correspond au bord transparent du cristallin). Enfin, nous rappellerons l'influence fâcheuse de la croissance des yeux et de l'atrophie des parties iridiennes qui avoisinent l'échancrure faite à l'iris.

Tout en reconnaissant qu'il n'est nullement en notre pouvoir de faire sur un iris libre des ouvertures très étroites, nous procédons néanmoins, ainsi que je vous l'exposerai dans la prochaine leçon, comme si la réduction de la section cornéenne devait nous permettre d'atteindre le but désiré; mais, avertis de notre impuissance à cet égard, nous ferons nos efforts, dans le cas où le résultat optique en souffrirait, pour y remédier au moyen du tatouage.

NEUVIÈME LEÇON

IRIDECTOMIE (SUITE)

Emplacement de la pupille optique.

Je n'exposerai pas de nouveau le procédé suivi pour obtenir une pupille optique avec le petit couteau à arrêt, la description en ayant été donnée dans les précédentes leçons (voy. *Thérap. ocul.*, p. 402).

Pour ce qui concerne l'emplacement de la pupille, il est indiqué, si toutefois on a la liberté du choix, de toujours donner la préférence, pour y pratiquer la section, à la moitié inférieure de la cornée, cette portion ne se trouvant pas recouverte par la paupière supérieure; des considérations optiques (passage de la ligne visuelle) nous engagent aussi à choisir la moitié interne. De ce qui précède il résulte que le rayon inféro-interne coïncide précisément avec la direction qu'il convient de donner à la pupille optique. Dans les cas où celle-ci doit être exécutée sur les deux yeux, par exemple, lorsqu'il s'agit de cataractes zonulaires, il faut apporter le plus grand soin, suivant le passage cité plus

loin, dans la détermination de l'emplacement à donner à la section avant d'introduire l'écarteur entre les paupières, afin d'obtenir sur les deux yeux des pupilles symétriquement inclinées.

Les parties phériphériques du cristallin et de la cornée étant moins aptes à la formation d'une image rétinienne parfaite, on tâchera, si, bien entendu, toute liberté est permise à cet égard, de ne pas utiliser pour la pupille ces mêmes parties, mais de donner à l'ouverture cornéenne un emplacement tel qu'on n'excise pas l'iris jusqu'à la périphérie, ou, ce qui est préférable, on placera néanmoins la section en dehors du tissu transparent de la cornée, afin de ne pas donner lieu dans ce point à une cicatrice, et l'on prendra bien garde de limiter exactement l'excision de l'iris à la portion du sphincter iridien saisi par la pince. L'emploi préalable de l'ésérine, ainsi que les frottements avec la spatule ou la curette de caoutchouc, arrivent aisément à empêcher le pincement d'un pli iridien dans la plaie. Comme, ultérieurement, la portion d'iris qui se trouve comprise entre l'échancrure et le bord adhérent de cette membrane peut s'atrophier, la précaution qui consiste à ne pas faire pénétrer le couteau à travers des points périphériques de la cornée peut, en ayant laissé ces parties intactes, présenter des avantages.

Ordinairement toutes ces considérations tombent devant les obligations imposées par le siège des obstacles qui réclament la formation de la pupille. Ainsi, dans le cas d'opacités cornéennes, on fera avant l'opération une inspection minutieuse de la cornée à l'éclairage oblique, et, pour le choix de l'emplacement, on se laissera guider uniquement par la transparence plus parfaite de la cornée, en se persuadant que la pupille gagnera à être placée au-dessous de la partie qui a le moins souffert, et que la conservation de l'iris en arrière des portions demi-transparentes est ici un *desideratum* qu'on doit autant que possible s'efforcer d'obtenir.

Il y a dix ans[1] que je fis la proposition d'abandonner l'usage des couteaux lancéolaires pour l'opération de la pupille artificielle, et de simplifier l'arsenal chirurgical de l'oculiste en supprimant les lances, qui, en coutellerie, sont et resteront des instruments défectueux, susceptibles de s'émousser avec la plus grande facilité. Les avantages du couteau droit avaient du reste été déjà signalés par *Froebelius*, de Saint-Pétersbourg, pour certaines opérations dans lesquelles il est dangereux de porter un instrument tranchant au devant du champ pupillaire, à travers une chambre antérieure très réduite, comme il arrive dans le glaucome, par exemple.

Précisément au moment où M. *Monoyer*, dans une thèse d'un de ses élèves[2], donnait le même conseil, je voulais que tout couteau lancéolaire, sauf ceux destinés à l'extraction linéaire simple, fût mis de côté; et je recommandai en outre, pour rendre plus aisé le maniement du couteau droit, de faire exécuter à l'œil, au moyen de la pince à fixation, un mouvement de rotation destiné à ramener en haut ou en bas la portion de la cornée qui, située latéralement, avait été choisie comme emplacement à donner à la pupille.

Depuis que pour l'exécution de l'iritomie j'ai fait usage de petits couteaux à arrêt (voy. p. 109, fig. 22) permettant beaucoup plus aisément de limiter à une petite étendue la section qu'on veut pratiquer, j'ai renoncé pour la pupille optique à l'usage du couteau droit, préférant alors le couteau à arrêt. L'emploi de ce dernier offre d'incontestables avantages, lorsque la pupille doit être dirigée exactement en dedans ou en dehors : on évite ainsi le mouvement de rotation forcée qu'exige l'emploi du couteau droit, et dans l'exécution duquel un pli conjonctival vient se placer sur le bord de la cornée, de façon à gêner plus ou moins la contre-ponction.

1. *Gazette hebdomadaire*, n° 9, 1869.
2. Le Gad, *Quelques considérations sur la nature et le traitement du glaucome*, Strasbourg, 1869.

Toutes les fois qu'on veut pratiquer une *pupille artificielle antiphlogistique*, qui *sans exception* doit être dirigée en haut, afin d'être autant que possible masquée par la paupière supérieure, on donnera la préférence au couteau de *de Graefe*. Donc, si l'on n'a pas réussi à supprimer entièrement les couteaux lancéolaires, on a du moins singulièrement restreint leur emploi, car il n'est pas difficile de se rendre compte que, comme toutes les pupilles antiphlogistiques doivent être larges, et, en outre, atteindre la périphérie de l'iris, il est relativement aisé d'obtenir à la fois ces deux conditions au moyen d'un instrument qui, de même que le couteau étroit, glisse sans danger dans l'encoignure de la chambre antérieure, et peut suivre son trajet sans empiéter sur les parties transparentes de la cornée ; ce qu'il est plus ou moins aisé d'éviter avec la lance, qui réclame une main très exercée pour être dirigée verticalement à travers le bord cornéen opaque, et prendre ensuite, par l'abaissement du manche de l'instrument, une position telle que la pointe, après avoir franchi la cornée, glisse parallèlement au plan iridien[1].

Il n'y a qu'une seule considération qui puisse entrer en ligne de compte, car les données purement théoriques sur une moins bonne coaptation de la plaie obtenue avec le couteau droit, comparativement à la section fournie par la lance, (*Schweigger*), sont ici absolument à négliger, l'expérience ayant amplement résolu cette question de pratique : c'est de savoir si, dans les cas d'exagération considérable de la pression, par exemple, lorsqu'il s'agit d'un glaucome irritatif, il est plus facile, en retirant le couteau de l'œil, de détendre

1. Lorsque M. *de Arlt* (*Graefe-Sæmisch*, t. III, p. 333) dit, dans sa *Chirurgie oculaire :* « L'ouverture de la chambre antérieure se fait presque en général par ponction avec le couteau lancéolaire », cela n'est certainement pas applicable pour beaucoup d'autres pays que l'Autriche, car on opère la pupille artificielle bien plus souvent avec le couteau droit qu'avec le couteau lancéolaire. Ainsi à notre clinique nous ne nous servons pas plus que dans 2 pour 100 des cas du couteau lancéolaire.

progressivement la pression intra-oculaire en se servant d'une lance que d'un couteau droit, et d'échapper plus sûrement, avec le premier instrument, aux dangers de produire une subluxation du cristallin et des hémorrhagies intra-oculaires, c'est-à-dire de créer soi-même une forme pernicieuse de glaucome.

Ici, la plus ou moins grande habitude qu'aura l'opérateur de se servir de la lance ou du couteau droit l'engagera à faire choix de l'instrument qu'il manie le plus aisément. D'ailleurs l'emploi préalable et assez énergique de l'ésérine peut, d'une part, être une garantie, en réduisant la pression, contre les inconvénients d'une détente trop brusque, lorsqu'on se sert du couteau droit, qu'on apprend du reste aussi à retirer sans laisser échapper trop brusquement l'humeur aqueuse. D'autre part, l'ésérine, en resserrant la pupille, facilitera singulièrement l'emploi de la lance et s'opposera aux dangers du contact du couteau avec le cristallin.

En résumé, si, pour ce qui regarde l'opération de la pupille antiglaucomateuse, une certaine concession peut aussi être faite ou profit de la lance, dans tous les autres cas où il s'agit d'ouvrir une très large communication entre les chambres, aucun opérateur expert n'hésitera à donner la préférence au couteau de *de Graefe*.

Indications de la pupille antiphlogistique.

Les indications que l'on se propose de remplir en établissant une pupille antiphlogistique sont surtout de s'opposer à l'interception du passage continuel d'un courant de liquide allant de la face postérieure de l'iris vers la chambre antérieure, et d'empêcher que, cette interception établie, l'iris, repoussé par le liquide accumulé derrière lui, ne vienne faire saillie en avant, pour s'adosser à la surface postérieure de la cornée en obstruant l'encoignure de la chambre antérieure, et en faisant naître alors des difficultés dans la filtration à travers le tissu trabéculaire péricornéen.

L'action antiphlogistique est essentiellement mécanique et emprunte ses effets à la régularisation de la pression et

par suite de la circulation intra-oculaire, ainsi qu'à l'influence exercée sur la filtration des liquides sécrétés dans l'œil. Ces considérations ne sont pas sans importance pour ce qui regarde la manière d'exécuter l'opération, celle-ci devant avoir pour but de laisser surtout libre l'encoignure de la chambre et d'éviter les enclavements et l'excision incomplète de la périphérie de l'iris.

Combien n'avons-nous pas dû rabattre de nos anciennes idées sur l'action directement antiphlogistique de la pupille, sur ces théories, tout d'abord séduisantes, d'après lesquelles les synéchies, causes de rechutes, se trouvaient détruites, ainsi que leurs effets, par l'iridectomie (dans tous les cas ce dégagement n'était souvent que local et correspondait presque exclusivement à l'emplacement de la pupille), sur la détente de l'iris, sur la cessation de la traction et du tiraillement des fibres sécrétoires, sur le relâchement du sphincter, etc.

Les faits suivants ont surtout porté un coup à cette prétendue action antiphlogistique : d'une part, nombre d'yeux sortant d'une iritis violente ou d'un traumatisme peuvent montrer de nombreuses synéchies, si celles-ci ne se réunissent pas pour constituer une synéchie circulaire complète, interceptant la communication entre les chambres, la présence de ces nombreuses attaches, ne laissant qu'à une partie du voile iridien la faculté de suivre les impulsions résultant des mouvements de contraction sous l'influence de la lumière et de l'accommodation, n'entraîne pas la moindre tendance aux rechutes. D'un autre côté, qui ne se souvient avoir soigné des malades dont la guérison a pu être obtenue sans trace de synéchies, et qui, néanmoins, sont pris à intervalles plus ou moins rapprochés de violentes rechutes, celles-ci pouvant aussi disparaître par un traitement approprié sans laisser de traces.

En outre, combien de fois cette sécurité tant vantée de la pupille artificielle, pratiquée dans les cas d'iritis à rechutes, pour couper court à toute menace d'inflammation, ainsi

qu'on le croyait, ne s'est-elle pas montrée vaine? C'est au point que les cas où des rechutes ne sont pas venues infliger un démenti à l'opérateur doivent être considérés comme des exceptions. Si, néanmoins, on est en droit de recourir en pareilles circonstances à la pupille antiphlogistique, c'est afin de prévenir la formation d'une synéchie postérieure circulaire, qui, une fois établie, menace alors immédiatement l'œil de sérieux dangers, par l'apparition de complications glaucomateuses.

La pupille antiglaucomateuse se dépouille aussi de plus en plus de ses qualités purement antiphlogistiques. Il en doit être forcément ainsi pour tous ceux qui, comme moi, ne considèrent pas les symptômes irritatifs de certaines formes de glaucome comme étant de nature inflammatoire. L'action de l'iridectomie est, comme nous l'avons longuement exposé dans les précédentes leçons[1] pour ce qui regarde le glaucome, une question d'équilibre dans la filtration.

Si nous considérons quel terrain ont fait perdre à l'iridectomie antiphlogistique la kératomie et l'emploi de l'ésérine dans les abcès et les ulcères de la cornée, si nous songeons combien l'iris montre peu de propension à s'enflammer, lorsqu'on peut extraire un corps étranger de la chambre antérieure, on doit se demander ce qui restera à l'avenir des indications de la pupille artificielle antiphlogistique, qu'on regardait comme une des conquêtes les plus importantes de l'ophthalmologie moderne. Aussi quel abus a-t-on fait et fait-on encore aujourd'hui de cette opération sous la sauvegarde de cette prétendue qualité antiphlogistique?

Il est bien entendu que personne ne songerait à pratiquer cette opération antiphlogistique pendant un état floride d'iritis; on s'efforce, autant que possible, d'attendre pour l'exécuter qu'il survienne un moment d'accalmie. Ceci était déjà de nature à faire douter de l'action antiphlogistique de

1. Voy. *Thérap. ocul.*, p. 379 et suivantes.

l'iridectomie. En outre, aucun médecin expérimenté ne se croira autorisé, une fois l'opération exécutée, dans un cas d'iritis à rechutes ou d'irido-choroïdite, à se fier uniquement à cette action antiphlogistique, et à négliger le traitement de l'état général qui, comme la syphilis, le rhumatisme, a été la cause première de l'inflammation. Je tiens à bien faire pénétrer dans votre esprit, messieurs, qu'il faut considérer l'iridectomie comme un régulateur de la pression et de la circulation intra-oculaire, que son influence, à ce point de vue, sur la prédisposition aux inflammations peut être marquante, mais qu'à part cela toute autre action antiphlogistique lui fait défaut.

Afin que vous puissiez vous-mêmes juger de l'exécution de la pupille artificielle pratiquée avec le couteau lancéolaire, et établir une comparaison avec la même opération faite avec le couteau droit, je vous donnerai la description du premier procédé telle que l'expose un maître dans l'art de l'exécuter, *de Arlt*, puis je vous indiquerai alors notre propre manière d'agir. Si la simplicité est un signe de la vérité et l'indication qu'on a choisi la bonne voie, il faudrait ne pas se préoccuper de ce que dit notre ancien maître au sujet « des rares essais qu'il a faits de la modification apportée à l'iridectomie (changement du couteau), et qui n'ont pas tourné à son avantage. » Combien avons-nous, en tous cas, imposé moins de privations à nos malades, qui, presque tous, ne sont pas soignés à domicile, mais quittent la maison où ils ont subi l'opération, en ne portant sur l'œil qu'un simple bandeau que l'on supprime après deux ou trois jours !

Soins consécutifs après l'iridectomie

Voici ce que dit *de Arlt* (*loc. cit.*, p. 338) à l'égard des soins à donner aux opérés de la pupille artificielle : « Il est utile de renouveler le bandeau après six à huit heures, puis, plus tard, si aucun accident n'est survenu, toutes les douze à vingt-quatre heures, en inspectant l'œil. Il ne faut généralement pas se départir de la précaution de bander simultanément pendant un ou deux jours l'autre œil. Plus la gué-

rison de la plaie s'effectue d'une manière correcte et rapide, plus aussi le succès est assuré. C'est pour cette raison encore qu'il est bon d'imposer un repos absolu aux opérés pendant cinq à six heures ; plus tard on leur permettra de se mettre sur leur séant, et l'on pourra le deuxième ou le troisième jour leur faire quitter le lit. »

Toutes ces précautions et toutes ces minuties ou difficultés opératoires, qui ont encore une forte odeur rappelant l'ancienne école viennoise, ont-elles du moins préservé plus d'opérés que la grande liberté d'allures que nous avons empruntée à ce que nous avions vu faire chez *Desmarres ?*

Dans tous les cas nous sommes étonné d'entendre dire à de *Arlt* : « Il peut pourtant arriver qu'un œil régulièrement opéré se perde par irido-choroïdite suppurative (rarement, à la vérité, une fois sur 500 à 600 cas) ; en outre, il est possible que, par une cicatrisation vicieuse (enclavement de l'iris, cicatrisation cystoïde), l'œil, temporairement guéri, reste exposé au danger de se perdre par exagération de la pression ou irido-cyclite suppurative. Il est bon de faire ces réserves, parce que, d'après certaines réflexions sur cette opération, il semblerait qu'il faille la regarder comme tout à fait facile et sans dangers, en sorte que, sur quelques points, on a osé entreprendre l'iridectomie sur des malades ambulants (*Mooren* compte sur 240 iridectomies un cas de suppuration). *De Graefe* a vu deux fois après une simple iridectomie la suppuration de la cornée. »

Pour ce qui regarde la remarque d'après laquelle une meilleure cicatrisation serait obtenue en faisant garder le repos au malade, nous pouvons dire que depuis que nous excisons l'iris très largement, ainsi que le permet l'emploi du couteau de *de Graefe*, nous ne nous rappelons guère avoir opéré plus de deux fois le même œil ; aussi est-ce avec grande surprise que nous voyons notre ancien maître parler d'avoir répété jusqu'à six fois sur le même œil pareille opération, avant que, dans certains cas, un résultat favorable

ait été atteint. Bien que nous ne traitions presque aucun opéré d'iridectomie à domicile, la suppuration après cette opération s'observe bien rarement (à peine 1 fois sur 1000). Les seuls cas qui réclament plus d'attention sont ceux qui concernent les malades atteints de glaucome ; ici la fragilité des vaisseaux, la crainte qu'une brusque rupture de la plaie mal cicatrisée n'entraîne des accidents, exigent une surveillance plus grande et un repos plus strict.

Exécution de l'iridectomie avec la lance.

« La *ponction de la chambre antérieure* se fait, dit *de Arlt*, presque généralement avec un couteau lancéolaire. Il est nécessaire que celui-ci soit coudé près du col de la lance, toutes les fois que la ponction se fait en dedans ou en haut. Les coudes très marqués, comme on les voit quelquefois, rendent le maniement de l'instrument difficile et ne sont pas nécessaires même sur des yeux très enfoncés. On fait la *ponction* périphériquement dans le limbe ou le bord sclérotical, exceptionnellement plus près du centre de la cornée. Le méridien qui va du centre de la cornée vers le point de ponction est désigné sous le nom de méridien de ponction ; dans chaque cas, avant d'écarter les paupières, il est nécessaire de le noter, sans cela il arrive facilement qu'on excise un lambeau d'iris dirigé en haut, tandis qu'on voulait l'enlever en dedans.

« Certains malades, en effet, font subir, au moment de la fixation, une telle rotation à leur œil qu'il n'est plus possible de se renseigner sur le siège du bord supérieur ou externe, etc., comparativement à l'emplacement de la fente, à moins qu'une tache, une synéchie, une pinguicula, ne viennent, en pareil cas, nous guider. Aussi fait-on bien de choisir un vaisseau ciliaire près de la cornée, comme point de repère du méridien de ponction. La section doit en tous cas être exécutée de telle manière que la plaie tombe à angle droit sur ce méridien, et que, par conséquent, chaque extrémité de la section se trouve à égale distance du centre cornéen. S'il n'en est pas ainsi, il sera impossible, lorsqu'il

s'agit d'exciser très périphériquement l'iris, que le but de l'opération soit complètement atteint.

« La ponction de la cornée, dans le limbe ou le bord sclérotical en haut ou en bas, a-t-elle été exactement déterminée et la lance se trouve-t-elle dans sa position exacte comparativement au méridien? Il reste encore à donner l'inclinaison voulue au plan du couteau lancéolaire par rapport au plan tangentiel passant par le point de ponction. C'est avec une pénétration verticale de l'instrument que la plaie offre le moins d'épaisseur (comme distance de la lèvre interne à l'externe, on a alors ici 1 millimètre). L'excision de l'iris se faisant en dehors de la lèvre externe de la plaie, un lambeau d'autant plus étendu de cette membrane se trouvera compris dans l'épaisseur de la plaie, que la distance entre ses deux lèvres sera plus grande. La portion non excisée de l'iris ne pourra pas aussi facilement se retirer d'une plaie dont les lèvres interne et externe se trouvent très éloignées, ce qui s'opposera à une cicatrisation nette.

« Se propose-t-on d'exciser l'iris jusqu'au bord ciliaire? Il ne suffit pas de traverser la membrane de Descemet à peu de distance du bord cornéen, il faut encore que la plaie externe (sur la conjonctive bulbaire) ne tombe pas non plus trop loin dans la sclérotique, afin de ne pas avoir une plaie présentant une trop grande épaisseur (de 1 millimètre 1/2). Il ne reste donc pas d'autre alternative que de placer le couteau assez droit sur la surface de l'œil (suivant un angle de 50 à 60°), pour obtenir une plaie dont la lèvre interne ait un emplacement assez périphérique, tout en ne présentant qu'un écart peu considérable de ses lèvres. Seulement, dès que la pointe du couteau est entrée dans la chambre antérieure, ce que l'on sent parfaitement, il faut incliner suffisamment le manche de l'instrument vers le rebord orbitaire, pour pouvoir ensuite pousser la lance vers le sphincter iridien, sans piquer ni l'iris ni le cristallin. »

De l'aveu de notre maître, cette manœuvre, déclarée indispensable pour donner une bonne disposition aux lèvres de la plaie, c'est-à-dire « cette inclinaison du manche, il faut le reconnaître, n'est pas facile ». Elle présente d'autant plus de difficultés qu'il s'agit de l'exécuter, ainsi que l'emplacement constant de la pupille artificielle en haut le réclame, avec des couteaux coudés, et que, pour une personne peu familiarisée avec ces instruments, il surgira encore des embarras pour donner, en tenant compte de ce coude, l'inclinaison exacte de 50 à 60° par rapport à la surface de l'œil, pour bien limiter surtout la pression à exercer, enfin pour imprimer un mouvement de propulsion convenable à la pointe, qui, dès que l'on a senti qu'elle a pénétré dans la chambre antérieure, doit aussitôt s'arrêter brusquement. Est-il en réalité rationnel de donner à un débutant le conseil d'acquérir sur ses opérés cette sensation particulière que donne la pénétration du couteau dans l'œil, et de l'engager à exécuter un mouvement aussi complexe, s'il veut être convaincu d'avoir bien exécuté la section?

Combien l'exécution de la section n'est-elle pas plus aisée lorsqu'on se sert d'un instrument droit, dont la propulsion a lieu suivant la direction de son axe, la distance des deux lèvres de la plaie étant simplement fournie par l'inclinaison imprimée au tranchant! On veut objecter qu'au lieu d'une simple ponction, comme avec la lance, on doit exécuter, lorsqu'on a recours à un couteau droit, une ponction et une contre-ponction. Mais on oublie que la ponction pratiquée avec le couteau droit, ce qui est infiniment plus facile qu'avec la lance, implique forcément, en tenant le couteau parallèlement à l'iris, l'emplacement de la contre-ponction, en sorte que celle-ci n'est pour l'opérateur le sujet d'aucune préoccupation. A part cela, quelle sécurité n'éprouve-t-on pas relativement au danger d'une collision avec la capsule cristallinienne, lorsqu'on n'a pas à porter la pointe de l'instrument au devant du champ pupillaire!

A cet égard, je vous dirai, messieurs, qu'il n'y a pas un

opérateur, si habile qu'il soit, qui, après une opération avec la lance sur un œil dont la pupille n'est pas contractée, ne fait pas une inspection minutieuse du cristallin, en renouvelant pour la première fois le bandeau, afin de s'assurer que la cristalloïde n'a pas été endommagée, tandis que, si l'on fait la pupille avec le couteau droit, n'ayant souvent besoin d'introduire aucun autre instrument dans la chambre antérieure, on n'éprouve pas le moindre souci de ce côté. Incontestablement, cette tranquillité que donne à l'opérateur l'emploi du couteau droit vaut bien la peine d'être prise en considération.

La pupille artificielle antiphlogistique s'exécute avec le couteau droit, qu'on a soin de choisir de minime largeur, comme nous l'indiquerons maintenant. Les instruments nécessaires pour l'opération sont, à part le petit écarteur et les pinces à fixation, le couteau de *de Graefe*, les pinces à pupille droite et courbe, les pinces-ciseaux et une curette ou spatule de caoutchouc.

Emploi du couteau droit pour l'iridectomie

Après avoir placé l'écarteur, on saisit, avec la pince à fixation, un pli conjonctival, doublé du tissu épiscléral sous-jacent, très voisin de l'extrémité inférieure du diamètre vertical, et l'on recommande au malade de diriger le regard en bas. Bien que l'on doive regarder comme condition désirable que la pupille soit bien exactement dirigée en haut, un très faible écart dans cette direction ne présenterait pas d'inconvénient bien sérieux; toutefois notons que la fixation bien précise obtenue avec la pince nous fournit l'emplacement exact à donner à la pupille. C'est pour cette raison que, si le patient imprime une trop forte rotation à son œil malade, on lui fait ouvrir les deux yeux, et on les dirige de telle façon que l'on puisse choisir sûrement l'emplacement de la pince à fixation. Directement au-dessus de celle-ci, à l'autre extrémité du diamètre vertical, se trouvera le milieu de la pupille à créer, la ponction et la contre-ponction devant tomber à une égale distance de 2 à 3 millimètres de chaque côté de ce point.

On pénètre avec l'étroit couteau verticalement dans la chambre antérieure, en se tenant exactement sur le bord cornéen; puis, après avoir placé l'instrument parallèlement à l'iris, on le conduit à travers l'encoignure de la chambre, et l'on pratique la contre-ponction à une semblable distance de 2 à 3 millimètres de l'extrémité supérieure du diamètre (suivant la largeur que l'on désire donner à la pupille). En imprimant au tranchant une inclinaison convenable, on peut aisément faire que les lèvres externe et interne de la plaie se trouvent presque superposées, et que l'ouverture interne, tout en ne tombant qu'à une courte distance du bord cornéen, soit placée presque vis-à-vis de l'insertion périphérique de l'iris. En retirant très doucement le couteau, il sera possible d'obtenir un écoulement très lent de l'humeur aqueuse, et l'on détachera alors au besoin un lambeau conjonctival.

Dans nombre de cas, le prolapsus qui se forme à travers cette section si périphériquement située dispense de l'introduction de toute pince dans l'œil. On saisit, par le milieu, avec les pinces droites, l'iris ayant fait hernie, et on le soulève; puis, au moyen des pinces-ciseaux, on pratique une première section qui détache la moitié du prolapsus en partant de l'extrémité externe de la plaie; soulevant alors la partie détachée et l'attirant très doucement, on donne un second coup de pinces-ciseaux qui enlève, en allant vers le bord interne de la plaie, dans sa totalité, toute la partie ayant fait prolapsus. Recourir à un simple coup de ciseaux-courbes ordinaires pour pratiquer l'excision comme l'indique *de Arlt*, c'est faire un retour fâcheux vers un moyen imparfait.

Lorsque l'iris, le plus souvent par suite d'adhérences contractées avec la capsule, ne fait pas hernie, on se sert, suivant que l'on suppose rencontrer plus ou moins de difficultés pour saisir cette membrane, soit de simples pinces à griffes, soit de pinces munies en outre sur leur convexité

de petites griffes ; on a soin de conduire les pinces fermées jusque vers le bord pupillaire, et on leur donne alors tout l'écart que permet l'étendue de la plaie. Au moyen d'une douce pression, on saisit entre les mors de la pince un pli aussi large que possible de l'iris. Les pinces bien serrées ne doivent plus quitter ce pli iridien que l'on attire doucement en haut, en continuant la traction en dehors de l'œil. On procède alors à l'excision de la même façon que nous venons de l'indiquer.

Immédiatement après on retire la pince à fixation et l'écarteur, dont la présence prolongée donne lieu à une contraction musculaire qui rend moins facile le retour à leur situation normale des extrémités sectionnées du sphincter iridien. Relevant ensuite la paupière supérieure avec le pouce, on exerce, soit au moyen de cette paupière elle-même, soit avec une curette en caoutchouc, une douce pression et un frottement sur la plaie, afin de faciliter la rentrée de l'iris dans la chambre antérieure. Dans tous les cas où l'on a pu prévoir que la pression intra-oculaire exagérée, comme dans le glaucome, rendrait difficile cette réduction, on facilitera celle-ci par une instillation préalable de quelques gouttes d'ésérine avant l'opération, puis, aussitôt après avoir retiré l'écarteur, on instillera encore deux ou trois gouttes du même collyre, sans attendre le résultat des manœuvres de réduction.

Il est très important de tourner toute son attention vers la forme en trou de serrure que doit prendre la pupille, de manière à obtenir que les sections du sphincter se trouvent bien vis-à-vis l'une de l'autre, et à la hauteur d'une pupille contractée. Néanmoins il ne faudrait pas croire, surtout dans un cas de glaucome, que l'on puisse hardiment manœuvrer avec la spatule, car on risquerait, lorsque la lentille se trouve pressée contre la surface de la cornée, de produire une subluxation du cristallin, si la spatule éprouvait quelque obstacle pour glisser derrière la membrane de Descemett

Ordinairement on arrive aisément, par les frottements à l'extérieur de la plaie et par l'emploi de l'ésérine, à obtenir une exacte rentrée de l'iris. Après avoir débarrassé la plaie de tout caillot pouvant y adhérer, on applique le bandeau compressif.

DIXIÈME LEÇON

ACCIDENTS DE L'IRIDECTOMIE. IRIDORRHEXIS. IRIDODIALYSIS.

Accidents de l'iridectomie

Nous n'avons pas à nous occuper bien longtemps des accidents qui peuvent se présenter pendant l'exécution d'une pupille artificielle ; ils ne sont à redouter que dans les cas d'exagération très considérable de la pression et dans ceux où les phénomènes glaucomateux se compliquent d'une altération morbide généralisée des vaisseaux de l'œil, donnant lieu, à la moindre détente de la pression intra-oculaire, à des ruptures, avec hémorrhagies considérables. Ce dernier danger n'est donc pas à craindre, sauf dans l'exécution de la pupille artificielle comme opération antiglaucomateuse : il engage alors, lorsqu'on a pu le soupçonner d'avance, à échanger l'iridectomie contre la simple sclérotomie.

Insuffisance de la plaie.

Se propose-t-on d'exécuter une pupille optique, il pourrait se faire qu'ayant pratiqué une plaie par trop étroite, le maniement des pinces soit rendu impossible, faute d'un écart suffisant pour saisir l'iris. En pareil cas on remplace les pinces par un petit crochet mousse malléable, avec lequel on arrive aisément à attirer le sphincter iridien en dehors pour le sectionner ; puis on prend un soin tout particulier, en s'aidant d'une instillation immédiate d'ésérine, et en ayant recours au massage de la plaie cornéenne, pour assurer la parfaite rentrée de l'iris, et s'opposer à ce que