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 ellemême, 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.

Nous n'avons pas à nous occuper bien longtemps des ac- Accidents de cidents 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 : it engage alors, lorsqu'on a pu le soupçonner d'avance, à échanger l'iridectomie contre la simple sclérotomie.

Se propose-t-on d'exécuter une pupille optique, il pour- Insuffisance rait 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

celui-ci ne contracte aucune adhérence avec les lèvres de la plaie cornéenne.

Pareil accident se montre-t-il pendant l'exécution d'une pupille antiphlogistique, c'est-à-dire dans un cas où le but de l'opération serait manqué, si l'on n'arrivait pas à exciser un large lambeau iridien, alors, dès qu'on se sera convaincu, par le peu d'écartement que peuvent prendre les pinces introduites dans l'œil, et par la difficulté qu'on éprouve à saisir l'iris, que la section offre une étendue trop restreinte, il faudra de toute nécessité s'abstenir de chercher à faire l'excision avant d'avoir suffisamment élargi la plaie. Comme instrument paraissant ici le mieux approprié, et dont l'emploi est le plus efficace, il faut signaler les fins ciseaux coudés, dont on introduit une des branches mousses dans l'encoignure de la chambre, et avec lesquels on élargit la section par un coup sec.

Il est beaucoup plus difficile d'agir avec succès en se servant de couteaux mousses coudés, attendu que ces instruments sont courts, et qu'on ne peut d'ailleurs en introduire qu'une longueur très peu considérable dans l'œil. Par cela même, l'action de scier, indispensable pour atteindre le résultat que l'on recherche, doit être remplacée par une impuissante pression exercée avec le tranchant, et celle-ci déjà si peu efficace est encore en quelque sorte paralysée par la rotation qu'exécute le globe de l'œil, qui n'est fixé que sur un point par les pinces, le déplacement ayant lieu dans le sens de la pression exercée avec le couteau.

Un accident bien plus fâcheux pour le résultat de l'opération résulte de ce que le couteau n'a pas du tout pénétré dans la chambre antérieure, ou l'a à peine ouverte après avoir longtemps couru dans les lames de la cornée, en donnant lieu à un écart considérable entre l'étendue des lèvres externe et interne de la plaie. S'agit-il d'une pupille optique, pareille mésaventure a le très grave inconvénient, si l'on s'est servi d'un couteau lancéolaire, de rendre presque impropres à la vision les parties transparentes de la cornée qu'on voulait utiliser au devant de la pupille à créer, car cette dissociation du ti-su cornéen entraîne la formation d'une opacité plus ou moins considérable.

Se proposait-on d'établir une pupille antiphlogistique, le passage très oblique du couteau dans le tissu de la cornée nous prive de la possibilité d'enlever l'iris jusqu'à son insertion, ce qu'on doit cependant s'efforcer d'exécuter, lorsque l'on veut surtout obtenir une action antiglaucomateuse. Cet accident sera principalement susceptible de se présenter, dans les cas où il existe une disparition plus ou moins complète de la chambre antérieure, et lorsqu'il faut insinuer, en quelque sorte, le couteau entre l'iris et la cornée.

Dans de telles conditions, la substitution du couteau droit au couteau lancéolaire trouve aussi sa pleine justification. Car en faisant usage du couteau droit, si, de crainte de piquer l'iris, on n'avait pas entamé la membrane de Descemet, on pourrait entièrement réparer cette faute, en introduisant de nouveau le couteau, après avoir bien attendu que tout écoulement de sang du limbe conjonctival ait cessé, et en reprenant sur le tranchant les parties les plus profondes qui avaient échappé à la première section. Ici aussi, l'instrument ayant trop cheminé dans le tissu de la cornée, il en résultera un trouble dans la transparence de cette membrane, mais celui-ci, au maximum, ne dépassera pas une étendue correspondant à une largeur de 1 1/2 à 2 millimètres.

Si maintenant on admet qu'on ait commis la même faute avec un conteau lancéolaire, on produira une opacité qui correspondra à toute l'étendue suivant laquelle la pointe de la lance a glissé, en allant du bord de la cornée vers son centre; et, l'accident réparé, il en résultera toujours des traces ineffaçables.

Une complication inhérente à l'opération elle-même, et Sclérose de la cornée. dont on ne peut que très difficilement se garantir, apparaît Cicatrisation ectatique.

lorsque le tissu cornéen se sclérose et perd sa transparence, ce qui est surtout facheux dans le cas où une étroite portion des parties périphériques de la cornée a seule échappé à la destruction ou à la perte absolue de transparence par sclérose cornéenne. Ici, il peut même arriver qu'en exécutant avec toute la perfection possible la section, le peu de cornée qui subsiste perde la transparence qu'il possédait avant l'opération. On s'expose encore, en parcil cas, à un autre accident, c'est lorsque l'on veut éloigner autant que possible la lèvre externe de la plaie du bord cornéen, et que l'on fait la section très scléroticale : on obtient alors une cicatrisation cystoïde ou ectatique, et cela, principalement, s'il s'est produit un enclavement de l'iris, ce que favorise l'écartement considérable qui existe entre les lèvres de la plaie, cette disposition étant la conséquence forcée de l'emplacement excentrique de la section.

Lorsque l'on a la moindre appréhension à concevoir, et que l'on redoute, vu le processus morbide par lequel l'œil est passé, la sclérose des parties qui avoisinent la section, ou une cicatrisation ectatique, il est alors préférable de renoncer au procédé ordinaire de la pupille artificielle, et de s'adresser à un mode d'arrachement et de dialyse dont

nous nous occuperons tout à l'heure.

Les hémorrhagies ne sont à craindre que dans le cas de glaucome pernicieux. Aucune tentative particulière ne doit être faite pour débarrasser, lorsqu'il s'agit d'une pupille pratiquée contre une irido-choroïdite, la chambre antérieure du sang qui peut la remplir en entier. On se contentera d'instiller à plusieurs reprises de l'ésérine, et d'entre-bâiller les lèvres de la plaie pour faire échapper les parties non coagulées de l'épanchement. Ces instillations d'ésérine et la contraction vasculaire qu'elles produsent ont souvent une action presque instantanée pour prévenir la reproduction de l'hémorrhagie. On ne manquera pas, bien entendu, de les utiliser, lorsqu'on aura été prévenu d'avance d'un manque de résistance des vaisseaux sur un œil atteint d'un excès de tension.

Ce qu'il faut regarder comme un accident redoutable, Subluxation du cristallin. c'est lorsque, dans certains cas de glaucome, l'on voit immédiatement après l'excision de l'iris une subluxation du cristallin se produire, accident constituant une des principales causes de l'insuccès de l'opération. Loin de diminuer, la pression intra-oculaire peut alors s'accentuer davantage après l'opération, en sorte que des malades qui n'avaient jusqu'ici que peu souffert se trouvent pris de douleurs très violentes. Je fais abstraction des cas tout à fait désastreux où la subluxation s'est produite par suite d'une hémorrhagie intra-oculaire, et dans lesquels il peut arriver que le cristallin soit chassé hors de la plaie étroite quelques heures après avoir pratiqué l'iridectomie, en subi-sant une déformation dans sa capsule intacte, la sortie du cristallin étant alors suivie parfois d'une hémorrhagie qui inonde le lit du malade, accident qui réclame impérieusement l'usage de la compression et du froid, et qui, après sa disparition, laisse un œil déformé par ectasie des parties avoisinant la plaie.

Je veux seulement parler ici des très faibles subluxations que provoque la détente brusque de la pression, avec rupture de la zonule, et dans la production desquelles un opérateur, même très exercé, peut parfois n'avoir pas été tout à fait étranger, de manière à créer ainsi soi-même une forme pernicieuse de glaucome. La production d'un parcil accident se révèlera les jours suivants par l'absence complète de la chambre antérieure, ainsi que par une déviation caractéristique de toute la pupille, tant naturelle qu'artificielle, vers la section périphérique pratiquée pour l'iridectomie.

L'absence complète de tout résultat opératoire, ainsi que les souffrances que supporte le malade, et qui ne s'épuisent qu'à la longue, en laissant un œil dont l'iris est absolument atrophié et qui présente un cristallin opaque accolé contre la cornée, réclament impérieusement que l'on fasse un essai

llémorrha-

pour réduire pareille subluxation, ou au moins pour en atténuer les effets fâcheux.

Réduction des subluxa-

M. Weber a tenté d'exécuter cette réduction en procédant de la manière suivante : « Avec une broad needle à double rainure, on ponctionne la sclérotique à 8 ou 10 millimètres du bord externe de la cornée, cette distance étant celle qui doit être préférée, en un point situé sur le diamètre horizontal, et avec la précaution d'imprimer ensuite à l'instrument un quart de rotation autour de son axe, de façon à faire entre-bâiller la plaie scléroticale. En même temps, on exerce, au moyen de la paupière supérieure, une pression sur la cornée dirigée dans le sens vertical à la surface du coloboma, et du côté vers lequel le cristallin s'est ordinairement déplacé. Cette pression, tout d'abord faible, est augmentée graduellement, pendant que le malade, afin d'éviter toute autre fixation avec des instruments, et pour s'opposer à tout autre changement de forme du globe oculaire, regarde d'une façon permanente l'opérateur, et aide ainsi beaucoup celui-ci à s'orienter sur la position de la cornée, recouverte presque entièrement par les paupières.

« Lorsqu'on a atteint le maximum de pression, cette dernière est maintenue de une à une minute et demie, afin de permettre la reproduction de l'humeur aqueuse, à laquelle se mêle généralement un peu de sang; mais celui-ci disparaît dans les 4 à 6 heures qui suivent, ce qui démontre que les voies de filtration se sont de nouveau rétablies. Un bandeau légèrement compressif et le repos dans le décubitus dorsal pendant 24 heures assurent complètement ce replacement du cristallin. Ce n'est que si le corps ciliaire est très sensible que l'emploi du chloroforme est indiqué; on se sert alors aussi avec beaucoup plus de succè- de la curette de de Graefe, qui est en outre d'un usage plus commode. »

Un fait à noter, c'est que M. Weber prépare son malade

par des instillations d'atropine faites un ou deux jours avant l'opération, afin de « détendre le sphincter ciliaire », et vingt minutes avant l'opération il a recours à l'instillation de une à deux gouttes d'une solution d'ésérine à 2 pour 100; « l'apparition de douleurs frontales donne alors le signal pour prendre l'instrument ». A cet égard, je vous rappellerai ce que je vous ai dit de l'impuissance d'action des myotiques sur les yeux qui ont été soumis pendant quelque temps à l'influence de l'atropine. D'ailleurs chez les malades qui réclament pareille opération les douleurs n'ont nullement besoin d'être réveillées par l'ésérine, attendu qu'elles se présentent ordinairement d'une manière continue et fort accusée.

Nous préférons, dans ces cas heureusement fort rares, obtenir cette détente au moyen d'une sclérotomie pratiquée avec un sclérotome très étroit ou un couteau de de Graefe. et exécutée du côté opposé à l'iridectomie. L'œil étant ainsi solidement fixé par l'instrument qui a traversé très périphériquement la chambre antérieure, et que l'on renverse un peu vers soi, on procède séance tenante à la réduction du cristallin par une pression continue à travers la paupière supérieure. Il est bien entendu que cette réduction n'aura de chances de succès qu'autant qu'elle sera tentée très peu de temps après l'iridectomie, et dans des conditions telles que des adhérences ne se soient pas encore produites entre l'iris et le cristallin luxé, car autrement il serait presque impossible de replacer celui-ci dans sa situation normale. Dans tous les cas, il est très important de savoir que le défaut d'action de la pupille artificielle, dans certaines formes de glaucome, peut être inhérent à l'evécution de l'opération qui a donné lieu à un léger déplacement du cristallin.

Nous ne parlerons pas de la lésion du cristallin même, Blessure du qu'un opérateur exercé saura éviter, et contre laquelle il n'y aurait d'autre ressource qu'une extraction ultérieure. Notons que cet accident ne sera pas à craindre, dans le cas

<sup>1.</sup> Archiv für Ophthalmologie, t. XXIII, 1, p. 86.

d'irido-choroïdite, à la suite du détachement de l'iris de la capsule, car, s'il existe une adhérence suffisamment solide et assez large pour résister à une certaine traction, le tissu iridien se déchirera plutôt dans un autre point que de permettre une rupture dans la continuité de la capsule intacte. Aussi, bien avant que Desmarres parlât d'une méthode particulière d'iridectomie par déchirement (iridorrhexis), avait-on déjà exécuté inconsciemment ce procédé. D'ailleurs, lorsque Desmarres se proposait de faire cette opération, il s'en trouvait souvent empêché par un détachement inopiné des masses exsudatives condensées sur une étroite surface, et qui cédaient sous la traction exercée sur l'iris.

Iridorrhexis.

L'iridorrhexis se combine donc à l'iridectomie dans une proportion que l'opérateur ne saurait préciser d'avance. Ce qui est certain, c'est que, si l'agglutination s'est opérée, non sur une étroite bandelette près du bord pupillaire, mais sur une large surface, de manière que la partie postérieure de l'iris se soit accolée à la cristalloïde dans presque toute son étendue, ce sera du degré de solidité conservé par le tissu iridien que dépendra la possibilité d'exécuter le procédé de déchirement. En tout cas, il importe de faire tous ses efforts pour disposer l'opération de telle manière que l'on ait de son côté toutes les chances de réussite.

Tout d'abord il faut donner le maximum d'étendue à la section, qui devra avoir un emplacement tel que sa lèvre interne concorde avec l'insertion périphérique de l'iris. En outre, il sera constamment nécessaire de faire usage de pinces courbes, munies sur leur convexité de griffes solides. Enfin, après avoir conduit les pinces fermées jusqu'au bord pupillaire, il faudra donner aux branches le plus grand écartement possible, puis, en faisant une pression sur l'iris avec les griffes que porte le côté convexe de l'instrument, on s'efforcera de saisir cette membrane unie aux masses exsudatives sous-jacentes. Mais, tout en prenant ces précautions, l'iridorrhexis échouera dès que, conjointement avec la sou-

dure généralisée de la surface postérieure de l'iris, une atrophie marquée de la trame iridienne se sera développée.

Ici les griffes traversent ordinairement alors le tissu atrophié de l'iris, sans mordre dans la croûte exsudative, qui est très solidement attachée à la cristalloïde, et l'on ne réussit à amener au dehors que quelques débris insignifiants de l'iris. Après deux ou trois tentatives pour attaquer ce diaphragme vascularisé, une couche épaisse de sang s'étale derrière la cornée, et force l'opérateur à s'abstenir d'un nouvel essai

Cette impossibilité d'exécuter l'opération peut être reconnue d'avance par une inspection attentive de l'œil. Car l'iris se présente, dans ce cas, comme un plan tendu, immobile et constitué par une membrane vascularisée. En même temps, on note un effacement complet de la chambre antérieure, sauf vers son encoignure. Là, par suite du passage des masses exsudatives du bord cristallinien sur le corps ciliaire, auquel l'iris continue à rester attaché, il en résulte que la surface antérieure de l'iris abandonne quelquefois en ce point la membrane de Descemet. C'est à la suite d'iridochoroïdite sympathique, consécutive à un traumatisme ou à une iridectomie défectueusement exécutée, ou enfin comme conséquence de ce même état spontanément développé, qu'on rencontre cette agglutination en continuité de l'iris, qui engagera un opérateur expérimenté à renoncer absolument à toute tentative d'iridorrhexis.

Comme, en pareil cas, le cristallin a aussi généralement souffert dans sa transparence, et qu'il faut d'autant plus sûrement compter sur cette complication que l'ophthalmie sympathique a persisté plus longtemps, on devra renoncer à l'espoir de pouvoir établir une pupille artificielle autrement qu'en s'adressant, après avoir extrait le cristallin, aux procédés d'irito-ectomie (voy. p. 126). L'exactitude de ce que j'avance vous semblera incontestable, si vous jetez le regard sur des coupes d'yeux qui ont passé par l'ophthalmie sympathique.

Vous pourrez vous convaincre combien il aurait été peu profitable d'arracher un fragment d'iris, en admettant que vous ayez pu y réussir, dès que vous laissiez un diaphragme continu de productions inflammatoires accolé à un cristallin plus ou moins opaque. Vous ne conserverez non plus aucune illusion sur la possibilité de pratiquer, à travers une plaie relativement étroite, une ouverture, à l'aide de griffes, dans une membrane qui ne saurait se laisser plisser sous l'instrument, et qui ne fournit, par cela même, aucune prise à la traction que les pinces doivent exercer sur elle!

Il existe donc là un obstacle infranchissable contre lequel viennent échouer l'iridorrhexis et l'iridectomie. L'expérience fera facilement reconnaître les cas dans lesquels il faut s'abstenir de ces opérations, et se meltre en garde contre une obstination mal raisonnée en répétant les tentatives jusqu'à cinq et six fois, se laissant ainsi guider à tort par une parole autoritaire d'après laquelle des opérations multipliées seraient justifiées pour arriver à établir une pupille qui se serait fermée, ou qui, plus exactement, n'aurait, en réalité, pu être ouverte. Toutefois je pense qu'il est permis, dans certains cas de glaucome et d'irido-choroïdite, de revenir une seconde fois à l'opération en pratiquant du côté apposé une nouvelle pupille; mais je ne crois pas que l'on puisse être autorisé à soumettre un œil à des iridectomies répétées jusqu'à 4 et 6 fois. J'avoue que, pour ma part, je ne rencontre jamais la nécessité d'une pareille pratique, et en fût il ainsi, je craindrais encore de ne pouvoir obtenir de mes malades la docilité nécessaire.

Qu'a-t-il subsisté des autres procédés opératoires de la pupille artificielle, tels que l'iridodialysis, l'iridodesis, l'iridencleisis, la corelysis, etc.? Seule, la première de ces opérations peut encore dans quelques cas particuliers trouver son emploi.

Nous avons dit, lorsqu'il s'agit d'un leucome très étendu de la cornée, ainsi que des brûlures, des suppurations, peuvent le produire, et qu'il ne reste plus vers la périphérie qu'une étroite bandelette de tissu transparent, derrière lequel l'iris est fortement tendu, que l'on était exposé, en procédant à l'iridectomie par le procédé habituel, et en faisant usage de quelque couteau que ce soit, à voir s'opacifier cette bandelette transparente, et s'éteindre ainsi la dernière lueur d'espoir qui pourrait encore subsister pour le malade.

Ici il est possible, surtout si l'on est en droit de présumer que le cristallin s'est échappé à travers la large perte de substance dont la cornée a été le siège, et lorsque, entre la bandelette d'iris et de cornée transparente, il persiste encore une portion de la chambre antérieure, de tenter un procédé combiné d'iridodialysis et d'iridorrhexis. On place, ainsi que l'indique la figure (voy. fig. 51), la section dans la région opaque de la cornée au voisinage de la partie transparente, et l'on glisse avec le couteau à airêt à travers la cicatrice, en tenant le plan de l'instrument parallèlement à l'iris. Le

couteau ne pouvant pas pénétrer perpendiculairement avant d'arriver à une position parallèle au restant de l'iris, il faut, dès que la pointe apparaît sous la portion transparente de la cornée, que la lèvre interne de la plaie, comme le montre

aussi la figure, reste assez distante (à 2 millimètres) de la région cornéenne transparente.

Lorsqu'on s'est bien assuré qu'on est arrivé dans le vestige de la chambre antérieure, on pousse la pointe du couteau jusque vers l'encoignure de la chambre, afin d'obtenir le maximum d'étendue de la section. Celle-ci est encore accrue en inclinant le manche de l'instrument et en égalisant au moment du retrait du couteau les plaies interne et externe.

Avec des pinces à griffes inférieures, on saisit alors l'iris que l'on dégage de son attache ciliaire par dialyse, et que l'on arrache aussi en partie de son adhérence avec la cicatrice cornéenne, en achevant de le détacher par excision. Ce pro-

Iridodialysis

cèdé offre sur les méthodes ordinaires d'iridectomie des avantages multiples : d'abord il n'expose pas à la sclérose de la petite étendue de cornée restée transparente; ensuite on n'a pas à craindre de voir se déformer cette portion cornéenne par suite de la cicatrisation, en donnant lieu à un astigmatisme irrégulier très prononcé, incompatible avec une vision quelque peu nette; enfin on est sûr d'utiliser ainsi dans sa totalité la partie la plus périphérique de la cornée ayant conservé sa transparence.

Par contre, cette iridodialysis réclame une main exercée, ayant d'avance la notion de l'épaisseur de tissu que doit parcourir le couteau, et possédant le tact nécessaire pour sentir à quel moment la pointe est arrivée dans la chambre antérieure; si pareilles connaissances faisaient défaut, on s'exposerait, dans les cas où le cristallin est resté dans l'œil, à produire une cataracte traumatique, qui priverait au moins momentanément le malade du bénéfice de l'opération.

Les anciens procédés d'iridodialyse (A. Schmidt, Scarpa) sont tombés dans le domaine de l'histoire de la chirurgie oculaire. Nous pouvons en dire autant de l'iridodésis et de l'iridencleisis, qui ont dû forcément disparaître de la pratique le jour où l'on a reconnu les graves désavantages qui résultaient des adhérences de l'iris contractées avec le pourtour de la cornée, et surtout de l'accolement de cette membrane contre l'encoignure de la chambre antérieure.

Corelysis.

Un fait à noter, c'est que le procédé imaginé pour obvier à la réunion du bord pupillaire avec la cristalloïde, la corelysis, est surtout tombé en désuétude, parce que l'on a reconnu qu'on s'était exagéré l'importance de quelques attaches isolées de l'iris, c'est-à-dire des synéchies postérieures, tandis que l'état plus grave résultant d'une synéchie postérieure complète réclamait un procédé autre que le simple détachement. Du reste, cette opération, déjà pratiquée par Wenzel et Arnemann, puis reprise par MM. Streatfeild,

A. Weber et Passavent n'a jamais joui d'une grande vogue dans la pratique.

La corelysis ne trouvant pas son application dans un cas d'inflammation floride, on conçoit qu'il devait répugner de faire, comme moyen préventif, une opération délicate, réclamant l'introduction d'instruments entre l'iris et la surface du cristallin, protégée seulement par une enveloppe d'une extrême susceptibilité. En outre, la moindre réaction inflammatoire était de nature à faire perdre le bénéfice de l'opération. Le procédé original de M. Passavent, consistant à ne pas s'attaquer directement à la synéchie, mais à la détacher en attirant l'iris au moyen de pinces introduites par une ouverture cornéenne périphérique et étroite, échappait du moins au premier reproche, en n'exposant pas à la blessure de la cristalloïde; mais il ne donnait aucune garantie contre la réaction consécutive pouvant rendre nul le résultat de l'opération. Comment pouvait-on admettre qu'une mince attache de l'iris offrit des inconvénients sérieux et durables, quand on croyait qu'il était possible de saisir impunément avec les pinces cette membrane pour la détacher de la capsule?

Aussi, si M. de Arlt a dit fort judicieusement « qu'une certaine peur que provoquait la présence de plusieurs et même d'une seule synéchie, sans que pour cela elle ne fût très souvent justifiée en rien », a conduit à ce procédé opératoire, nous pouvons ajouter, sans rencontrer d'opposition (si ce n'est de la part de ceux qui ont enfanté la méthode), que ces procédés n'ont plus eu leur raison d'être du jour où l'on a reconnu que cette crainte n'était pas fondée.

Si une véritable iridalgie se rencontrait sur un œil présentant une seule ou quelques synéchies, dans un cas où l'on ne voudrait pas condamner le malade à l'agrandissement permanent de la pupille par l'établissement d'une pupille artificielle, il serait alors bien préférable de combattre un pareil état douloureux, reposant le plus souvent sur une augmentation de tension de l'œil, par une sclérotomie, celleci pouvant au besoin occuper un emplacement tel qu'en laissant écouler brusquement, du côté de la synéchie, l'humeur aqueuse par l'entre-bai lement d'une des sections, on obtienne spontanément le dégagement de la synéchie, qu'on accuse à tort, il est vrai, mais dont on désire débarrasser le malade en quelque sorte par acquit de conscience

## OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LA CORNÉE

## ONZIÈME LEÇON

EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS. PARACENTÈSE DE LA CHAMBRE ANTÉRIEURE. KÉRATOMIE. TRÉPANATION. TRANSPLANTATION DE LA CORNÉE.

L'opération la plus fréquente que l'on a à exécuter sur la cornée est incontestablement l'enlèvement de corps étrangers. On se renseigne sur leur siège, lorsqu'ils sont de dimensions très restreintes, en s'aidant de l'écla rage oblique. Combien de fois ne voyez-vous pas venir ici des malades qui avaient été traités pour des abrès du bord cornéen, alors qu'il ne s'agissait pas d'autre chose que d'une moilié de coque de millet ou d'un fragment d'aile d'insecte, que l'on soulève aisément de la surface cornéenne au moyen d'un stylet ou de la curette de Daviel? Ces sortes de corps étrangers, caractérisés par leur coloration particulière, sont presque toujours accolés sur le limbe conjonctival, tandis que les fragments métalliques, lancés avec une certaine force de propulsion, s'implantent en général dans le tiers moyen de la cornée, c'est-à-dire dans la portion qui est surtout à découvert, et sont susceptibles de pénétrer à une grande profondeur et mème de traverser de part en part cette membrane.

On se sert pour enlever ces petits corps métalliques d'une simple aiguille à cataracte ou d'une petite gouge creuse à bords tranchants. La tête du malade étant constamment maintenu immobile, soit par un aide, soit en ayant recours à une pression contre un plan résistant, on écarte les paupières avec le pouce et l'index, de façon à immobiliser autant

Extraction des corps étrangers.