

Le *crystallin est-il broyé et l'iris hernie*, on résèque l'iris, on extrait par pression, à la curette ou par aspiration, les parties molles de la lentille et on suture.

Les *plaies scléro-cornéennes* ont exercé la sagacité et l'ingéniosité des ophtalmologistes. Un grand nombre de procédés opératoires leur sont applicables.

Appelé de bonne heure, après anesthésie locale ou générale et aseptie, on peut suturer sur la plaie la conjonctive ou bien la sclérotique et la conjonctive. La suture conjonctivale isolée convient aux plaies peu étendues, peu béantes. La suture sclérale s'applique aux vastes plaies.

On doit toujours respecter la profondeur de la sclérotique et réséquer ou repousser l'iris, le corps ciliaire ou le vitré herniés. Une compression attentive, modérée et prolongée est généralement de rigueur. Les fils seront enlevés, sauf inflammation, seulement après cinq ou six jours.

IX. — Ablation des corps étrangers.

§ 492. — Superficiels, les corps étrangers de la cornée seront facilement extraits avec la gouge ou des pinces, l'aiguille à cataracte, la pointe d'un bistouri, une forte aiguille à coudre. Profonds, on les enlèvera par l'extérieur en portant une aiguille ou la pointe d'un couteau de de Græfe dans le tissu cornéen, en arrière du corps étranger, et en le projetant d'arrière en avant. On peut aussi faire une paracentèse, s'ils font saillie en arrière de la cornée, et les pousser avec une spatule de dedans en dehors pendant qu'avec une aiguille ou une pince on cherche à les extraire. On pourra ainsi saisir les corps étrangers de la chambre antérieure et de la face antérieure de l'iris. Une iridectomie est nécessaire si le corps étranger est incrusté dans un segment irien. Enfin l'extraction du cristallin s'impose quand le corps étranger est dans la lentille et provoque des troubles septiques ou glaucomeux.

Les corps étrangers du vitré ou du fond de l'œil réclament

des interventions complexes. Les morceaux de fer et d'acier peuvent être enlevés surtout avec un aimant ou un électro-aimant.

CHAPITRE V

IRIS

L'iridotomie de Woolhouse (1745) fut la première opération pratiquée sur l'iris. Cet auteur pénétrait avec une aiguille par la sclérotique, mais son procédé demeure assez obscur. Cheselden, qui suivit et modifia l'iridotomie, agissait également par la sclérotique, à la faveur d'une petite incision.

Ces opérations exposant à des blessures graves du corps ciliaire, Heuermann, puis Reichenbach agirent par la cornée. Jusqu'alors toutefois l'iridotomie se trouvait réservée aux occlusions pupillaires et notamment à celles qui étaient consécutives à l'opération de la cataracte.

Bientôt on reconnut que l'iridotomie laissait beaucoup à désirer, car l'orifice artificiel s'obturait. On tenta de la pratiquer en forme de croix et d'autres manières encore, mais sans beaucoup plus de succès. On était en voie de trouver l'iridectomie. Déjà Reichenbach avait ouvert avec un trépan, une brèche à travers l'iris et Janin, une fois, en avait excisé un lambeau; Adhélius (1765) exécutait l'iridectomie pour des taies de la cornée et pratiquait la première pupille artificielle; Richter enfin posa les indications de cette opération.

Au commencement du XIX^e siècle, il faut noter un petit recul. Après avoir observé que dans une iridodialyse traumatique, une vision assez favorable pouvait s'effectuer à travers la nouvelle pupille créée par le détachement de l'iris, certains auteurs et parmi eux Assalier (1786) le premier, puis Himly, s'efforcèrent de la réaliser. Langenbeck modifia cette opéra-

tion en attirant l'iris détaché et en l'enclavant dans la plaie ; c'était l'iridenklésis. Desmarres faisait une opération à peu près identique, par l'iridorrhéxis, et Critchett par l'iridodesis.

Toutes ces opérations, dangereuses par leurs suites, sont heureusement tombées dans l'oubli. Il nous reste seulement l'iridotomie, indiquée, en certains cas, après l'opération de la cataracte, et surtout l'iridectomie dont les applications sont très multipliées. Un des grands titres de gloire de de Græfe sera d'avoir découvert l'effet curatif de l'iridectomie dans le glaucome et de l'avoir combinée, comme Daviel et Wenzel père, à l'extraction de la cataracte.

I. — Iridotomie.

§ 493. — L'iridotomie ou iritomie se pratique surtout dans un but optique ; toutefois, après l'extraction du cristallin et consécutivement aux atrésies pupillaires inflammatoires, cette opération devient à la fois optique et antiphlogistique.

Indications. — Cataractes centrales, zonulaires, luxations du cristallin ; atrésie et occlusion pupillaire après destruction ou ablation de la lentille.

Instruments. — Écarteur, pince à fixation, couteaux linéaires et triangulaires, pinces à iridectomie et ciseaux de de Wecker, spatule irienne.

Opération. — 1° *Iritomie intra-oculaire.* L'œil aseptisé, anesthésié et fixé, on fait une incision linéaire de 5 à 6 millimètres au point opposé au siège choisi pour l'iritomie et on laisse s'écouler lentement l'humeur aqueuse. Les ciseaux mousses de de Wecker sont ensuite introduits, délicatement, si le cristallin est encore en place, dans la chambre antérieure ; légèrement entr'ouverts, une branche en avant et une branche en arrière du sphincter irien, ils font une section de 1 ou 2 millimètres qui prend une forme en V. Si une petite hernie se produit, on la réduit avec la spatule. Ce procédé est délicat et

provoque aisément la blessure de la capsule et une cataracte traumatique.

Si le cristallin est absent ou luxé, quand la pupille est obturée, il suffit, après kératectomie, d'introduire les ciseaux à branche pointue de de Wecker ; on enfonce la branche aiguë à la périphérie et en arrière de l'iris, dans le vitré, on maintient l'autre branche en avant et on sectionne la membrane. Dans les cas où l'iris est aminci par l'inflammation ou doublé d'exsudats inflammatoires empêchant toute rétraction, de Wecker fait une triple incision triangulaire, la première parallèle à la kératectomie, avec le couteau, la seconde et la troisième convergentes, avec les ciseaux, puis il extrait la partie irienne ainsi détachée : c'est alors l'*irito-ectomie*.

2° *Iritomie extra-oculaire.* — Appelée encore *ab externo* (De Vincentiis), *précornéenne* (Schoeler) ou *à ciel ouvert* (Lagrange), elle est surtout applicable aux cataractes zonulaires ou polaires peu étendues.

On fait à la lance une incision linéaire de 5 à 6 millimètres, vers le limbe, au point où l'on veut sectionner l'iris, puis, avec la pince, on attire le sphincter à l'extérieur et on le sectionne avec les ciseaux de de Wecker, une branche en avant et l'autre en arrière. L'iris sectionné rentre enfin dans la chambre antérieure ou on l'y ramène doucement, avec la spatule.

II. — Iridectomie.

§ 494. — L'iridectomie est une opération qui consiste dans l'ablation d'une portion plus ou moins grande de l'iris.

Indications. — Occlusions pupillaires, adhérences irido-capsulaires, iritis à rechutes avec hypertonie, glaucomes, leucomes simples ou adhérents ; préparation à l'extraction d'une cataracte.

Instruments. — Écarteur, pince à fixation, couteaux linéaires et triangulaires, pinces à iridectomie, ciseaux de de Wecker, spatule irienne.

Opération. — Kératotomie. 1° Avec la lance. L'œil préparé et fixé, on incise vers le limbe scléro-cornéen, au niveau du méridien choisi, normalement à la surface cornéenne; on enfonce fermement la pointe jusqu'à ce qu'elle apparaisse dans la chambre antérieure puis on relève cette pointe en abaissant le manche, on la maintient parallèlement à l'iris et on la dirige vers la pupille. L'incision doit être linéaire, nette et égale de chaque côté du méridien de ponction. Quand elle est terminée, on dirige la pointe du couteau vers la cornée en abaissant le manche et on la retire lentement en donnant graduellement issue à l'humeur aqueuse, en soutenant la surface de l'iris et au besoin en agrandissant latéralement l'incision

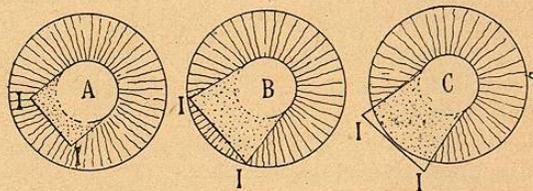


Fig. 95. — Iridectomies.

II, incisions cornéennes; A, centrale; B, périphérique; C, scléro-cornéenne.

avec le tranchant correspondant. Si l'incision est un peu étroite, on peut l'élargir encore avec le couteau coudé ou avec des ciseaux mousses.

2° Avec le couteau linéaire. On agit au niveau du limbe scléro-cornéen et, par ponction perpendiculaire à la surface cornéenne, dans la chambre antérieure. Dès que la pointe a pénétré, ce qu'on sent au défaut de résistance ou ce qu'on voit, on place l'instrument parallèlement à la surface irienne et horizontalement, de manière à aller pratiquer la contre-ponction en un point symétrique du limbe. La contre-ponction faite, on sectionne la cornée en ayant soin que la suture soit nette, régulière et peu oblique.

Excision irienne. — La pince à fixation étant maintenue par un assistant, on relève, s'il y a lieu, le lambeau conjonc-

tival et on étanche le peu de sang résultant de l'incision, puis on introduit la pince à iris, fermée, dans la chambre antérieure en refoulant l'iris et on pénètre jusque vers le sphincter pupillaire. A ce niveau on laisse la pince s'ouvrir plus ou moins largement, on appuie légèrement et on serre les branches en saisissant un pli irien qu'on attire au dehors. Si des adhérences existent, on saisit largement et fortement l'iris puis on exerce des tractions excentriques lentes et soutenues. Si enfin l'iris a fait issue en même temps que l'humeur aqueuse au moment de l'ouverture de la chambre antérieure, on le saisit avec une pince droite et on le sectionne.

L'iris étant amené au niveau de la plaie cornéenne, le sphincter en dehors, on peut le couper plus ou moins complètement, d'un trait ou en plusieurs fois. La section en bloc le long de la plaie cornéenne donne l'iridectomie dite, *en trou de serrure*, qui convient lorsque l'on poursuit un but optique. La section en deux temps est plus périphérique, plus régulière et plus complète; c'est l'iridectomie anti-glaucomeuse. On coupe l'iris vers un angle de la plaie et perpendiculairement au sphincter, on attire un peu à soi le lambeau irien, puis on le coupe encore, perpendiculairement au sphincter, vers l'autre angle de la plaie. On étanche le sang, on débarrasse la plaie des caillots, on réduit très exactement les portions iriennes non excisées, et on applique un pansement contentif.

Complications de l'iridectomie. — 1° Avant l'opération. La chambre antérieure petite ou nulle, exige l'emploi du couteau; nulle, elle comporte une section cornéenne de dehors en dedans au scarificateur (Gayet) ou avec un bistouri quelconque.

Brudenell Carter et Darier proposent de pratiquer, dans ce cas, une petite paracentèse en dedans et en dehors, puis de faire la kératotomie avec un couteau mousse à travers les deux incisions latérales.

Avec un couteau étroit de Wecker, on peut généralement éviter ces manœuvres complexes et réaliser malgré tout une kératotomie suffisante.

L'iris est parfois atrophié, adhérent à la cornée ou au cristallin et se déchire facilement; il faut alors le saisir largement et exercer des tractions lentes et soutenues avant de l'exciser.

2° *Pendant l'opération.* Une hémorrhagie notable peut survenir pendant la section cornéenne ou l'excision de l'iris. L'eau froide, la compression en viendront aisément à bout.

Une plaie insuffisante sera agrandie; si on ne peut introduire les pinces pour saisir l'iris on doit amener le sphincter au dehors avec un crochet et l'exciser ensuite.

Quand on glisse entre les lames la cornée au lieu de pénétrer dans la chambre antérieure, on en est quitte pour retirer le couteau et ponctionner plus normalement.

Le cristallin peut se luxer ou se subluser, par rupture de la zone de Zinn, au moment de la détente oculaire que produit l'issue de l'humeur aqueuse. Il survient ultérieurement de la rougeur, de la tension, et une perte plus ou moins complète de l'œil. On doit s'efforcer, par compression sur le disque cristallinien, de le réduire et de le maintenir en place. On peut encore piquer le cristallin et faire une cataracte traumatique qu'on devra surveiller et extraire. On a vu enfin, à la suite de tractions iriennes, dans le cas où il y a adhérences irido-capsulaires larges, se produire une issue complète du cristallin par déchirure capsulaire; on se contentera alors de faire une toilette du champ pupillaire comme après une opération de cataracte.

3° *Après l'opération.* En dehors des douleurs, des tiraillements ciliaires et des accidents glaucomateux produits par des enclavements, on voit aussi se former une *cicatrice cystoïde*. Celle-ci a lieu surtout quand on agit très périphériquement ou trop largement dans le glaucome. Les angles iriens mal coupés, la périphérie du sphincter mal réséquée, la tension oculaire augmentée font que la plaie scléro-cornéenne ne se ferme guère et que la cicatrice, gonflée, saillante, prend un aspect vésiculaire cystoïde, transparent.

La compression ne suffit pas pour la faire disparaître et on doit la réséquer ou l'inciser surtout si elle contient des por-

tions d'iris, ce qu'on reconnaît à la teinte noire. Toutefois cette cicatrice peut être utile. Elle est très filtrante et serait favorable à la cure du glaucome. En toutes circonstances il vaut mieux l'éviter.

III. — Irido-dialyse.

§ 495. — Elle a pour objet l'arrachement d'un lambeau irien et pour but d'éviter une cicatrice leucomateuse au niveau de la partie transparente de la cornée. Une ouverture est faite dans la portion opaque voisine du lambeau irien à enlever; la pince est ensuite introduite, saisit vigoureusement la portion d'iris et l'arrache largement.

IV. — Corélyse.

§ 496. — Elle consiste dans la rupture des synéchies postérieures. Avec la spatule de Streatfield ou le crochet de Weber, après paracentèse sur le milieu du rayon cornéen opposé à la synéchie, on sépare délicatement l'iris de la cristalloïde antérieure.

Passavant fait auparavant une incision très oblique dans l'épaisseur de la cornée, au niveau de la synéchie et, avec une pince soulève l'iris, le détache, puis l'abandonne.

V. — Traitement des tumeurs, Corps étrangers, Blessures.

§ 497. — Les *tumeurs* de l'iris, tubercules, gommès, relèvent du traitement médical ou bien, comme les sarcomes, comportent l'iridectomie ou l'énucléation.

Les *corps étrangers* sont enlevés simplement, après paracentèse, avec la pince ou l'électro-aimant; s'ils paraissent trop

incrustés, on pratique l'iridectomie de la portion membraneuse qui les supporte.

Les *blessures* n'exigent qu'un traitement médical, et, s'il y a trop d'irrégularités ou de l'infection, une iridectomie.

CHAPITRE VI

CRISTALLIN

Les anciens pratiquaient le déplacement, dépression ou abaissement, et il est probable qu'ils ont connu l'extraction. Un passage de Galien ne semble guère laisser de doutes à cet égard et ce serait Anthyllus et Latyrion qui auraient réalisé dès lors l'idéal de la méthode; mais les détails du procédé ne sont pas parvenus jusqu'à nous. En tous cas, le même Anthyllus a indiqué la succion et l'a pratiquée; Abulcasis, qui décrit le procédé, dépeint en même temps l'aiguille creuse qui servait à l'opération. Pendant le moyen âge et plus tard, jusqu'au xviii^e siècle, l'opération de la cataracte ne subit pas d'importantes modifications. On pratiquait alors l'abaissement du cristallin en pénétrant par la sclérotique et en allant enfoncer l'aiguille dans la partie postérieure de la lentille. Dans certains cas de cataractes molles, où le cristallin ne pouvait se déplacer, les anciens chirurgiens se contentaient de déchirer la capsule.

Enfin survint Daviel qui préconisa l'extraction. En 1752, après avoir groupé un grand nombre de faits, il publia son premier mémoire et donna la description de sa méthode. Il avait eu cependant des précurseurs, car, sans parler des opérations anciennes d'Anthyllus ou des médecins arabes, une première extraction avait été pratiquée en 1707 par Saint-Yves, une seconde par J.-L. Petit en 1708, une troisième aussi par Duddel en 1728. Toutefois, dans ces cas, il s'agissait

de cristallins tombés dans la chambre antérieure, c'est-à-dire de faits spéciaux où l'extraction s'impose naturellement; on sait d'ailleurs que c'est l'exécution de l'extraction dans un cas semblable, faite à Marseille en 1743, qui en suggéra à Daviel l'idée générale. Les faits isolés n'ayant pas grande portée et le propre du génie étant d'en tirer une application méthodique, Daviel reste bien le créateur et le vulgarisateur de l'extraction de la cataracte. Il ouvrait la cornée avec un couteau lancéolaire, puis agrandissait la plaie de chaque côté avec des ciseaux courbes et détachait ainsi les deux tiers de la cornée. Il pratiquait la discision et extrayait le cristallin en manœuvrant, d'une part, sa curette, de l'autre, un instrument décoiffeur du cristallin avec lequel il soulevait l'iris pour faciliter la sortie du noyau.

L'extraction ne s'imposa pas sans difficultés, mais enfin elle prit place dans la pratique et bientôt devint prépondérante.

Le premier enthousiasme pour cette méthode une fois passé, les chirurgiens se laissèrent impressionner par les nombreux accidents qui s'observaient à la suite de cette opération (hernie du vitréum, enclavements de l'iris, accidents glaucomateux, panophtalmie) et, au lieu de chercher tout d'abord à l'améliorer dans son exécution, retournèrent à la méthode ancienne.

Toutefois Conradi, qui avait exécuté avec succès une discision par la voie cornéenne, avait montré que ce chemin pouvait être suivi sans péril. Les opérateurs modifièrent donc le procédé ancien en ce sens qu'ils préconisèrent l'abaissement par la voie cornéenne; de plus, quand la cataracte était molle, ils se contentaient de diviser la capsule antérieure (discision). Cette méthode fut proposée par Buckkorn de Magdebourg sous le nom de *kératonyxis*, et un certain nombre de chirurgiens du commencement de ce siècle, Dupuytren, Langenbeck l'adoptèrent avec faveur; le dernier même ajouta heureusement à cette opération l'instillation préalable d'un collyre mydriatique. On distinguait dans cette méthode *la réclinaison par kératonyxis* quand on refoulait le cristallin