

qu'on ait incisé l'étendue voulue. Pour le glaucome on incise le quart ou le cinquième de la circonférence de la cornée. On retire ensuite le couteau lentement et la pointe rapprochée de la face postérieure de la cornée, afin de ne pas blesser le cristallin, ce qui pourrait arriver si le couteau était tenu autrement et si l'humeur aqueuse s'échappait brusquement. Le vide qui se produit dans l'œil dans ce dernier cas n'est pas sans danger : il peut occasionner une hémorrhagie profonde.

*Deuxième temps.* Si l'iris se présente dans la plaie, on le saisit, sinon on introduit la pince droite par la plaie, si l'on a incisé la cornée du côté externe; la pince courbe, si l'on a fait l'incision en haut, en bas ou en dedans; on atteint l'iris et on en tire au dehors une portion assez considérable pour comprendre une partie du bord pupillaire; le quart de ce bord, si c'est pour un glaucome qu'on opère. Certains opérateurs remplacent la pince par un petit

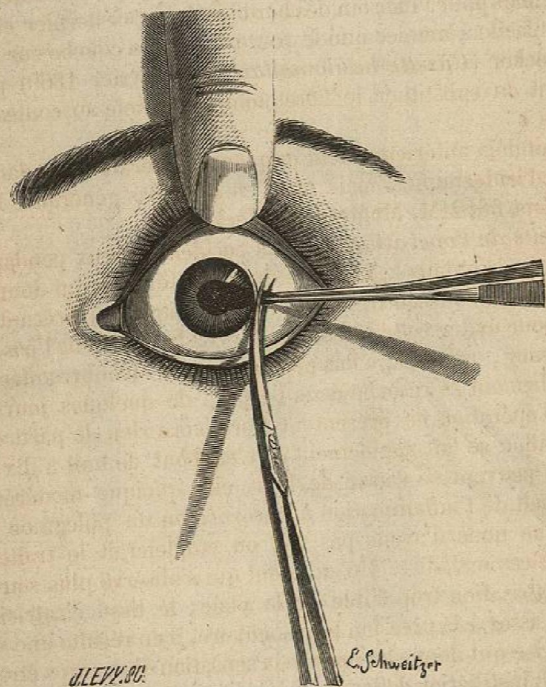


Fig. 430.

crochet, avec lequel on accroche l'iris. Cet instrument a l'inconvénient d'exposer, plus que la pince, à la blessure du cristallin.

*Troisième temps.* Avec les ciseaux courbes on excise l'iris aussi

près de la plaie que possible (fig. 430). On ferme l'œil par une bandelette de taffetas gommé et on applique des fomentations froides; dans le cas où le malade ne supporterait point le froid, on recouvrirait l'œil d'un simple bandeau.

Depuis un an, M. Monoyer a introduit à la clinique ophthalmologique de Strasbourg une modification au procédé opératoire ci-dessus décrit. Il remplace le couteau lancéolaire par le couteau à cataracte à lame étroite de Græfe (voy. *Cataracte*). Mais comme il n'est pas possible d'inciser avec cet instrument le bord externe ou interne de la cornée à cause de la saillie du bord orbitaire, M. Monoyer a fait faire, pour cet usage, un couteau à lame courbe sur le plat.

Il n'y a pas le moindre doute, que quand on opère au bord supérieur ou au bord inférieur de la cornée, le kératotome de Græfe n'expose infiniment moins à la blessure du cristallin, que le couteau lancéolaire. Mais pour l'incision des bords latéraux ce dernier est peut-être plus facile à manier que le couteau à lame courbe sur le plat.

M. Wecker (*Gazette hebdomadaire*, 26 février 1869) propose également de substituer le kératotome de Græfe au couteau lancéolaire.

On avait déjà antérieurement employé les kératotomes dans certains cas d'iridectomie, mais on n'en avait pas généralisé l'usage comme l'ont fait MM. Monoyer et Wecker.

*Accidents de l'opération.* Le seul accident sérieux pendant l'opération consiste dans la blessure du cristallin, ce qui donne lieu à une cataracte consécutive. Nous avons indiqué les précautions à prendre pour éviter cette blessure. Lors de la section de l'iris il s'écoule du sang, qui quelquefois pénètre dans la chambre antérieure. Cet épanchement se résorbe dans l'espace de quelques jours. Les suites de l'opération ne présentent d'ordinaire rien de particulier : la cicatrisation se fait rapidement, et au bout de huit à dix jours les opérés peuvent se servir de leur œil, quoique modérément. S'il survenait de l'inflammation à la cornée ou un phlegmon oculaire, ce que nous n'avons pas vu, on emploierait le traitement habituel de ces maladies. Un accident qui s'observe plus souvent, c'est la cicatrisation trop faible de la plaie; le tissu cicatriciel ne résiste pas assez à la pression intra-oculaire, il en résulte une saillie de la cicatrice qui donne au malade la sensation d'un corps étranger dans l'œil. L'instillation de laudanum et un bandage légèrement compressif, quelques légères cautérisations de la saillie avec le nitrate d'argent fondu, ont paru le mieux convenir dans ces circonstances.

*Effets de l'iridectomie dans les différentes maladies.* Les effets de l'excision de l'iris sont incontestables, mais leur explication reste encore à l'état d'hypothèse. L'excision d'une portion