

On décolle l'iris au moyen de pressions faites avec une aiguille à cataracte, ou en tirant sur cette membrane au moyen d'une pince ou d'un crochet, portés aussi près que possible de l'attache ciliaire. Tantôt on s'est borné à décoller simplement la membrane, tantôt on a amené au dehors la partie décollée, pour en exciser une portion ou pour la fixer dans la plaie, où elle contractait des adhérences avec la cornée. Quelquefois on incisait l'iris décollé. Les différents procédés de décollement ont été inventés par Assalini, Scarpa, Himly, Toché, Couléon, Reisinger, Græfe, Dzondi, Jüngken, Donegana, Langenbeck, Huguier.

IV. Iridencleisis. La méthode par enclavement pourrait aussi être appelée *déplacement de la pupille*. En effet, on n'agrandit point la pupille, on n'en crée pas une nouvelle, mais on déplace la pupille naturelle, en la tirant derrière une partie transparente de la cornée. Pour arriver à ce but, on fixe l'iris dans la plaie de la cornée vers laquelle on l'a tirée au moyen d'une pince ou d'un crochet, à moins qu'on ne préfère provoquer un prolapsus spontané en faisant à la cornée une incision plus longue ou une véritable perte de substance. De là les différents procédés d'Adams, de Himly, de Guépin (de Nantes), de Critchett. Ce dernier se distingue des autres en ce qu'il n'enclave que la partie moyenne de l'iris et non le bord pupillaire, qui est enclavé dans les procédés antérieurs.

V. Rétablissement de la pupille naturelle. Dans des cas exceptionnels on a pu saisir et tirer au dehors, avec une pince introduite par une incision à la cornée, une fausse membrane qui obstruait la pupille. On peut rapporter à cette méthode l'incision de la membrane pupillaire qui aurait persisté après la naissance (*procédé de Jüngken*).

Pour pratiquer les différentes opérations de pupille artificielle, les auteurs ont inventé un grand nombre d'instruments destinés à saisir l'iris ou à y faire des ouvertures; ce sont des pinces érigées, des pinces emporte-pièces, des crochets cachés dans des gaines, et nommés *coreoncion*, *iriankistron*, *labidobelonankistron*, *raphiankistron* etc. Ces instruments sont à peu près abandonnés.

Appréciation. Les nombreux procédés dont nous avons nommé les auteurs n'ont généralement qu'un intérêt historique. Nous ne les examinerons pas en particulier, nous bornant à apprécier la valeur de chacune des méthodes et à indiquer les procédés qui devront être conservés.

L'incision de l'iris, soit simple, soit cruciale ou en V, est complètement abandonnée; la tuméfaction des lèvres de la plaie et les

exsudations qui résultent de l'iritis ferment l'ouverture ainsi faite; d'ailleurs la blessure du cristallin est difficile à éviter dans cette opération. Tout au plus pourrait-on avoir recours à cette méthode dans les cas rares où après une opération de cataracte la pupille se serait fermée, et où l'iris se trouverait très-tendu par suite d'une adhérence partielle à la cornée. La grande tension des fibres favoriserait la rétraction des deux lèvres d'une plaie qu'on ferait à l'iris au moyen d'une aiguille à cataracte introduite par la cornée. Mais même dans ce cas nous croyons que l'excision est préférable.

Iridectomie. L'excision de l'iris est aujourd'hui la méthode généralement employée; le procédé de Beer est celui qu'on préfère. Voici comment on opère: avec un couteau lancéolaire droit ou courbe on fait à la cornée une incision de 0^m,005 à 0^m,006; on introduit une pince à dents ou un crochet, avec lesquels on saisit l'iris aussi près du bord pupillaire que possible; on tire au dehors de la plaie une portion assez considérable de l'iris, comprenant une partie du bord pupillaire, si faire se peut, et on excise cette portion avec des ciseaux courbes sur le plat.

L'incision se fera dans la cornée lorsqu'une grande partie de cette membrane sera restée libre; on incisera le bord sclérotical quand la portion transparente de la cornée sera peu étendue et située près de son union à la sclérotique. Lorsque le bord pupillaire est libre en totalité ou en partie, on peut se servir, pour saisir l'iris, de la pince ou du crochet; celui-ci est plus sujet à blesser la capsule cristalline; mais lorsque le bord pupillaire est complètement adhérent et que la pupille est fermée, on saisit avec la pince une portion un peu large de l'iris, on l'arrache de ses adhérences (*déchirement* de M. Desmarres), et on la tire au dehors. On n'excise jamais une portion aussi considérable que dans l'opération du glaucome; autant que possible il ne faut pas que la pupille artificielle soit plus grande que la pupille naturelle. Les altérations de l'œil nous indiquent d'ordinaire la place de la nouvelle pupille; mais si nous avons le choix, nous la placerions dans la région la plus favorable; l'ordre de prééminence est le suivant: le centre de l'iris, le côté interne, l'externe, la partie inférieure, la supérieure.

L'iridectomie occasionne peu d'accidents; l'épanchement de sang, qui souvent cache la nouvelle pupille, s'absorbe assez rapidement; les accidents inflammatoires sont peu intenses; bien rarement ils entraînent la suppuration de la cornée ou le phlegmon oculaire; assez souvent cependant ils donnent lieu à des exsudations qui obstruent la pupille artificielle et font échouer l'opération. Une autre cause d'insuccès résulte de la désorganisation antérieure de l'iris:

cette membrane est quelquefois trop molle pour être saisie et tirée au dehors ; on se borne alors à la broyer avec la pince dans une certaine étendue ; mais le succès est bien rare dans ces cas ; l'œil a trop souffert pour pouvoir reprendre ses fonctions.

Iridodialyse. Le décollement, adopté avec beaucoup de faveur à son origine, n'est plus guère usité de nos jours. On le recommandait surtout dans les cas où la portion de cornée restée transparente était peu étendue et se trouvait placée au bord même de la cornée, où par conséquent il fallait placer la pupille tout près du bord ciliaire de l'iris. Depuis qu'on sait que la sclérotique recouvre la circonférence de la chambre antérieure et que les plaies de cette membrane se cicatrisent facilement, on incise le bord sclérotical lorsqu'il s'agit de placer la pupille dans une position aussi excentrique, et on fait l'iridectomie. On reproche au décollement de déterminer des accidents inflammatoires intenses ; ce qui n'est pas aussi général qu'on l'a dit. Mais lorsque l'on a pratiqué l'iridodialyse, l'iris reprend sa position et ferme la nouvelle pupille, à moins qu'on ne joigne au décollement l'excision de la partie décollée, après qu'on l'a tirée au dehors de la plaie. Ces deux méthodes ainsi combinées ont assez souvent donné des résultats favorables ; elles sont peut-être tombées dans une désuétude trop absolue.

Iridencleisis. L'enclavement, tel qu'il était pratiqué autrefois, ne présentait aucun avantage. L'iris fixé dans la plaie de la cornée par son bord pupillaire se dégageait quelquefois et rentrait dans l'œil ; lorsque l'enclavement se maintenait, il donnait lieu à une cicatrice plus forte que celle de l'iridectomie, souvent à des accidents inflammatoires graves, et en tout cas à de l'irritation par suite de la saillie de la partie enclavée à la surface de la cornée. Ces derniers inconvénients existent encore dans le procédé que M. Critchett a proposé et qu'il a nommé *iridodesis* ou *iridodosis* ; mais ils sont contre-balancés par des avantages réels. Ce procédé a pour but de n'enclaver dans la cornée qu'une partie de la circonférence de l'iris, de laisser libre tout le bord pupillaire, afin, tout en déplaçant la pupille, de lui conserver sa contractilité, enfin d'assurer l'enclavement en jetant une ligature autour du prolapsus de l'iris. Avec une large aiguille, Critchett pénètre à travers la cornée ; il introduit par cette ouverture une pince, saisit l'iris entre son bord pupillaire et son bord ciliaire, le tire au dehors, de manière cependant à laisser le bord pupillaire dans la chambre antérieure, puis serre la partie herniée au moyen d'un fil de soie très-fin. L'iris contracte des adhérences avec les lèvres de la plaie, et la partie étranglée tombe avec le fil au bout de quelques jours. Pour faciliter la ligature, Critchett se sert d'une pince garnie d'un cône

sur lequel glisse le nœud. Schufler a inventé dans le même but une pince à branches élastiques divergentes qui serrent le nœud. Snellen fixe d'abord le fil en le passant au-dessous de la conjonctive, près de la cornée, afin de l'empêcher de glisser.

Le procédé de Critchett a le grand avantage de déplacer la pupille sans entamer le cercle interne de l'iris ; de permettre, par conséquent, à la pupille de se contracter et de se dilater. Il en résulte nécessairement une plus grande netteté de la vue qu'après l'excision d'une portion du bord pupillaire de l'iris. L'inconvénient du procédé consiste dans le tiraillement de l'iris, qui peut être assez considérable et occasionner une iritis chronique et en définitive la perte de la vue. L'iridodesis est surtout applicable dans les cas de taies centrales de la cornée, principalement lorsque ces taies ne sont pas très-étendues, que le déplacement de la pupille ne devra pas être considérable et que, par conséquent, on pourra éviter un trop grand tiraillement de l'iris.

En résumé, l'opération de la pupille artificielle se pratiquera le plus souvent par iridectomie, et dans un plus petit nombre de cas, par enclavement, suivant le procédé de Critchett.

CATARACTE.

On donne le nom de *cataracte* à l'opacité du cristallin ou de sa capsule.

Considérations anatomiques. Le cristallin est une lentille transparente située à la réunion des trois quarts postérieurs avec le quart antérieur de l'œil. Son axe répond au centre de la pupille ; sa face postérieure est plus bombée que l'antérieure. Le cristallin répond en avant à l'iris, qu'il touche dans certains cas, et dont il est séparé dans d'autres par la chambre postérieure. En arrière il repose sur le corps vitré, qui est déprimé pour le recevoir. Sa circonférence est comme embrassée par les procès ciliaires, et entourée par le canal godronné. Il est composé de bandelettes hexagonales limpides, d'autant plus larges qu'elles se trouvent plus près de la périphérie. Ces bandelettes sont courbées en ogives et disposées de manière à former à chaque surface de la lentille une étoile à trois branches ; celles-ci peuvent devenir opaques et constituer une cataracte étoilée.

Entre les parties corticales du cristallin et la capsule qui le renferme se trouve une couche de cellules qui tapisse la face interne de la capsule comme un épithélium. L'humeur de Morgagni n'existe point ; mais après la mort il se produit quelquefois un phénomène