

seule; l'œil, privé d'action, n'acquiert pas son volume accoutumé, et la faculté visuelle finit par se perdre. Ces phénomènes sont à peu près accomplis à l'âge de douze ans. De douze à quinze ans, suivant Saunders, l'opération ne restitue guère aux malades que la sensation confuse de la lumière; de là l'urgence d'opérer de bonne heure, du premier au deuxième mois, selon Lawrence; suivant Middlemore, du sixième au dix-huitième mois. Cependant Desmarres dit avoir opéré un vieillard de soixante-douze ans, d'une cataracte congénitale de l'œil droit, et lui avoir rendu la vue. Il eût été bon de dire quel degré de vue. Du reste, l'œil gauche avait toujours été bon jusque-là.

Chez les enfants, l'œil étant extrêmement mobile, et la cornée plus épaisse et plus rapprochée de l'iris, l'extraction est contre-indiquée, du moins par le procédé ordinaire. Si l'on était sûr que la cataracte fût liquide, on pourrait essayer l'écoulement par le procédé de Pellier; Desmarres semble aussi recommander la dissection de la capsule; mais en général l'extraction linéaire simple ou le broiement offre plus de sécurité. Le manuel opératoire est le même que chez l'adulte; seulement l'enfant doit être maintenu avec plus de soin. On le couche sur une planche étroite; on l'y fixe à l'aide d'une bande roulée, qui le prend des épaules jusqu'aux pieds en serrant surtout les genoux et les coudes, pour s'opposer à tout mouvement; et on le place ainsi sur un lit ou un meuble d'une hauteur convenable.

Passé l'âge de douze ans, la cataracte étant devenue membraneuse, on l'opère comme telle, en faisant à la cornée une petite incision propre à laisser passer des serretelles, avec lesquelles on attire la cataracte au dehors.

Desmarres insiste sur la nécessité, chez les jeunes enfants, lorsque la cataracte est double, d'opérer les deux yeux dans la même séance, afin de leur rendre à la fois la même force visuelle, et d'éviter le strabisme ou la perte d'un œil pour la vision. Plus on se rapproche de la naissance, plus on a de chances d'atteindre ce but; chez les sujets de quinze mois, et à plus forte raison plus tard, on ne réussit à rendre une bonne vue qu'à un seul œil, l'autre restant toujours dévié.

Un peu plus tard, après l'opération la mieux réussie, on a à lutter contre l'habitude des enfants qui se dirigent plutôt avec le toucher qu'avec les yeux, et il faut faire l'éducation de la vue. Dupuytren avait recours à un moyen fort simple: il fixait les mains de l'enfant derrière le dos, et lui ôtant ainsi le secours d'un sens, le forçait à se servir de l'autre.

ARTICLE VI

DE LA FORMATION D'UNE PUPILLE ARTIFICIELLE

Anatomie chirurgicale. — L'iris, tendu comme un voile entre la cornée et le cristallin, est éloigné de 2 millimètres environ de la première vers son centre, et s'en rapproche jusqu'au contact à sa circonférence. En arrière, il est contigu à la capsule cristalline, en sorte qu'il est difficile de ne pas léser celle-ci, même en agissant sur l'iris par sa face antérieure, et que la lésion en est inévitable quand on agit par la face postérieure. Enfin l'iris est continu par sa grande circonférence au cercle ciliaire et aux procès ciliaires.

L'opération de la pupille artificielle se pratique lorsqu'il y a oblitération congénitale ou accidentelle de la pupille, ou encore quand l'opacité centrale de la cornée ne permet plus à la lumière de traverser la pupille naturelle. On fait alors une ouverture à l'iris, soit par une simple division, soit en le décollant à sa circonférence, soit en attirant et retenant une portion de son tissu au dehors, ce que l'on appelle *enclavement*; soit par excision.

Enfin depuis 1856 l'excision de l'iris ou iridectomie a été appliquée à la guérison d'une affection de l'œil, mal définie dans sa nature, le glaucome aigu, et elle constitue pour beaucoup d'oculististes un temps de l'opération de la cataracte.

Le sujet sur lequel doit être pratiqué la pupille artificielle est placé comme pour l'opération de la cataracte. On écarte les paupières avec l'ophthalmostat et l'œil est maintenu immobile avec les pinces fixatrices.

PREMIÈRE MÉTHODE. DIVISION DE L'IRIS OU IRIDOTOMIE. — Cheselden se servait d'une aiguille plus large que celle à cataracte, et n'ayant de tranchant que d'un côté. Il la plongeait au travers de la sclérotique, à un millimètre du rebord de la cornée transparente, lui faisait traverser presque toute la chambre postérieure; arrivé aux deux tiers et à la partie postérieure de l'iris, il retournait la pointe contre cette membrane, de façon à la couper en travers et en entamer assez, en retirant l'instrument, pour faire une incision horizontale, de laquelle il devait résulter une prunelle oblongue plus ouverte dans le milieu qu'aux deux pointes, à peu près figurée, mais à contre-sens, comme celle des chats (Morand). Sharp a modifié le procédé de Cheselden, en enfonçant l'instru-

ment d'arrière en avant dans la chambre antérieure pour inciser l'iris d'avant en arrière.

Janin ouvrait la cornée avec le couteau, traversait l'iris avec la pointe d'une branche de ciseaux courbes et fins et incisait l'iris.

Wenzel agissait de même, mais pour l'incision substituait le couteau aux ciseaux.

L'incision avec l'aiguille est quelquefois très difficile; l'iris flasque et flottant fuit devant l'instrument, et se laisse plutôt déchirer sous la pression que diviser par le tranchant. De là un résultat purement accidentel d'abord, qui a fini par s'élever au rang de procédé. Une déchirure simple équivaut en effet à peu près à une incision; une déchirure à lambeau à une incision en V ou en demi-cercle. Laugier, dans un cas d'occlusion de l'iris après l'extraction de la cataracte, divisa la cornée, porta l'aiguille sur le lieu de l'ancienne pupille, et y fit un trou par déchirure; l'opération réussit.

DEUXIÈME MÉTHODE. DÉCOLLEMENT ou IRIDODIALYSE. — Scarpa pratiquait le décollement simple; mais on l'a associé à l'incision, et comme il sera dit plus tard, à l'enclavement et à l'excision.

1° *Décollement simple. Procédé de Scarpa.* — On plonge l'aiguille à cataracte à travers la sclérotique, comme pour l'abaissement, et on la conduit jusqu'à la partie supérieure et interne de la circonférence de l'iris, près du muscle ciliaire. Alors on tourne la pointe de l'instrument en avant; on traverse le bord de l'iris de manière que la pointe paraisse à peine dans la chambre antérieure, de peur d'intéresser la cornée, et l'on presse sur l'iris de haut en bas et de dedans en dehors, parallèlement à sa surface antérieure. On détache ainsi l'iris de ses connexions ciliaires dans l'étendue qu'on juge convenable, depuis 6 millimètres jusqu'au tiers de sa circonférence. Si l'on n'obtient pas ainsi un décollement suffisant, on accroche l'iris aux extrémités de la scission déjà obtenue, pour l'agrandir avec plus de facilité.

D'autres ont préféré introduire l'aiguille par la cornée, ce qui n'a pas grande importance. Mais l'expérience a fait voir que l'iris simplement décollé, est sujet à reprendre sa position et ses attaches; de là le procédé suivant.

2° *Décollement combiné avec l'incision. Procédé de Donegana.* — Il se sert de l'aiguille falciforme, qu'il introduit par la cornée ou par la sclérotique; décolle l'iris comme dans le procédé

précédent, puis incise de la circonférence au centre la partie décollée.

TROISIÈME MÉTHODE. ENCLAVEMENT ou IRIDÉSIS. — Cette méthode a d'abord été pratiquée en vue de déplacer ou d'allonger la pupille naturelle; on l'a ensuite appliquée à la fixation au dehors d'un lambeau décollé ou déchiré.

1° *Extension de la pupille naturelle. Procédé d'Adams.* — Quand l'iris est à l'état normal, avec la cornée opaque au centre; on fait à celle-ci une petite incision près de la sclérotique; après quoi l'on provoque, par une légère pression, la procidence d'une portion de l'iris, qu'on attire au dehors avec des pinces, autant qu'il est nécessaire pour l'empêcher de rentrer.

Procédé d'Himly. — La cornée divisée comme il a été dit, on va saisir avec un crochet le bord pupillaire de l'iris, et on l'attire entre les lèvres de la plaie.

Procédé de Guépin. — Après une incision de 5 millimètres à la cornée, il en excise un très-petit lambeau avec un emporte-pièce spécial; laisse ensuite la hernie de l'iris s'y faire toute seule, ou la favorise en oignant la paupière supérieure d'extrait de belladone; et retient l'iris au dehors en provoquant des adhérences à l'aide du nitrate d'argent, avec lequel il touche la hernie à partir du troisième ou quatrième jour.

2° *Enclavement combiné avec le décollement. Procédé de Langenbeck.* — Il fait, vers le centre de la cornée, une très-petite ouverture, qui ne permette pas à l'iris de se retirer une fois qu'il aura été attiré au dehors. Par cette ouverture, il introduit un petit crochet; il perce avec son crochet la circonférence de l'iris, et le décolle doucement dans l'étendue convenable, en attirant le lambeau dans la plaie de la cornée. Quand ce lambeau est assez engagé et assez fortement pincé par la cornée pour qu'on n'ait pas à craindre qu'il se retire, on ôte l'instrument, et l'opération est finie. L'iris contracte des adhérences solides avec la cornée, et la pupille ne saurait s'oblitérer. Comme le danger de déchirer l'iris est d'autant plus à craindre qu'on attire une plus grande portion de cette membrane au dehors, l'ouverture de la cornée doit être aussi rapprochée que possible du lieu du développement, assez loin toutefois pour que

l'opacité qui surviendra ne nuise point au passage des rayons lumineux à travers la nouvelle pupille.

Procédé de Critchett. — Il fait une ponction à la cornée près de la sclérotique avec une large aiguille, saisit l'iris avec une pince, attire un peu en dehors la partie saisie et l'y fixe en l'entourant d'une ligature. La partie herniée est coupée après deux ou trois jours.

Snellen fait l'incision dans la sclérotique et passe d'avance le fil dans la conjonctive. Waldau a cru devoir imaginer pour serrer le nœud une pince spéciale. Von Wecker ne fait pas de ligature et engage l'iris dans une petite ouverture faite à la sclérotique. C'est en somme le procédé d'Adams décoré du nom d'iridokleisis.

QUATRIÈME MÉTHODE. DÉGAGEMENT DU BORD PUPILLAIRE. CORÉOLYSIS. — L'opération imaginée par Streatfeild a pour but de



FIG. 448.

Crochet de Streatfeild.

dégager le bord pupillaire des adhérences contractées avec la capsule antérieure du cristallin. On fait une ponction à la cornée au milieu de l'espace compris entre sa circonférence et celle de la pupille. Par cette ouverture on introduit un petit crochet mousse (fig. 448) qu'on engage par la pupille derrière l'iris pour détruire les synéchies existantes. Ces manœuvres exposent beaucoup à la rupture de la capsule cristalline et à une cataracte consécutive.

CINQUIÈME MÉTHODE. EXCISION. IRIDECTOMIE. — Elle peut se pratiquer, ou bien à la faveur d'un lambeau taillé sur la cornée, ce qui permet de porter les instruments sur l'iris resté en place; ou bien en faisant sortir l'iris à travers une petite incision de la cornée ou de la sclérotique, pour l'exciser à l'intérieur. Le premier procédé a été complètement abandonné, l'excision à l'extérieure est seule pratiquée aujourd'hui, que l'iridectomie soit faite pour former une pupille artificielle, pour combattre le glaucome, ou pour faciliter l'extraction d'un cristallin cataracté.

Beer faisait à la cornée, près de la sclérotique, une incision de

2 millimètres; l'humeur aqueuse s'écoule, l'iris fait hernie par la plaie; on le saisit avec une pince ou un crochet fin et à l'aide de ciseaux courbes on l'excise au ras de la plaie. Ce procédé est très simple, mais fréquemment la plaie est trop étroite et l'iris ne

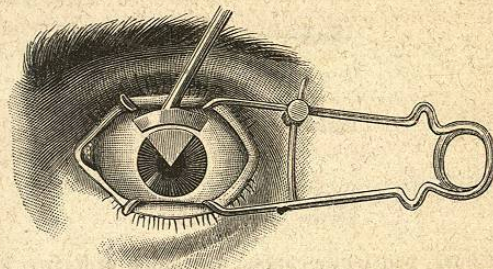


FIG. 449.

Iridectomie (contre le glaucome). Incision de la cornée.

s'y engage pas. Pour amener l'issue de l'iris au dehors, Gibson conseillait d'exercer une légère pression sur le globe oculaire; il vaut mieux, ainsi qu'on le fait aujourd'hui, aller chercher l'iris avec une pince très fine et l'amener au dehors.

L'importance qu'a prise l'iridectomie nous oblige à la décrire avec quelque détail.

Les instruments nécessaires sont un ophthalmostat pour écarte les paupières, une pince fixatrice, un couteau lancéolé, une pince à iris et des ciseaux courbés sur leur bord.



FIG. 450.

Couteau lancéolé droit.

Le couteau lancéolé est droit (fig. 450) lorsque l'iridectomie est faite du côté externe; mais si l'ouverture de la cornée est faite sur un autre point et surtout dans la partie supérieure, le couteau doit être coudé à angle obtus (fig. 451) pour que l'opérateur ne soit pas gêné par la saillie du nez ou de l'orbite. La lame ne doit pas être trop large afin que l'ouverture profonde de la cornée corresponde autant que possible à celle qui est faite à sa face su-

perficielle. On pourrait même se servir du couteau à cataracte de Von Graefe.

La pince à iris est droite ou courbe (fig. 452), terminée par des

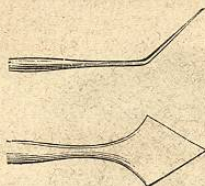


FIG. 451.

Couteau lancéolé coudé.

dents très fines, construite comme une pince ordinaire à disséquer, ou à branches croisées et articulées (fig. 453).

Les ciseaux ordinaires à iris sont minces et coudés sur un de

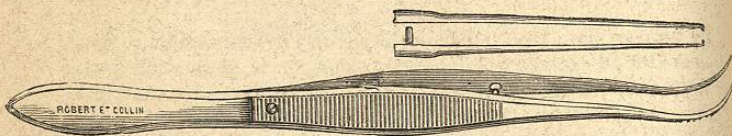


FIG. 452.

Pinces à iridectomie.

leurs bords ou courbés sur le plat. Lorsqu'on opère sur l'œil gauche, le chirurgien placé devant et sur le côté du malade se sert de la main droite pour aller chercher l'iris avec la pince et l'attirer au



FIG. 453.

Pince à iridectomie.

dehors; il devrait alors ou confier à un aide le temps un peu délicat de la section de la portion saillante de l'iris ou tenir les ciseaux de la main gauche, et l'on sait combien il est difficile de

faire une section nette avec des ciseaux ordinaires tenus de la main gauche. C'est afin de permettre au chirurgien de faire lui-même la section de l'iris qu'on a récemment imaginé des ciseaux construits sur le modèle d'une pince à disséquer et dont les lames articulées se rapprochent par une simple pression (fig. 454).

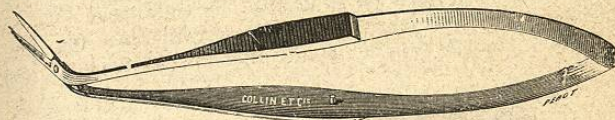


FIG. 454.

Ciseaux à iridectomie.

Voyons maintenant la manœuvre opératoire. Le malade étant couché et anesthésié, les paupières écartées par l'ophtalmostat et l'œil immobilisé au moyen de la pince fixatrice, le chirurgien fait avec le couteau lancéolaire droit (supposons une iridectomie externe) une ponction dans la sclérotique à 1 millimètre du bord de la cornée (fig. 455), le manche de l'instrument dirigé un peu du côté de la tempe afin de ne pas blesser l'iris. On pousse la

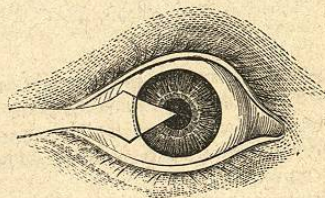


FIG. 455.

Iridectomie. — Incision cornéenne.

lame dans la chambre antérieure jusqu'à ce qu'on ait fait à la sclérotique une ouverture suffisante. On retire alors le couteau, mais avec lenteur pour éviter une issue trop rapide de l'humeur aqueuse et une diminution trop brusque de la pression intraoculaire. En le retirant on abaisse et on relève le manche, de façon à faire pivoter sur elle-même la lame encore engagée dans la plaie, afin d'agrandir l'ouverture profonde faite à la sclérotique, ouver-

ture plus petite que l'externe en raison de la forme triangulaire de l'instrument.

Assez souvent l'iris fait hernie; si cela n'a pas lieu, on introduit dans la chambre antérieure la pince maintenue fermée, on l'ouvre, on saisit l'iris et on l'entraîne au dehors.

La section de l'iris doit être faite avec le plus grand soin et le plus près possible de la plaie afin d'éviter l'enclavement des parties voisines de la perte de substance. De cette façon l'iris est détaché et sectionné jusqu'à la grande circonférence (fig. 456), condition à laquelle tous les ophthalmologistes attachent, lors-

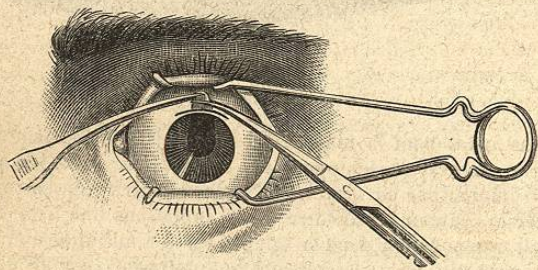


FIG. 456.

Iridectomie. — Section de l'iris.

qu'il s'agit surtout du glaucome, une grande importance. S'il restait une partie de l'iris engagée dans les lèvres de la plaie, de légères frictions sur l'œil au travers de la paupière fermée, ou l'instillation de quelques gouttes de collyre à l'ésérine feraient disparaître l'enclavement.

Lorsque l'iridectomie est faite pour créer une pupille artificielle, la perte de substance faite à l'iris peut être beaucoup moins considérable. Elle doit autant que possible être faite en dedans, afin de rapprocher la nouvelle pupille de l'axe visuel; au contraire, pour le glaucome et la cataracte, l'iridectomie sera faite de préférence en haut (fig. 456). L'ouverture étant cachée en grande partie par la paupière supérieure, la difformité sera moins apparente et la trop grande quantité de rayons lumineux entrant dans l'œil sera avantageusement diminuée.

Appréciation. — Disons, avant tout, que l'opération de la pu-

pille artificielle est peut-être la plus incertaine de toutes celles qui se pratiquent sur les yeux. Non seulement l'incision ou la perforation peuvent être oblitérées par l'inflammation et le rapprochement des bords de la plaie; mais il peut s'y former de toutes pièces une pseudo-membrane; et l'on risque encore de déterminer une cataracte traumatique, sans compter le péril plus grave de l'inflammation de tout le globe oculaire.

Si nous abordons maintenant la comparaison des procédés, la division de l'iris est de tous celui qui mérite le moins de confiance. Elle a réussi cependant, mais dans des cas où la contractilité de l'iris permettait aux lèvres de la division de s'écarter, et où l'inflammation ne venait pas les rapprocher ensuite.

Le décollement souffre à peu près les mêmes reproches. Combiné avec l'incision, il semble réunir les avantages des deux méthodes, et réunit aussi bien toutes leurs chances d'insuccès.

Lorsque la pupille est libre, l'enclavement qui tend à l'allonger et à la déplacer est séduisant au premier abord; toutefois on cherche en vain quel avantage il a sur l'excision, et Desmarres a vu l'iris hernié déterminer un staphylôme partiel de la cornée. Quant à l'enclavement combiné avec le décollement ou la déchirure d'un lambeau de l'iris, trop évidemment c'est un procédé incomplet, et l'on ne voit pas pourquoi on s'attacherait à retenir au dehors un lambeau qu'il est si facile d'exciser.

L'excision l'emporte donc d'une manière générale sur les autres méthodes; quant au choix du procédé, à part ce qui en a été dit, il doit être dicté par les conditions spéciales de la cornée et de l'iris.

En dehors de son application à la création d'une pupille artificielle on peut dire que l'*iridectomie* est une des opérations dont on a le plus abusé et l'abus ne me paraît pas encore près de disparaître. Pour la plupart de ceux qui, sans avoir fait de chirurgie générale, se consacrent au sortir des bancs de l'école à l'étude et à la pratique exclusives de l'ophthalmologie, l'iridectomie est devenue une ressource opératoire, qu'ils emploient un peu à tort et à travers lorsqu'ils ne peuvent se rendre un compte exact des causes d'une amblyopie ou d'une inflammation profonde de l'œil. Lorsque Von Græfe eut fait connaître l'ensemble des symptômes auquel il donna le nom de glaucome aigu et proposa l'iridectomie comme le meilleur moyen de diminuer la tension intra-oculaire et l'inflammation des parties profondes, lorsqu'il eut même, au début, proposé l'iridectomie comme une opération préventive de l'inflammation pouvant suivre d'autres opérations comme la cataracte, ce fut à qui pratiquerait l'excision de l'iris et le

Dublin quarterly journal a pu intituler une revue critique sérieuse : De l'iridectomie épidémique. Von Græfe avait bien constaté l'excès de tension intra-oculaire, coïncidant avec l'excavation de la papille et d'autres symptômes que je n'ai pas à rap- peler, mais il ne pouvait expliquer à quoi était dû cet excès de pression qu'il attribuait à une augmentation dans le volume des milieux. De même il put constater les bons effets produits par l'iridectomie sans pouvoir expliquer le mécanisme de la gué- rison ; tous seulement étaient d'accord sur un point, c'est qu'il fallait atteindre le grand cercle de l'iris sous peine d'échouer et pour cela la ponction devait porter sur la sclérotique. J'ai publié en 1864 à la Société de chirurgie et en 1872 au congrès de Bordeaux mon opinion sur la nature du glaucome aigu ; je crois avoir montré qu'il s'agit d'une sécrétion morbide de la séreuse oculaire, d'un épanchement séreux confiné entre la sclérotique et la choroïde et produisant, avec une tension intra-oculaire exagérée, une apparence d'excavation de la papille. J'ai montré que l'évacuation de l'épanchement par une ponction faite à la sclérotique fait disparaître les symptômes. J'ai pu constater qu'en même temps que la ponction donnait issue à de la sérosité l'apparente excavation de la papille disparaissait, et j'ai pu dans des cas aigus et récents ramener presque immédiatement la vision affaiblie ou perdue. Si l'iridectomie réussit, et si elle ne réussit qu'à la condition de porter sur la grande circonférence ; si elle échoue lorsque l'on reste en deça, c'est que l'opération, pratiquée suivant les indications de Von Græfe a pour effet d'ouvrir la loge où la sérosité épanchée se trouve retenue, ou tout au moins de permettre sa transsudation facile à l'extérieur, au travers de la mince couche formée par le muscle ciliaire et d'arri- ver à l'extérieur par l'ouverture faite à la sclérotique. Pour moi donc, la paracentèse sclérale doit, dans le traitement du glau- come aigu, être substituée à l'iridectomie.

ARTICLE VII

OPÉRATIONS QUI INTÉRESSENT TOUT LE GLOBE OCULAIRE

Ces opérations sont des résections de la cornée ou de la sclé- rotique, avec évacuation partielle ou totale des humeurs de l'œil, ou enfin l'extirpation de l'œil lui-même ; j'ajouterai quelques mots sur la pose d'un œil artificiel.

I. — De la résection de la cornée.

Elle se pratique dans plusieurs circonstances, comme pour éva- cuer l'œil dans le cas de suppuration profonde ; mais surtout dans le cas de staphylôme opaque de la cornée. Je parlerai d'abord de cette dernière affection.

Le staphylôme de la cornée résulte d'une altération chronique

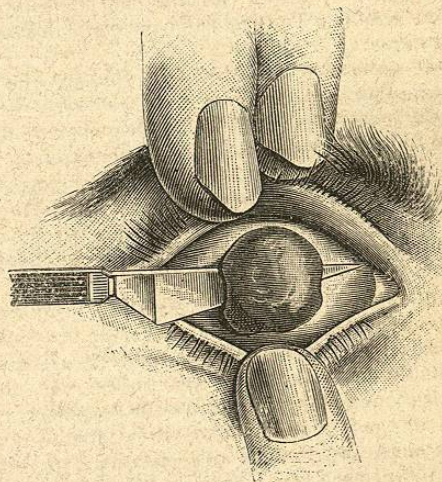


FIG. 457.

Opération du staphylôme. — Incision.

avec ramollissement de la cornée, puis de sa propulsion au dehors par une sécrétion surabondante de l'humeur aqueuse. Lorsqu'il est léger et indolent, l'intervention de la chirurgie n'est nullement nécessaire ; mais lorsqu'il a envahi toute la cornée, et qu'il proémine au delà des paupières jusqu'à exciter de vives douleurs, il est urgent de le réprimer.

Quelques-uns se bornent à l'inciser en travers : Nélaton, qui a adopté ce procédé, dit que la guérison est plus prompte et le moignon plus régulier. Mackenzie dit que l'incision n'est qu'un palliatif ; il y a probablement ici une confusion. L'incision simple