponction trop grande. — C'est un inconvénient beaucoup moins sérieux que le précédent ; la manœuvre, du moins en ce qui touche la sortie de l'iris, est plus facile ; mais en revanche l'incision trop grande expose la cornée à perdre de sa transparence, alors que cette condition est indispensable au succès. Dans une opération de cette nature, la moindre altération de la cornée est fort grave : les plaies trop larges, devenant souvent la cause de taches leucomateuses, doivent donc être évitées avec le plus grand soin. Cependant, il faut convenir que la pupille artificielle est plutôt compromise par une incision trop petite que par une incision trop grande de la cornée.

C. Ponction de la cornée trop perpendiculaire à l'iris. — Lorsque le couteau est placé exactement dans une direction perpendiculaire à l'iris, et que cette membrane, par le fait d'une adhérence (*synéchie antérieure*), se trouve très rapprochée de la cornée, il arrive fort souvent que la pointe de l'instrument blesse le dia-

phragme. Cet accident, peu dangereux dans quelques cas, occasionne d'autres fois un épanchement de sang qui vient troubler l'humeur aqueuse, et empêche le chirurgien de continuer l'opération avec la précision convenable. Quelquefois aussi la piqûre de l'iris est suivie d'une inflammation traumatique, dont les conséquences peuvent être funestes pour l'œil opéré. Dans les cas de fausse cataracte où la pupille a disparu par suite d'adhérences à la capsule (*synéchie postérieure*), la ponction faite trop perpendiculairement à l'iris amène plus rarement la lésion de cette membrane ; mais si l'accident a lieu, il se complique alors d'ordinaire de la blessure de l'appareil cristallinien, c'est-à-dire d'une cataracte traumatique qu'il faudra opérer plus tard.

La ponction trop perpendiculaire de la cornée a, en outre, un inconvénient pour l'exécution facile du temps de sortie de l'iris, surtout si elle est en même temps trop étroite, parce que les lèvres de la plaie kératique, taillées à angle droit, s'écartent moins facilement l'une de l'autre, arrêtent le crochet et provoquent souvent la chute, derrière la cornée, de la portion d'iris qu'on a saisie.

D. Ponction de la cornée trop oblique par rapport à l'iris. — La ponction de la cornée doit être faite de telle sorte, que le point d'entrée du couteau, à la surface externe de cette membrane, soit un peu plus éloigné de la base de la pupille à pratiquer que le point où il pénètre dans la chambre antérieure. Mais quand le chirurgien, inclinant trop le manche du couteau, donne à cet instrument une direction trop parallèle à celle de l'iris, la lance, labourant la cornée, pénètre entre les lamelles kératiques et n'arrive dans la chambre antérieure qu'après un trajet plus ou moins long. On comprend toutes les difficultés qui devront résulter de cette ponction mal faite : comment, en effet, introduire le crochet au travers de cette route si étroite ! comment surtout le faire sortir de la chambre antérieure avec l'iris, membrane molle, roulée sur elle-même, et qui devra infailliblement se déchirer lorsqu'on essaiera de la faire passer à travers les lamelles cornéennes, résistantes par elles-mêmes, et appliquées fortement les unes contre les autres ! De la ponction trop oblique résulte encore un autre inconvénient, dont nous étudierons plus bas les conséquences : c'est que l'ouverture de la cornée, très large au dehors, est au contraire trop étroite du côté de la chambre antérieure.

E. *Ponction de la cornée trop rapprochée ou trop éloignée de la base de la pupille.* — La ponction de la cornée doit, autant que possible, être faite dans le centre ou au moins dans l'endroit le plus rapproché possible du centre de la membrane, par ce double motif que, d'une part, le point de traction sur l'iris étant limité en cet endroit sur lequel la portion iridienne entraînée roule comme sur une poulie, le décollement se fera dans une étendue convenable, et que, d'une autre part, si la plaie occasionne une tache, la pupille artificielle n'en souffrira pas. Mais s'il arrive que le chirurgien fasse la ponction trop près de la base de la nouvelle pupille, cette ouverture sera infailliblement trop petite; et pour peu d'opacité que la plaie cornéenne produise, le résultat de l'opération se trouvera gravement compromis.

Au contraire, si le chirurgien ponctionne la cornée trop loin de la base de la pupille, le décollement de l'iris se fait dans une trop grande étendue, inconvénient qui serait en réalité peu de chose s'il n'en résultait qu'une pupille trop grande, mais qui devient très sérieux, parce que le décollement de l'iris en totalité ou en très grande partie est ordinairement suivi, soit d'une inflammation traumatique très vive et d'exsudations membraneuses dans le globe, soit d'accidents de toute autre nature, comme l'amaurose ou

F. *Ponction de la cornée plus large à la surface externe qu'à la surface interne.* — Lorsque le chirurgien incline trop le couteau lancéolaire, cet instrument glisse entre les lamelles kératiques et pénètre à peine dans la chambre antérieure, tandis que déjà la cornée est largement divisée à sa surface externe. La plaie de la cornée représente alors un canal triangulaire exactement semblable pour la forme à la lame du couteau lancéolaire. Ce triangle, obliquement placé entre les lamelles, et dont la base est passablement large, se termine dans la chambre antérieure par un sommet tronqué assez étroit pour ne pas permettre la sortie de l'iris et du crochet, qui restent forcément dans la chambre postérieure.

Le même inconvénient de faire une ponction de la cornée plus large à la surface externe qu'à la surface interne arrive encore lorsque le couteau, dirigé convenablement, n'est point enfoncé à une profondeur suffisante, et surtout quand le chirurgien oublie d'agrandir l'ouverture en retirant l'instrument.

G. *Ponction non parallèle à la base de la pupille.* — Lorsque le chirurgien pratique une ponction présentant ce défaut à un haut degré, il se trouve singulièrement gêné pour conduire le crochet vers le point des insertions ciliaires de l'iris qu'il a choisi. En outre, la difficulté de faire sortir le crochet de la chambre antérieure est infiniment plus grande.

H. *Sortie prématurée de l'humeur aqueuse.* — L'humeur aqueuse s'échappe facilement de la chambre antérieure quand le chirurgien n'enfoncé point avec précision le couteau lancéolaire dans la cornée, et que l'une des lèvres de la petite plaie se trouve éloignée de l'instrument, soit par une pression intempestive exercée par l'opérateur sur la lèvre opposée, comme cela peut arriver lorsqu'on juge convenable d'incliner le couteau pour agrandir l'ouverture, soit, ce qui est encore assez fréquent, par la fuite rapide de l'œil, qui, n'étant point fixé par une pince, tend à se cacher sous la paupière supérieure. La sortie prématurée de l'humeur aqueuse n'est point par elle-même un inconvénient; mais comme alors la chambre antérieure disparaît, le chirurgien fait une ouverture trop petite à la cornée s'il retire promptement le couteau, ou blesse l'iris s'il veut faire une ponction d'une largeur convenable. Il est plus prudent, quand l'humeur aqueuse s'échappe trop tôt, de ramener vivement à soi l'instrument, sauf à agrandir après coup l'ouverture avec le petit instrument en forme de canif et à pointe mousse, dont nous avons donné le dessin à l'article *Pupille artificielle par excision*. (V. p. 527).

I. *Blessure de l'iris.* — La pointe du couteau blesse l'iris lorsque l'instrument est enfoncé brusquement à une trop grande profondeur, ou que le chirurgien l'a fait pénétrer dans une direction perpendiculaire à celle du diaphragme. Ce même accident se montre encore quand l'humeur aqueuse sortant prématurément par les causes que nous venons d'indiquer, la chambre antérieure disparaît par le fait du rapprochement immédiat de l'iris et de la cornée. La blessure de l'iris occasionne ordinairement, ainsi que nous l'avons déjà dit, un écoulement de sang entre l'iris et la cornée; et pour peu qu'il soit abondant, les parties sur lesquelles doivent agir les instruments étant masquées, l'opérateur ne peut plus manœuvrer avec la précision si nécessaire dans cette opération. La blessure de l'iris peut être en outre la cause d'une ophthalmie interne plus ou moins grave, mais toujours capable de compro-

mettre le succès de la pupille artificielle que le chirurgien est parvenu à pratiquer.

Deuxième temps. — Introduction du crochet. — Les accidents de ce deuxième temps sont beaucoup moins sérieux que ceux du premier. Voici les principaux : l'hésitation dans l'introduction du crochet ; le glissement de cet instrument entre les lamelles de la cornée ; la difficulté de faire pénétrer le crochet entre l'iris et la cornée par le fait d'une adhérence légère entre ces membranes ; la lésion de l'iris ou celle de la cornée par la pointe du crochet lorsqu'elle est tournée en arrière ou en avant, et la déchirure de la capsule.

A. *Hésitation dans l'introduction du crochet.* — Elle peut tenir à une connaissance peu exacte de la manœuvre, et surtout à l'oubli de la précaution qu'on doit avoir, d'introduire le crochet dans la même direction que le couteau lancéolaire. Cette hésitation est fâcheuse sous plus d'un rapport : l'attouchement, même léger, de la cornée fait rougir l'œil, occasionne de la douleur, inquiète le malade, qui commence à s'agiter dans un moment où la plus grande immobilité est nécessaire. Presque toujours il arrive que les autres temps de l'opération sont exécutés avec moins de précision lorsque ce tâtonnement fâcheux a eu lieu.

B. *Glissement du crochet entre les lamelles de la cornée.* — Il peut arriver que le chirurgien pousse le crochet entre les lamelles de la cornée, lorsque l'incision a été pratiquée trop obliquement ou même quand elle a été parfaitement bien faite. Dans ce dernier cas, cela tient à ce que le crochet n'a point été conduit dans un sens parallèle à l'incision, ou bien à cette circonstance que les lèvres de la plaie ont perdu leurs rapports naturels après l'évacuation de l'humeur aqueuse qui suit inévitablement la ponction.

Lorsque cet accident arrive, on sent une résistance inaccoutumée, et l'on voit que le crochet, en avançant, imprime dans la cornée une ligne blanchâtre toute particulière et presque semblable à une déchirure. En même temps le malade se plaint d'une douleur assez vive, et le globe, lorsqu'il n'est pas tenu immobile par la pince, tend à fuir rapidement sous la paupière, et s'y cacherait certainement si le crochet fourvoyé dans les lamelles kératiques ne le retenait. C'est à ce moment que le chirurgien, recon-

naissant la fausse route de l'instrument, cherche à le dégager ; mais il rencontre alors un obstacle fort difficile à surmonter, et qui consiste en ce que la pointe qui a labouré les lamelles s'y est solidement implantée et ne peut plus en sortir.

Le moyen conseillé par quelques auteurs pour rendre à l'instrument sa liberté, c'est de faire exécuter au manche quelques petits mouvements de traction et de rotation combinés ; mais cela est très douloureux pour le malade, et l'on n'arrive au but qu'en déchirant les lamelles dans une certaine étendue.

Le plus court parti à prendre, et c'est aussi celui qui fait le moins souffrir le patient, consiste, tout en maintenant l'œil fixé sur le crochet, à tenir cet instrument de telle sorte qu'il ait sa pointe tournée en bas, et sa convexité en haut, puis à abaisser le manche, d'abord parallèle à l'iris, jusqu'à ce que la pointe, qui, par suite de ce mouvement, exécute un quart de cercle de bas en haut (si l'on fait la pupille dans l'angle interne), se dégage brusquement des brides qui la retiennent. Je ne sache pas qu'il y ait un moyen plus rapide, plus sûr et moins douloureux de faire sortir le crochet ainsi engagé.

C. *Difficulté de faire avancer le crochet entre la cornée et l'iris.* — Elle ne se présente, en général, que dans les cas où, une synéchie antérieure fort large existant, l'iris serait malade, et légèrement adhérent à la cornée dans l'endroit même où il conviendrait d'établir la pupille artificielle. On reconnaît alors, en poussant le crochet entre les deux membranes, qu'il imprime un sillon à l'iris, et, s'il se fait une place, qu'il est pressé de toutes parts par le diaphragme qui n'est plus libre, et dont le décollement serait fort douteux. Retirer le crochet de l'œil est dans ce cas la conduite la plus prudente ; on le remplace aussitôt par une petite spatule mousse, très flexible, très plate et au moyen de laquelle on sépare l'iris de la cornée dans une étendue convenable, c'est-à-dire égale au moins à la surface probable de la pupille artificielle qu'on se propose de pratiquer. L'introduction du crochet devient facile alors, et le décollement s'exécute régulièrement, à moins pourtant, ce qui arrive souvent en pareil cas, que l'iris ne soit tellement ramolli qu'il se déchire, et n'offre plus une résistance qui permette de l'entraîner au dehors.

D. *Lésion de la cornée ou de l'iris par la pointe du crochet.* — *Blessure de la capsule.* — Ces accidents ne peuvent arriver