

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

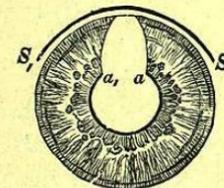


FIG. 329. A. — Extraction à lambeau avec iridectomie 2/1. — SS', incision sclérotale, concentrique au bord cornéen; aa', angles du colobome en place.

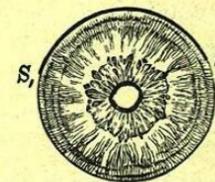


FIG. 329. B. — Extraction à lambeau cornéen sans iridectomie. Gross. 2/1. — SS', incision de la cornée, située partout exactement dans le limbe. La pupille a été fortement rétrécie par l'ésérine. En raison de ce miosis intense, le cercle de la pupille est un peu irrégulier, et le liséré pigmenté un peu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

derrière le limbe. Dès que la sclérotique est coupée, le couteau n'est plus couvert que par la conjonctive, que l'on sectionne de façon à en former un lambeau de 2 millimètres de largeur environ. Pour cela, il est bon de relever rapidement le couteau pour couper aussitôt la conjonctive, sans quoi cette membrane, très extensible et par conséquent difficile à traverser, se détacherait de la sclérotique et l'on ferait un lambeau trop large.

Deuxième temps. *Iridectomie*. — Après avoir renversé sur la cornée le lambeau conjonctival, pour avoir l'incision à découvert, on y introduit la pince à iridectomie, on saisit l'iris au niveau de son bord pupillaire, on l'entraîne et on le coupe d'un coup de ciseaux.

Troisième temps. *Ouverture de la capsule*. — On l'exécute au moyen de la pince kystitome, dont les fines dents sont dirigées en arrière (fig. 316, 14). On introduit la pince fermée dans la chambre antérieure jusqu'à ce qu'elle ait atteint le milieu de la pupille. Arrivée à ce point, on l'ouvre, et, par une douce pression, on saisit un lambeau de capsule aussi large que possible, et on l'amène hors de la plaie.

Quatrième temps. *Expulsion du cristallin*. — On applique la *curette de Daviel* sur la partie tout à fait inférieure de la cornée, parallèlement à la plaie, et l'on exerce une légère pression d'avant en arrière et de bas en haut. Au lieu de la curette, on peut également se servir du doigt, à l'aide duquel on presse sur la région du bord inférieur de la cornée, par l'intermédiaire de la paupière. Il faut cesser la pression dès que le plus grand diamètre du cristallin a dépassé la plaie.

L'opération terminée, on procède à la *toilette* de l'œil. Les débris de cataracte restés dans l'œil, ainsi que le sang extravasé sont expulsés au moyen d'un massage exercé par la paupière inférieure. A l'aide de la spatule, on fait rentrer dans la chambre antérieure l'iris faisant saillie dans la plaie, de manière à obtenir un colobome régulier (voir p. 865); on replace convenablement le lambeau conjonctival et on procède au pansement de l'œil.

Des quatre temps de l'opération, on peut, dans des cas appropriés, supprimer le second et faire l'opération *sans iridectomie*. Dans ce cas, après l'opération, l'iris doit être soigneusement réduit; ensuite, on instille de l'ésérine, pour obtenir la contraction de la pupille et prévenir un prolapsus irien consécutif.

Il y a *indication* d'exécuter l'extraction à lambeau dans toutes les cataractes qui possèdent un noyau dur et pour lesquelles ne conviennent ni la discision ni l'extraction linéaire simple. La section s'exécute en haut; de cette manière, dans le cas d'une iridectomie, le colobome se trouve au même endroit et il est recouvert par la paupière supérieure. Telle que

nous l'avons décrite plus haut, la section est assez large pour suffire à l'extraction des plus grosses cataractes. Lorsque l'on a à opérer une cataracte dont on sait d'avance que le noyau est petit, on peut réduire la plaie d'autant.

Pour ce qui regarde l'incision, les différents opérateurs ne sont pas d'accord, les uns la placent dans la cornée transparente (fig. 329, B), auquel cas il n'y a pas de lambeau conjonctival, d'autres la placent dans la partie de la cornée recouverte par le limbe ou même dans la sclérotique voisine (fig. 329, A), de telle sorte que, une fois la sclérotique coupée, le couteau rencontre la conjonctive et y découpe un lambeau. Le lambeau conjonctival possède l'avantage de s'agglutiner très rapidement avec la sclérotique sous-jacente. Il ferme la plaie au dehors, avant que les lèvres de la plaie cornéenne ou scléroticale se soient réunies, et les préserve ainsi d'une infection ultérieure.

De même que l'on discute sur la position de la plaie, de même on n'est pas d'accord sur le point de savoir s'il faut opérer avec ou sans iridectomie.

L'opération sans iridectomie a pour avantage de laisser au patient une pupille ronde et mobile; par contre, l'opération ainsi exécutée entraîne maints inconvénients qui rétrécissent le cercle des indications de l'extraction sans iridectomie: 1° sans iridectomie, l'expulsion du cristallin est plus difficile, car il faut le faire passer par une pupille peu large, ce qui exige une pression plus forte. Cette méthode ne convient donc pas dans les cas où le dégagement du cristallin doit être facile, comme, par exemple, dans le tremblement du cristallin où toute pression un peu forte aurait pour conséquence la rupture de la zonule et de l'hyaloïde avec prolapsus du corps vitré; 2° l'extraction sans iridectomie ne convient pas pour les cas de cataractes compliquées, qui sont reliées à l'iris par des synéchies; 3° en dépit de l'instillation d'ésérine, un prolapsus de l'iris peut se produire dans les jours qui suivent l'opération. Dans ce cas, on est obligé d'exciser peu après le prolapsus. L'extraction sans iridectomie ne convient donc pas pour les cas où il existe beaucoup de tendance à la hernie de l'iris, ni dans les cas où l'on ne peut pas compter sur la tranquillité du patient après l'opération. Il arrive qu'après avoir examiné toutes ces conditions, on se décide à faire une extraction sans iridectomie et que l'on se voit forcé, au cours de l'opération, à exciser l'iris. C'est le cas, par exemple, quand la portion pupillaire de l'iris est tellement peu souple (c'est fréquent chez les vieillards), que la cataracte ne peut traverser la pupille et qu'il faut élargir celle-ci par une iridectomie. D'autres fois, la sortie du cristallin a bien réussi, mais l'iris montre une disposition à faire hernie hors de la plaie, même si on le rentre avec soin. Alors mieux

vaut l'exciser aussitôt, que de s'exposer à un prolapsus ultérieur. On peut donc dire : l'extraction à lambeau cornéen sans iridectomie dans des conditions favorables donne les résultats les plus parfaits, mais ne convient pas à tous les cas ; elle n'est souvent pas possible et, à cause du danger du prolapsus consécutif de l'iris, elle ne comporte pas la sécurité presque absolue de l'extraction à lambeau scléral avec iridectomie.

ACCIDENTS DE L'OPÉRATION DE LA CATARACTE. — Des accidents de différentes natures peuvent gêner l'extraction de la cataracte ou la faire échouer. Un grand nombre d'entre eux doivent être mis sur le compte de l'opérateur. Lorsque la section est trop courte, ou que la capsule n'est pas suffisamment ouverte, le dégagement du cristallin devient difficile ou impossible. Alors on doit élargir la section dans une plus grande étendue. Si, avec les instruments, l'opérateur exerce une trop forte pression soit sur l'œil en général, soit sur l'iris ou le cristallin en particulier, la zonule se rompt et le corps vitré s'échappe. A mesure que l'opérateur gagne en adresse, ces désagréables accidents deviennent plus rares. D'autres fois, au contraire, ils dépendent de l'état anormal de l'œil opéré, et alors il n'est pas au pouvoir de l'opérateur de les éviter. Sous ce rapport, l'accident le plus fréquent est le *prolapsus du corps vitré*. Celui-ci survient lorsque la zonule se rompt. Souvent cette rupture se produit, parce que le patient lui-même serre violemment les paupières et exerce ainsi une pression sur le globe. En outre, elle arrive, lorsque, déjà avant l'opération, la zonule était altérée, ce qui s'observe surtout dans la cataracte trop mûre et la cataracte compliquée. La gravité de la hernie du corps vitré, pour la suite de l'opération, varie selon que l'accident survient avant ou après l'expulsion du cristallin. Dans le premier cas, le cristallin ne peut pas être extrait de l'œil comme d'habitude, c'est-à-dire par une pression, car, avant qu'il ne soit expulsé, la plus grande partie du corps vitré se serait déjà échappée. Alors il faut faire sortir le cristallin au moyen de certains instruments, c'est-à-dire l'extraire dans le vrai sens du mot. Dans ce but, on se sert soit de l'anse de Weber (fig. 316, 10), soit du double crochet de Reisinger, (fig. 316, 15), instruments que l'on passe derrière le cristallin, pour l'entraîner au dehors.

Lorsque le prolapsus du corps vitré se montre après l'évacuation du cristallin, l'accident est beaucoup moins redoutable. Alors les plus grands inconvénients du prolapsus consistent en ce qu'il empêche la reposition convenable de l'iris et, qu'en s'interposant entre les lèvres de la plaie, le corps vitré hernié ne leur permet pas de se coapter exactement. En outre, le corps vitré peut donner lieu à une suppuration de la plaie, car il est très disposé à l'infection.

Un accident plus rare, mais plus désagréable, c'est lorsque, avant son dégagement, le cristallin se luxe et disparaît dans le corps vitré. Alors, d'ordinaire, on ne parvient plus à le faire sortir.

§ 163. RÉSULTAT DE L'OPÉRATION DE LA CATARACTE. — Un œil, privé de son cristallin, est dans l'état d'*aphakie*. Lorsque l'opération et la cicatrisation se sont passées normalement, cet œil présente l'aspect suivant : dans le cas où elle se trouve dans la cornée, la cicatrice opératoire prend l'apparence d'une étroite ligne grise ; au contraire, l'incision a-t-elle été pratiquée dans le limbe ou dans la sclérotique, la cicatrice en est plus tard à peine visible. La chambre antérieure présente une profondeur anormale, l'iris est tremblotant, et lorsqu'une iridectomie a été faite, il porte en haut un colobome. La pupille est d'un noir pur ; cependant, à l'éclairage latéral, on y observe une petite membrane chatoyante et parfois plissée, c'est la cristalloïde laissée dans l'œil, lors de l'extraction du cristallin. L'on doit conserver la cristalloïde, parce que, d'un côté, il ne serait pas possible d'enlever, sans la déchirer, une capsule cristallinienne normale et non épaissie ; d'autre part, la cristalloïde forme avec la zonule un diaphragme qui, tendu entre les procès ciliaires, maintient le corps vitré dans l'œil ; lorsque l'on veut enlever la capsule cristallinienne, on risque de produire une hernie du corps vitré. D'ailleurs, ce n'est que la capsule postérieure du cristallin qui reste intacte dans toute son étendue (fig. 330, *h*). Quant à la capsule antérieure (*vv'*), elle est déchirée au niveau de la pupille, où elle manque en partie ; les restes en sont immédiatement adossés à la cristalloïde postérieure. Puisque les deux capsules sont transparentes, la pupille paraît pure et noire. Derrière l'iris, où la capsule antérieure était préservée contre l'action du kystitome, elle est conservée et forme avec la capsule postérieure une bourse emprisonnant des restes cristalliniens qui correspondaient autrefois à l'équateur du cristallin (fig. 330, *k*). Comme, au niveau de la pupille, la cristalloïde antérieure est adhérente à la postérieure, la communication entre les restes cristalliniens

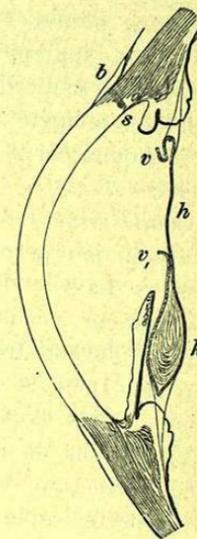


FIG. 330. — Coupe à travers le segment antérieur d'un œil opéré d'extraction de la cataracte par incision à lambeau. Gross. 4/1. — L'incision *s*, située en haut, siège, par sa portion intérieure, dans la cornée, par sa portion extérieure dans la sclérotique ; celle-ci est recouverte par un lambeau de conjonctive *b*. A l'endroit correspondant à la plaie, l'iris est réduit à un court moignon. La capsule antérieure montre une large ouverture à bords renversés *vv'*, tandis que la capsule postérieure *h*, bien que légèrement plissée, est intacte. Dans la partie inférieure, derrière l'iris, les restes du cristallin, enfermés dans le sac capsulaire, forment le bourrelet cristallinien de Sennering *k*, qui manque dans la partie supérieure répondant au colobome.