

de l'iris agrandit la pupille, donne lieu à une saignée locale et diminue la pression intra-oculaire qui, dans certains cas, constitue un véritable étranglement. Ce dernier effet, immédiatement obtenu par l'écoulement du sang et de l'humeur aqueuse, semble dû consécutivement, soit à l'ablation d'une partie de la surface sécrétante de l'iris, soit au relâchement du muscle tenseur de la choroïde, soit encore à la cessation de l'irritation des nerfs sécréteurs sollicités à une hypersécrétion par la tension de l'iris, ou à l'incision d'une partie des plexus et des ganglions ciliaires, soit enfin à une modification de la circulation artérielle des membranes de l'œil dont l'iris est la plus vasculaire. De là son utilité dans les maladies dont nous allons parler, utilité qui cependant nous paraît avoir été quelquefois exagérée.

Le *glaucome* est une maladie sur la nature de laquelle on est peu d'accord. Les deux théories les plus répandues sont celles de M. Donders, qui considère le glaucome comme une irritation des nerfs sécrétoires de l'œil, d'où une hypersécrétion; et de M. de Græfe, qui envisage la maladie comme une variété de choréïdite. Quelle que soit l'opinion qu'on adopte, il est certain que dans tout véritable glaucome il existe une pression intra-oculaire exagérée. Il en résulte une dureté considérable, quelquefois presque pierreuse, du globe de l'œil; l'excavation de la papille du nerf optique, cette partie étant moins résistante que la sclérotique; la saillie de l'iris dans la chambre antérieure, son immobilité, la diminution progressive et l'abolition de la vue. Ajoutons la dilatation variqueuse des vaisseaux sous-conjonctivaux, les douleurs souvent atroces, les phénomènes photopsiques, le trouble du corps vitré, l'insensibilité quelquefois complète de la cornée, et nous aurons l'ensemble des phénomènes que présente le glaucome et qui tantôt se manifestent sous forme aiguë, et tantôt affectent une marche chronique. La perte de la vue était autrefois à peu près inévitable, malgré les médications les plus diverses. C'est l'observation attentive des faits, la théorie de l'étranglement interne, de la pression intra-oculaire exagérée, qui a conduit le professeur de Græfe à traiter le glaucome d'abord par les ponctions répétées de la cornée; et, lorsque celles-ci, malgré quelques succès, se furent trouvées trop souvent inefficaces, par un débridement plus considérable, par l'excision d'une portion de l'iris. Aujourd'hui il n'est plus permis de révoquer en doute l'immense service que l'illustre professeur de Berlin a rendu à l'humanité par son traitement du glaucome. L'opération a été faite si souvent et par tant de médecins de tous les pays, que ses indications peuvent être posées aujourd'hui.

L'iridectomie est le traitement le plus efficace du glaucome; elle

réussit surtout dans la forme aiguë, moins souvent dans le glaucome chronique, dont elle se borne la plupart du temps à faire disparaître la douleur. Le succès est d'autant plus certain que l'opération est pratiquée à une époque plus rapprochée du début de l'affection. Dans le glaucome chronique, la cécité absolue et surtout l'existence d'une cataracte glaucomateuse contre-indiquent l'opération, à moins que des douleurs vives ne persistent. L'iridectomie pratiquée dans ce cas enlève souvent la douleur, sans rétablir la vue.

L'excision de l'iris dans le glaucome doit être large et s'étendre depuis le bord pupillaire jusqu'à l'insertion de l'iris au ligament ciliaire. A cet effet il est essentiel que l'incision soit faite dans le rebord sclérotical de la chambre antérieure et non dans la cornée, et que cette incision soit étendue. Si l'opération n'est suivie que d'une amélioration insuffisante ou passagère de la vue, on aura recours à une seconde iridectomie.

L'opération dont nous venons de parler n'empêche pas l'emploi des traitements si souvent réclamés par l'état général des glaucomateux.

L'iridectomie est indiquée dans l'*iritis aiguë et chronique* lorsque les autres moyens sont restés inefficaces. L'écoulement de l'humeur aqueuse et l'hémorrhagie produite par la section de l'iris agissent favorablement sur l'inflammation, et, en agrandissant la pupille, empêchent cette ouverture d'être facilement obstruée par les exsudations qui sont le résultat habituel de l'iritis.

Dans les *ramollissements de la cornée*, dans les *ulcères kératiques* qui menacent de devenir perforants, l'iridectomie, quelquefois plus que les ponctions répétées de la cornée, enlève la pression intra-oculaire et permet à la cornée de reprendre sa consistance et de se cicatriser.

Il en est de même dans le *staphylome partiel de la cornée*. Nous avons vu l'iridectomie dissiper complètement la saillie staphylomateuse.

L'étranglement interne qui résulte du boursoufflement du cristallin à la suite de *plaies pénétrantes de l'œil* exige impérieusement l'iridectomie, qui agit ici bien plus énergiquement que la simple ponction.

Section du muscle ciliaire. M. Hancock a proposé de remplacer l'iridectomie dans le glaucome par la section du muscle ciliaire; opération qu'il décrit ainsi: « J'introduis un couteau à cataracte à la partie inférieure et externe du bord de la cornée, à l'union de cette membrane avec la sclérotique; la pointe du couteau

est poussée obliquement d'avant en arrière et de haut en bas, jusqu'à ce que les fibres de la sclérotique soient divisées obliquement dans une étendue d'environ un huitième de pouce; on divise ainsi le muscle ciliaire, et le sang s'écoule le long de la lame du couteau.»

Cette opération, qui donne rarement lieu à des symptômes fâcheux, a été employée par M. Hancock dans le glaucome, dans l'hydrophthalmie et dans les staphylomes choroïdiens.

Nous doutons qu'elle remplace avantageusement l'iridectomie dans le glaucome; l'excision de l'iris opère un débridement plus considérable, et par cela même diminue à un plus haut degré la pression intra-oculaire qui constitue le danger du glaucome.

PUPILLE ARTIFICIELLE.

L'opération de la pupille artificielle consiste à faire une ouverture à l'iris ou à déplacer la pupille pour la mettre en rapport avec une partie transparente de la cornée.

Il y a indication de pratiquer cette opération toutes les fois qu'il existe une opacité vis-à-vis de la pupille ou que celle-ci est oblitérée.

On ne doit pas y avoir recours lorsque l'œil est atrophié ou tellement altéré que la vision ne se rétablirait pas, alors même que les rayons lumineux pourraient arriver au fond de l'œil.

On proscriit l'opération quand il y a amaurose complète; celle-ci se reconnaît à l'absence des phosphènes et à l'impossibilité dans laquelle se trouve le malade de distinguer le jour de la nuit.

Lorsque la vision n'est pas complètement perdue, l'opération n'est indiquée qu'autant que le malade ne voit pas assez pour travailler et que les chances de succès paraissent très-favorables. Ceci dépend de l'altération plus ou moins considérable de l'œil.

Quand l'un des yeux est seul malade, il est prudent de n'opérer que si le malade en manifeste le désir. Quoique les accidents qu'on craignait autrefois en pareil cas, trouble de la vue par la différence de réfraction, diplopie, inflammation s'étendant à l'œil sain, soient rares, ils pourraient cependant se manifester. On peut alléguer en faveur de l'opération que lors même que les malades ne voient qu'incomplètement au moyen de leur pupille artificielle, ils sont néanmoins plus rassurés que ceux qui n'ont qu'un bon œil et ne voient rien de l'autre.

Dans la première enfance l'opération réussit moins bien; nous avons toujours trouvé l'iris moins ferme, et se laissant plus difficilement arracher de ses adhérences et tirer au dehors de la plaie cornéenne. La nouvelle pupille se ferme aussi plus facilement par des exsudations.

Historique. Cheselden, le premier, pratiqua l'opération de la pupille artificielle en 1728; néanmoins il est hors de doute que Woolhouse non-seulement en a donné l'idée, mais encore a décrit le procédé suivi plus tard par son élève. Depuis cette époque cette opération s'est peu à peu répandue, en se modifiant de bien des manières, suivant les cas qui la réclamaient, et suivant les vues des chirurgiens. Il en est résulté un nombre considérable de procédés opératoires, et une variété prodigieuse d'instruments; procédés et instruments qui n'ont plus guère aujourd'hui qu'un intérêt historique. Nous allons cependant en indiquer les principaux, en les rapportant à cinq méthodes, qui sont:

- I. *Iridotomie* (de ἴρις, τέμνω), méthode par incision de l'iris;
- II. *Iridectomie* (de ἴρις, ἐκ, τέμνω), méthode par excision de l'iris;
- III. *Iridodialyse* (de ἴρις, δια, λύω), méthode par décollement de l'iris;
- IV. *Iridencleisis* (de ἴρις, ἐν, κλείω), méthode par enclavement de l'iris;
- V. *Rétablissement de la pupille naturelle.*

I. **Iridotomie.** L'opération consiste à faire à l'iris une incision simple ou multiple, au moyen d'une aiguille, d'un couteau ou de ciseaux, que l'on fait pénétrer dans l'œil par la cornée ou par la sclérotique. C'est à cette méthode que se rapportent les procédés de Cheselden, de Weinhold, de Jurine, de Janin, de Pellier, de Reichenbach, de Richter, de Guérin, de Maunoir, de Langenbeck, de Flajani et Frattini, de Velpeau, de Guthrie, de Himly, de Carron du Villards.

II. **Iridectomie.** L'excision d'une portion plus ou moins considérable de l'iris a été faite dans l'intérieur de l'œil, l'iris restant en place, ou après qu'on avait amené l'iris au dehors de la plaie faite à la cornée. Les procédés d'excision sont dus à Wentzel, Sabatier, Arnemann, Travers, Muder, Leroy d'Étiolles, Furnari, Beer, Gibson.

III. **Iridodialyse.** On donne ce nom à une méthode qui consiste à décoller l'iris de son attache au ligament ciliaire, afin d'obtenir entre le bord décollé de l'iris et le ligament ciliaire un espace à travers lequel les rayons lumineux pourront pénétrer jusqu'à la rétine. Cette nouvelle pupille est nécessairement située au bord de la cornée.

Assalini et Buzzi ont eu la première idée de cette opération, mais c'est Scarpa et Adam Schmidt qui l'ont introduite dans la pratique.