

après l'iridectomie, on s'imagine avoir formé un beau colobome noir; mais, au moyen de l'éclairage latéral, on se convainc bientôt qu'au lieu d'être noir il est d'un brun sombre, c'est-à-dire couvert de pigment. Dans ce cas, l'effet de l'opération sur la vue est nul. Il arrive aussi fréquemment que, dans les cas de synéchie postérieure totale, on ne parvienne pas du tout à entraîner l'iris dans la plaie pour l'exciser. Car, d'un côté, il est si fragile et, de l'autre, si solidement adhérent au cristallin, qu'on doit se contenter d'arracher avec la pince de petits lambeaux de l'iris, au lieu de l'entraîner dehors. Dans cette occurrence, aussi bien que lorsque le feuillet pigmentaire est resté en place, il n'y a pas d'autre parti à prendre que d'enlever en même temps le cristallin, même s'il est encore transparent; 5° le prolapsus du corps vitré s'observe dans l'iridectomie, surtout quand la zonule est malade, comme, par exemple, dans la luxation du cristallin ou l'hydrophtalmie, ou bien lorsque l'on opère chez de petits enfants, chez lesquels la zonule est encore très délicate.

III. — IRIDOTOMIE.

§ 158. — L'iridotomie consiste à inciser simplement l'iris, sans en exciser un lambeau, ce qui distingue cette opération de l'iridectomie. Son but est de pratiquer une ouverture dans l'iris, pour créer une nouvelle pupille. Comme l'incision de l'iris intéresserait en même temps le cristallin situé derrière lui, et qu'ainsi elle produirait une cataracte traumatique, l'iridotomie est une opération qui ne convient que pour des yeux privés de leur cristallin. Le plus souvent, il s'agit d'yeux qui ont été opérés de la cataracte, mais dont l'acuité visuelle s'est ultérieurement perdue de nouveau par iridocyclite. Dans ces cas, l'iris forme avec la membrane exsudative et la cataracte secondaire un diaphragme solide, qui sépare la chambre antérieure du corps vitré. Pour rétablir la vue, il faut percer ce diaphragme. On peut y arriver au moyen d'une simple incision, dirigée de façon à couper le diaphragme perpendiculairement à l'endroit de sa plus forte tension. Alors la section s'entre-bâille par la rétraction de ses lèvres, et il se produit une pupille en forme de fente (pupille de chat). L'opération se pratique :

a) Au moyen du *couteau de Græfe*. On le pousse à travers la cornée et le diaphragme, et l'on coupe ce dernier perpendiculairement à la direction de sa plus forte tension. Cette méthode n'est pourtant applicable que lorsque le diaphragme n'est pas trop dense; s'il en était autrement, le couteau rencontrerait une forte résistance et, en faisant des tentatives pour sectionner le diaphragme, on tirerait le corps ciliaire, ce qui pourrait être le point de départ d'une nouvelle iridocyclite;

b) Au moyen des *pincettes-ciseaux de Wecker*. Avec le couteau lancéo-

laire, on pratique près du bord cornéen une ponction, par où l'on introduit les pincettes-ciseaux fermés dans la chambre antérieure. Arrivé là, on ouvre l'instrument et, avec la branche aiguë postérieure, on perce le diaphragme, tandis que la branche antérieure reste dans la chambre antérieure. Ensuite, on pousse encore un peu les pincettes-ciseaux, on ferme et on coupe ainsi le diaphragme perpendiculairement à la direction de la plus grande tension. Cette opération est plus sérieuse que la première et ordinairement accompagnée de perte du corps vitré. En revanche, elle n'occasionne aucun tiraillement, puisqu'on fend ici le diaphragme, absolument comme l'on coupe en deux une feuille de papier.

L'iridotomie échoue souvent, à cause de la trop grande résistance du diaphragme, qui peut même quelquefois être ossifié. D'autre part, un résultat, très beau immédiatement après l'opération, peut se perdre lorsque l'iridotomie, réveillant l'iridocyclite, provoque la formation de nouveaux exsudats qui oblitèrent la pupille nouvellement créée. Pour cette raison, avant de recourir à une iridotomie, on attend, autant que faire se peut, que tous les symptômes inflammatoires aient disparu, bien entendu, si aucune circonstance étrangère, telle que la protrusion de l'iris, l'hypertonie ou un début d'atrophie de l'œil n'oblige à procéder plus tôt à l'opération.

Pour sectionner l'iris sans danger pour le cristallin, lorsque celui-ci existe encore, on peut recourir à l'*iridotomie extraoculaire*. On fait, à la lance, une incision dans le limbe, comme pour une iridectomie, on attire l'iris et on le sectionne dans une direction radiée (du bord pupillaire au bord ciliaire); on le rentre alors dans la chambre aqueuse. On a ainsi pratiqué dans l'iris un orifice en V; aussi recourt-on à ce procédé, au lieu d'une iridectomie optique, quand on veut obtenir un tout étroit colobome.

Il est encore possible de faire une iridectomie, lorsque le cristallin est en place et sans le blesser, dans le cas où l'iris bombe en avant (par suite d'une séclusion de la pupille), parce qu'ici un grand intervalle, la chambre postérieure agrandie, sépare l'iris du cristallin. On peut pratiquer dans ce cas l'iridectomie en faisant la *transfixion* de l'iris. On introduit un couteau de Græfe à 1 millimètre environ en dedans du bord temporal de la cornée, on le pousse dans la chambre antérieure et l'on sort au point symétrique du côté nasal. Les points d'entrée et de sortie siègent dans le méridien horizontal de la cornée; le couteau est tenu de façon que son manche soit parallèle à la base de la cornée. Mais l'iris est fortement propulsé en avant; le couteau, en pénétrant, le rencontre d'abord dans sa moitié temporale, puis dans sa moitié nasale, aux endroits où il est le plus saillant, et y fait des trous. Ceux-ci restent béants et rétablissent la communication entre les deux chambres; l'iris reprend sa position normale et la tension oculaire redevient physiologique. On peut donc recourir à cette opération, à la place de l'iridectomie,

quand l'iris est projeté en masse en avant ; on peut également la pratiquer comme opération provisoire, afin de faire plus tard l'iridectomie dans de meilleures conditions.

IV. — DISCISION DE LA CATARACTE.

a) Discision des cataractes molles.

§ 158. — La discision d'une cataracte molle a pour but d'ouvrir la cristalloïde antérieure, pour provoquer la résorption du cristallin. La discision se pratique au moyen de l'aiguille falciforme (fig. 316, 6) que l'on pousse à travers la cornée (kératonyxis) (1). L'endroit où l'on ponctionne est le centre du quadrant inféro-interne de la cornée, dans lequel on plonge l'aiguille normalement à la surface cornéenne. Une fois l'aiguille arrivée dans la chambre antérieure, on la pousse jusqu'à la capsule antérieure du cristallin que l'on déchire, en y pratiquant une ou plusieurs incisions, au niveau de la pupille préalablement dilatée au moyen de l'atropine. Il faut manier l'aiguille délicatement, sans exercer de pression, mais en lui imprimant de simples mouvements de levier. En outre, les incisions ne doivent pas pénétrer profondément dans le cristallin. Ensuite on retire l'aiguille rapidement pour éviter l'écoulement de l'humeur aqueuse.

Après l'opération, l'humeur aqueuse pénètre, par la plaie de la cristalloïde, dans le cristallin qui se tuméfie et se résorbe graduellement, ainsi que nous l'avons expliqué en détails à propos de la cataracte traumatique (voir p. 505). En effet, la discision n'est autre chose que l'imitation d'une blessure de la capsule cristallinienne, telle qu'elle se produit si souvent par accident.

La discision convient pour toutes les cataractes molles, c'est-à-dire pour toutes celles qui sont susceptibles d'une complète résorption, parce qu'elles ne possèdent pas de noyau dur. Tel est le cas chez les enfants et les jeunes gens. On peut pratiquer aussi la discision dans les cataractes qui contiennent encore quelques parties transparentes, pour en obtenir l'opacification complète par l'action de l'humeur aqueuse. La plus fréquente de ces cataractes est la cataracte périnucléaire.

Enfin on emploie la discision également pour supprimer le cristallin encore transparent, dans le cas de myopie forte. Dans ces cas, la discision peut suffire ; on doit attendre la résorption graduelle des masses cristalliniennes, qui prend souvent plusieurs mois ; souvent une nouvelle discision est nécessaire. Mais on peut également pratiquer la discision

(1) *вѣтревъ*, ponctionner.

comme opération préparatoire destinée à rendre possible l'extraction du cristallin ; c'est un moyen de raccourcir la durée du traitement. Alors on fait une large discision, afin d'obtenir une opacification et un gonflement rapides du cristallin. Dès que le moment favorable est arrivé — ce qui prend de quelques jours à quelques semaines — on fait sortir, par une extraction linéaire, le cristallin ramolli et désagrégé.

Le principal avantage de la discision réside dans l'innocuité de l'opération même et la simplicité du traitement consécutif. En effet, comme la petite piqûre de la cornée se referme aussitôt, le patient n'est pas forcé de garder le lit après l'opération et peut déjà, dès le lendemain, enlever le pansement. Lorsque tout se passe normalement, la seule chose qui reste à faire est de maintenir la pupille dilatée par l'atropine, jusqu'à ce que la résorption soit terminée. Aussi la discision est la plus sûre des opérations de cataracte applicables aux petits enfants, auxquels on ne peut pas imposer la tranquillité après l'opération.

Après cette opération, diverses circonstances peuvent se présenter qui rendent nécessaire une nouvelle intervention du médecin. Celle-ci est réclamée tantôt par une tuméfaction trop violente, tantôt, au contraire, par un arrêt du gonflement et de la résorption du cristallin.

La *tuméfaction trop violente* du cristallin peut dépendre d'une incision trop large de la capsule, qui permet à l'humeur aqueuse d'envahir le cristallin sur une trop grande étendue. D'autres fois, le cristallin est doué d'une propension spéciale à se tuméfier, qui se remarque même après de petites incisions capsulaires. Le gonflement trop rapide peut avoir pour conséquence soit une hypertonie, soit une iritis. L'hypertonie se manifeste par l'aspect mat de la surface cornéenne, l'augmentation palpable de la tension oculaire et souvent l'apparition de douleurs. Si on ne la combattait pas, elle finirait par entraîner une amaurose par excavation du nerf optique. Quant à l'iritis, elle se développe en partie sous l'influence de la pression exercée sur l'iris par les masses cristalliniennes tuméfiées, en partie par une irritation chimique. L'hypertonie aussi bien que l'iritis sont à craindre, particulièrement chez les personnes âgées qui supportent plus difficilement le gonflement cristallinien. On prévient ces accidents, en maintenant au moyen de l'atropine la pupille très large, afin de diminuer, autant que possible, le contact des masses cristalliniennes gonflées avec l'iris. On combat le plus efficacement le gonflement exagéré, en appliquant des compresses glacées, dont l'action est, d'ailleurs, antiphlogistique en même temps. Mais le meilleur moyen de prévenir les conséquences du gonflement exagéré du cristallin est d'extraire les masses tuméfiées. Si l'on avait eu d'emblée l'intention de pratiquer cette extraction, on doit être satisfait de voir le cristallin se gonfler

rapidement. Mais si l'on désire s'en tenir à la discision, on doit faire, dans la cristalloïde, une section peu étendue, afin d'éviter une imprégnation tumultueuse du cristallin par l'humeur aqueuse.

A l'inverse des cas précités, il y en a d'autres où, dès le début, le gonflement et la résorption se manifestent d'une manière *insuffisante*. Il s'agit alors de cristallins moins susceptibles de se gonfler, tels qu'on les rencontre particulièrement chez les individus âgés. Ailleurs encore, tout va bien au début; mais, lorsqu'une partie du cristallin s'est résorbée, la tuméfaction et la résorption s'arrêtent. Ordinairement, ce fait dépend de ce que la capsule s'est cicatrisée et qu'ainsi la communication entre l'humeur aqueuse et les fibres cristalliniennes est interrompue. Dans l'un comme dans l'autre cas, l'on doit répéter la discision, mais alors il faut y aller plus hardiment que dans la première opération et ouvrir la capsule sur une plus grande étendue.

La discision est *contre-indiquée*:

1° Chez les gens âgés, car leurs cristallins possèdent déjà un noyau et, en outre, ils supportent mal le gonflement du cristallin;

2° Dans la subluxation du cristallin, qu'on reconnaît parce qu'il tremblote. Dans ce cas, l'exécution de la discision est matériellement impossible, car le cristallin insuffisamment fixé cède devant l'aiguille à discision;

3° Lorsque la cristalloïde est considérablement épaissie, car alors aussi l'aiguille à discision luxerait le cristallin plutôt que de déchirer la capsule;

4° En présence de synéchies postérieures qui empêchent la dilatation de la pupille par l'atropine. Dans ce dernier cas, il faudrait faire précéder la discision d'une iridectomie.

b) Discision de cataractes membraneuses (dilacération).

§ 160. — Par la discision des cataractes membraneuses, on ne cherche pas à en obtenir la résorption, puisque les cataractes ratatinées ne contiennent que peu ou point de matières résorbables. Le but qu'on se propose, en déchirant la cataracte membraneuse, est de pratiquer une ouverture libre. Cette opération porterait donc mieux le nom de dilacération de la cataracte. Elle peut s'exécuter soit par la cornée, soit par la sclérotique.

Quand on choisit la *cornée* (kératonyxis), la ponction se fait au centre du quadrant inféro-externe de cet organe, comme dans la discision d'une cataracte molle. Alors on pousse l'aiguille et l'on perfore la cataracte que l'on tâche de déchirer, en imprimant à l'aiguille des mouvements de

levier dans tous les sens, de façon à obtenir la plus grande ouverture possible.

Pour opérer par la *sclérotique* (scléronyxis), on enfonce une aiguille à discision perpendiculairement dans la sclérotique, à 6 millimètres en arrière du bord externe de la cornée, un peu au-dessous du méridien horizontal, et on la pousse de manière qu'après avoir traversé la membrane cataractée, la pointe en vienne apparaître dans la chambre antérieure, tout près du bord externe de la pupille. Ensuite, on exécute des mouvements de levier de façon que la pointe de l'aiguille se meuve d'avant en arrière, et l'on cherche ainsi à déchirer la cataracte aussi largement que possible. La différence entre la discision par la voie sclérale et celle par la voie cornéenne consiste en ce que, par la première de ces méthodes, il est possible d'exercer, avec l'aiguille, plus d'efforts sur la cataracte, ce qui est surtout désirable quand il s'agit de cataractes membraneuses épaisses.

La discision convient pour toutes les cataractes membraneuses, à la condition qu'elles ne soient pas trop épaisses et qu'il n'y ait pas de trop larges synéchies postérieures. La discision est fréquemment pratiquée consécutivement à l'extraction de la cataracte, dans le but de faire disparaître une cataracte secondaire.

Le scléronyxis ne convient que pour les cas où il n'existe que peu ou pas de substance cristallinienne susceptible de se tuméfier. Dans les cataractes molles, complètes, qui doivent se gonfler et se résorber, on ne doit pas faire la discision par la sclérotique. En effet, il faudrait, pour atteindre la cristalloïde antérieure, que l'aiguille traversât le cristallin d'outre en outre et désagrègeât celui-ci; il se produirait évidemment un gonflement rapide, et, de plus, on courrait le risque de luxer le cristallin en opérant.

La dilacération d'une cataracte membraneuse est une opération peu dangereuse lorsqu'il n'y a pas d'adhérences entre la cataracte et l'iris. Dans le cas contraire, le tiraillement de l'iris peut avoir pour conséquence le développement d'une iridocyclite consécutive. On ne doit donc avoir recours à la simple discision que lorsque la membrane est si mince qu'elle se laisse rompre sans le moindre tiraillement. Lorsque la membrane est plus épaisse, on peut appliquer la méthode imaginée par Bowman. Pour cela, on enfonce simultanément deux aiguilles l'une près du bord interne, l'autre près du bord externe de la cornée; ensuite on fait pénétrer les pointes des aiguilles dans le milieu de la membrane, et, par des mouvements de levier, on les écarte l'une de l'autre. De cette manière, la membrane se déchire, de telle façon que le point tirillé se trouve entre les pointes des deux aiguilles, c'est-à-dire au milieu de la cataracte, et l'iris est préservé de tout tiraillement. Un autre moyen d'éviter le tiraillement pendant l'extraction consiste, au lieu de déchirer la membrane avec une aiguille, à la sectionner avec un

couteau de Graefe très tranchant, introduit par la cornée. Lorsque les adhérences sont très nombreuses, la discision doit souvent être précédée d'une iridectomie.

V. — EXTRACTION DE LA CATARACTE.

§ 161. — L'extraction de la cataracte a pour but de faire sortir de l'œil le cristallin, instantanément et aussi complètement que possible. Elle consiste essentiellement en trois temps : 1° faire une incision dont les dimensions soient en rapport avec la grosseur et la consistance de la cataracte. L'incision peut être pratiquée soit dans la cornée, soit dans la sclérotique ; 2° ouvrir la cristalloïde antérieure pour livrer passage au cristallin ; 3° expulser le cristallin en exerçant une pression sur l'œil. — Dans beaucoup de cas, on y ajoute un quatrième temps : exciser un lambeau de l'iris. Généralement l'iridectomie s'exécute immédiatement après l'achèvement de l'incision.

Les méthodes d'extraction les plus employées sont :

a) L'extraction linéaire simple.

Comme la discision, l'extraction linéaire simple s'emploie tant dans les cataractes molles que dans les cataractes membraneuses et s'exécute par conséquent suivant deux méthodes différentes :



FIG. 328. — Extraction linéaire simple. Gross. 2/1. — La pupille est dilatée par l'atropine.

1° Pour opérer une cataracte *molle*, on enfonce le couteau lancéolaire au bord inférieur de la cornée, au niveau du limbe, et en tenant la lame parallèle au bord de la cornée. Alors on fait avancer la lance jusqu'à ce que la plaie ait une longueur de 4 à 7 millimètres. L'incision doit siéger au bord inférieur de la cornée (fig. 328, SS'). Ensuite on déchire la capsule cristallinienne dans une grande étendue au niveau du champ de la pupille préalablement dilatée par l'atropine. On peut se servir, pour ouvrir la capsule, de l'aiguille à discision, d'un crochet pointu (fig. 316, 4) ou d'une pince capsulaire (fig. 316, 14). Alors on expulse les masses cristalliniennes, en déprimant, au moyen de la curette de Daviel, le bord périphérique de la plaie. Par cette manœuvre, d'une part on soumet le contenu du globe à une pression plus forte ; d'autre part, on entre-bâille la plaie. Cette manœuvre est répétée tant que toutes les parties du cristallin ne sont pas expulsées de l'œil. Si l'on emploie l'extraction linéaire pour une

cataracte à laquelle on a déjà pratiqué une discision, qui donc est déjà tuméfiée, on n'a évidemment plus à ouvrir la cristalloïde.

2° L'incision se pratique de la même manière quand on veut opérer une *cataracte membraneuse*. Alors, à travers la plaie, on passe un crochet aigu ou une pince, on saisit la membrane cataractée et on l'entraîne hors de la plaie.

Les avantages de l'extraction simple de la cataracte consistent en ce que la section est courte et qu'elle traverse obliquement la cornée, d'où il suit qu'elle se ferme facilement, qu'une iridectomie est inutile et que l'opération n'exige pas de traitement consécutif sévère. D'autre part, à cause de la brièveté de l'incision, cette méthode ne convient qu'aux cataractes membraneuses ou molles, c'est-à-dire à celles qui ne possèdent pas un noyau dur, qu'on ne parviendrait que difficilement ou pas du tout à expulser par une pareille plaie.

b) L'extraction à lambeau.

§ 162. — Dans cette opération, on pratique une incision arciforme de l'étendue nécessaire pour pouvoir expulser de grosses cataractes dures. Elle comporte quatre temps :

Premier temps. *Section*. — Elle s'exécute au moyen du couteau de

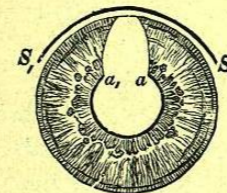


FIG. 329. A. — Extraction à lambeau avec iridectomie 2/1. — SS, incision sclérale, concentrique au bord cornéen; aa', angles du colobome en place.

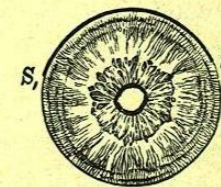


FIG. 329. B. — Extraction à lambeau cornéen sans iridectomie. Gross. 2/1. — SS, incision de la cornée, située partout exactement dans le limbe. La pupille a été fortement rétrécie par l'ésérine. En raison de ce miosis intense, le cercle de la pupille est un peu irrégulier, et le liséré pigmenté un peu élargi.

Graefe. On enfonce celui-ci à la limite scléro-cornéenne en S (fig. 329, A.), de manière que le tranchant en soit dirigé en haut. On le pousse ensuite à travers la chambre antérieure jusqu'au point de contre-ponction S'. Celui-ci doit être situé exactement vis-à-vis du point de ponction ; l'un et l'autre sont placés à une hauteur telle que l'incision forme un lambeau comprenant le quart supérieur et même le tiers de la cornée. La contre-ponction faite, on achève la section par des mouvements de va-et-vient, de manière à sectionner partout la sclérotique immédiatement