

jour, on obtienne des résultats absolument semblables, un autre motif doit assurer la préférence à la dernière manière d'agir : c'est de faire jouir plus promptement les malades des avantages de l'opération, objet que le chirurgien ne doit jamais oublier, surtout quand il traite des personnes avancées en âge, et auxquelles il ne reste souvent que peu d'années à vivre. 4° Qu'enfin, une raison qui, pour nous, a beaucoup de poids, c'est que notre opinion est conforme à celle des plus célèbres praticiens, qui très-certainement appuient d'une longue expérience la préférence qu'ils donnent à la double opération de la cataracte.

Après avoir exposé les circonstances dans lesquelles l'opération peut ou doit être pratiquée, et avoir démontré la nécessité d'opérer les deux yeux à la fois, lorsque l'un et l'autre peuvent l'être avec espoir de succès, il nous reste à examiner suivant quelle méthode il faut procéder à l'opération. Pour rendre plus claire la comparaison que nous devons faire des deux principales méthodes de traitement, il est nécessaire de les exposer en détail.

La cataracte étant une affection purement locale, produite par l'opacité contre nature d'une des parties de l'œil qui rendent la vue plus parfaite, sans lui être indispensablement nécessaires, l'indication unique que présente la maladie est de détruire l'obstacle matériel qui arrête le passage de la lumière. Nous avons déjà parlé de l'inutilité des remèdes internes.

Les moyens de détruire l'obstacle physique que le cristallin devenu opaque laisse à la vision se réduisent à deux : on peut extraire du globe de l'œil le cristallin, c'est l'*extraction* ; on peut le déplacer et le conduire dans une des parties de l'œil où il ne s'oppose plus au passage de la lumière, c'est l'*abaissement*. Pott a proposé un autre moyen : il consiste à fendre en plusieurs sens la partie antérieure de la capsule cristalline, et à confier à la faculté dissolvante de l'humeur aqueuse et à l'absorption des vaisseaux lymphatiques la destruction du cristallin. Ce procédé a été employé par Pott avec succès ; mais comme il n'est applicable qu'à un petit nombre de cas, et qu'il n'est pas possible de juger *a priori* s'il peut suffire, on l'a entièrement abandonné. On doit donc regarder l'extraction et l'abaissement comme les deux seules méthodes de traitement entre lesquelles on puisse choisir. Avant de les décrire, nous allons parler des préparations qui doivent disposer au succès de l'opération. La négligence de toute

espèce de précaution serait aussi nuisible que l'emploi inconsidéré des remèdes. Aux soins préalables dont l'observance est nécessaire avant toutes les opérations un peu graves, et qui sont toujours relatifs aux circonstances particulières qui se présentent, il en faut joindre quelques autres qui sont exclusivement applicables à un petit nombre de cataractes. Il s'agit surtout ici de la mobilité de l'œil et du rétrécissement de la pupille.

Il est certaines personnes chez lesquelles le contact d'un corps étranger sur le globe de l'œil excite des mouvements involontaires assez considérables pour rendre l'opération toujours difficile, souvent fâcheuse, et quelquefois impossible. On parvient à diminuer cet excès de sensibilité, et même à le faire cesser complètement, en promenant plusieurs fois chaque jour un stylet arrondi sur le globe de l'œil, jusqu'à ce que l'organe supporte sans peine ces atouchements. Quant au rétrécissement de la pupille, il est de peu d'importance lorsqu'on déprime le cristallin ; mais lorsqu'on veut l'extraire, non-seulement l'étrécissement de l'ouverture de l'iris rend plus difficile l'incision de la capsule, mais encore le cristallin trouve un obstacle à son passage ; on est obligé de comprimer l'œil, l'iris est souvent déchiré, et quelquefois la pression chasse à la fois l'humeur vitrée et le cristallin. Il est donc bien important que la pupille ait une certaine largeur. L'observation a appris que l'usage intérieur ou l'application, sur les paupières ou sur la conjonctive, des narcotiques, particulièrement des extraits de jusquiame et de belladone, produit la dilatation de la pupille ; on aurait donc recours à ces substances. Mais si malgré leur emploi, la pupille ne se dilatait pas, il faudrait renoncer à l'extraction, et recourir à l'autre méthode, comme nous le dirons plus tard.

Venons à l'opération, et voyons d'abord comment on y procède lorsqu'on veut extraire le cristallin ; nous décrirons ensuite la méthode par abaissement.

Dans la méthode par extraction, on incise la cornée, on ouvre la capsule du cristallin, et on fait sortir ce corps par la pupille. L'incision de la cornée doit être faite près de son union avec la sclérotique, afin que la cicatrice ne nuise point à la vision ; elle doit comprendre au moins la moitié de la circonférence de cette membrane, pour que le cristallin puisse sortir facilement. On donne ordinairement à cette incision une direction horizontale ; mais il est plus avantageux de la pratiquer obliquement en dehors et en bas, comme nous l'expli-

querons par la suite. On peut commencer l'incision de la cornée au milieu de la demi-circonférence inférieure de cette membrane, ou bien aux extrémités de son diamètre transversal. De là deux procédés pour l'exécution de la méthode par extraction, savoir : le procédé de Daviel et celui de Lafaye.

Le procédé de Daviel est remarquable non-seulement par l'endroit où ce chirurgien commençait l'incision de la cornée, mais encore par le nombre des instruments dont il se servait. Ces instruments étaient une aiguille en fer de lance, montée sur un manche, et supportée par une tige de fer non trempé qui permettait de la courber autant que l'exigeait la saillie plus ou moins grande de l'œil au devant de l'orbite; une autre aiguille, plus longue, plus étroite, mousse, tranchante sur les côtés, montée, comme la première, sur un manche, et supportée aussi par une tige de fer non trempé; deux paires de ciseaux convexes, courbées l'une à droite et l'autre à gauche; une spatule d'or, d'argent ou d'acier, légèrement courbée; une seconde aiguille en fer de lance, beaucoup plus petite que la première; une curette et des pinces. Voici comment Daviel se servait de ces instruments. Il portait la pointe de sa première aiguille à la partie moyenne du demi-arc inférieur de la cornée, à un quart de ligne de la sclérotique, et il l'introduisait entre l'iris et la cornée, jusqu'à ce que sa pointe fût parvenue vis-à-vis du bord supérieur de la pupille; il la retirait ensuite doucement pour prendre l'aiguille mousse avec laquelle il agrandissait l'incision commencée, en portant cette aiguille à droite et à gauche. Si cette ouverture ne se trouvait pas assez grande, il en augmentait l'étendue avec les ciseaux, en suivant, autant qu'il était possible, le contour de la cornée. Lorsque cette membrane était incisée de manière à former un lambeau demi-circulaire de toute la moitié de son étendue, Daviel relevait ce lambeau avec la petite spatule, et portant l'aiguille étroite à travers la pupille, il perçait la partie antérieure de la capsule du cristallin. Si cette capsule était épaisse et d'une couleur obscure, il la coupait en rond avec l'aiguille; et, après l'avoir ainsi cernée, il l'enlevait avec des pinces, de peur qu'elle ne mit obstacle au passage de la lumière : il ne s'agissait plus alors que d'extraire le cristallin; pour cela, il pressait doucement avec les doigts le globe de l'œil à sa partie inférieure. Ce corps se présentait obliquement à l'ouverture de la pupille qu'il agrandissait peu à peu, et glissait doucement dans la chambre antérieure et de là sur la joue.

Cette manière d'opérer la cataracte reçut l'approbation du plus grand nombre des maîtres de l'art. Mais on remarqua en même temps que la quantité d'instruments dont Daviel se servait rendait son procédé très-complicé; on chercha donc à le simplifier et à l'abrégé. Dans cette vue, Lafaye imagina deux instruments, dont l'un est destiné à l'incision de la cornée, et l'autre à l'ouverture de la capsule du cristallin. Le premier est une espèce de petit bistouri dont la lame est fort mince, un peu courbe sur son plat, longue de vingt lignes, large de deux, tranchante d'un seul côté, excepté vers sa pointe, où le dos est tranchant aussi dans l'étendue d'environ deux lignes. Cette lame est fixée sur un manche à pans, de trois pouces neuf lignes de longueur, et de trois lignes de diamètre. Le second instrument, que Lafaye appelle *kystitome*, parce qu'il sert à ouvrir la capsule du cristallin, ressemble au pharyngotome ordinaire, et n'en diffère qu'en ce qu'il est plus petit en toutes ses parties. Voici comment Lafaye se servait de ces instruments. S'il opérait sur l'œil gauche, il prenait de la main droite le bistouri comme une plume à écrire, et il en portait la pointe sur la cornée, du côté du petit angle, à la distance d'une demi-ligne de la sclérotique, et à la hauteur de la pupille; il traversait la chambre antérieure, et il perçait la cornée du côté opposé, à une égale distance de la sclérotique: il inclinait un peu en devant le tranchant du bistouri, et le faisant glisser doucement de dehors en dedans, il achevait ainsi de faire à la partie inférieure de la cornée une incision en forme de croissant, en biseau, et suffisamment grande pour laisser sortir le cristallin. Quelquefois ce corps se détachait de lui-même et tombait sur la joue du malade; quelquefois la membrane cristalline résistait, et alors Lafaye l'ouvrait avec le *kystitome*.

Ce procédé, infiniment plus simple et plus facile à exécuter que celui de Daviel, fut à peine connu, qu'il entraîna presque tous les suffrages; mais, en l'adoptant, les praticiens lui ont fait éprouver quelques modifications qui l'ont porté au degré de perfection où il est aujourd'hui.

Les instruments nécessaires pour ce procédé, tel qu'on le suit généralement à présent, sont : 1° Un bistouri pour inciser la cornée. On a beaucoup varié la forme de ce bistouri; mais celui de Wenzel mérite la préférence. La lame de cet instrument ressemble à celle d'une lancette, quoique un peu moins large et un peu plus longue. Un de ses bords, un peu plus convexe que l'autre, est tranchant dans toute

sa longueur; l'autre ne l'est qu'à sa pointe et dans l'étendue d'une ligne et demie. Cette lame est fixée sur un manche long de trois pouces et demi, épais de deux lignes et demie, et qui a la forme d'un prisme à quatre faces, dont les quatre angles sont coupés et légèrement arrondis. Vers le milieu du côté qui répond au bord mousse de la lame, se trouve une petite marque incrustée dans le manche, et qui, devant être en haut, indique la position que l'instrument doit avoir pour l'opération. On peut voir dans le *Traité de la cataracte*, par M. de Wenzel, la description détaillée et la figure de cet instrument. 2° Un kystitome ou cystitome, c'est-à-dire un instrument propre à ouvrir la capsule du cristallin. On n'a guère moins diversifié la forme de cet instrument que celle du bistouri avec lequel on incise la cornée. Celui dont je me sers ressemble au déchaussoir des dentistes. La convexité du dos de cet instrument rend son passage sous le lambeau de la cornée très-facile, la concavité de son tranchant l'éloigne de l'iris, et l'empêche de blesser cette membrane au moment où on le porte à travers la pupille sur la capsule du cristallin. La lame de cet instrument est montée sur un manche qui porte une petite curette à son autre extrémité.

A ces deux instruments on joindra l'aiguille d'or recuit de M. de Wenzel, et son petit crochet d'acier en forme d'hameçon; de petits ciseaux et de petites pinces à dissection.

Les autres objets nécessaires pour l'opération sont une bande roulée pour fixer le bonnet du malade, deux bandeaux, de la charpie et quelques bandelettes de sparadrap de diachylon gommé.

Le malade doit être assis sur une chaise basse, en face d'une croisée et un peu de côté, afin que la pupille se dilate. Après avoir assujéti son bonnet avec quelques tours de bande, on fixe l'œil opposé à celui sur lequel on doit opérer, en remplissant de charpie le vide de la base de l'orbite jusqu'au niveau du sourcil, et en soutenant cette charpie avec un bandeau un peu serré. La tête du malade est appuyée sur la poitrine d'un aide intelligent et bien au fait de l'opération, placé derrière lui. Cet aide presse doucement, avec une de ses mains, l'œil qu'on n'opère pas; avec l'indicateur et le doigt du milieu de l'autre main, il relève la paupière supérieure de l'œil à opérer, la maintient élevée en la pressant contre le rebord de l'orbite, et en évitant avec soin d'appuyer sur le globe de l'œil. Tous les instruments proposés dans le but de maintenir cet organe immobile sont nuisibles par la

compression qu'ils exercent; ils augmentent la mobilité de l'œil par la gêne qu'ils causent: aussi a-t-on généralement renoncé à leur usage (1). On a renoncé de même aux instruments mécaniques et très-complicqués de MM. Guérin et Dumont, qui servaient tout à la fois à fixer le globe de l'œil et à inciser la cornée. Le chirurgien se place vis-à-vis du malade, sur un siège plus élevé; il met à côté de lui une chaise ou un tabouret sur lequel il pose le pied; le genou, se trouvant alors à une certaine hauteur, peut fournir un point d'appui au coude de l'opérateur, soutenir sa main au niveau de l'œil, et rendre ses mouvements beaucoup plus sûrs. Il saisit le couteau de la main droite s'il opère sur l'œil gauche, et de la gauche s'il opère sur le droit; il le tient, comme une plume à écrire, avec le pouce, l'indicateur et le médus, et appuie le petit doigt écarté sur le bord externe de l'orbite. Il abaisse avec deux doigts de la main libre la paupière inférieure. Il ne doit pas se hâter d'enfoncer l'instrument; il attendra que les mouvements de l'œil aient cessé, ce qui arrive après quelques instants. L'œil étant en repos et un peu tourné vers le côté externe, l'opérateur porte la pointe du bistouri à la partie supérieure et externe de la cornée, à un quart de ligne de la sclérotique, dans une direction perpendiculaire à la surface de cette membrane. Aussitôt que la pointe de l'instrument est parvenue dans la chambre antérieure de l'œil, le chirurgien la dirige un peu en avant, en portant le manche en arrière, afin d'éviter l'iris; puis il enfonce le bistouri de haut en bas et de dehors en dedans, parallèlement à la surface de cette membrane, de sorte que la pointe vienne sortir à la partie de la circonférence de la cornée diamétralement opposée à celle par laquelle elle a pénétré, c'est-à-dire, en bas et en dedans, et à un quart de ligne de la sclérotique. Comme le bistouri va en s'élargissant de la pointe vers la base, et qu'il ne coupe que par son bord inférieur, il en résulte qu'à mesure qu'il est enfoncé, l'incision de la cornée s'étend en bas, et qu'il suffit de pousser l'instrument pour faire à cette membrane une incision demi-circulaire. Pendant que le chirurgien forme ainsi un lambeau à

(1) Les instruments dont on s'est servi pour fixer l'œil sur lequel on opère sont la double érigne de Béranger, la tenaille de Guérin, l'instrument de Pott, le *speculum* de Petit et celui de Lecat, la pique de Pamard, celle de Rumpelt, l'ophthalmostat de Demours, etc.

la cornée, en poussant seulement l'instrument, l'aide, qui soutient la paupière supérieure, la laisse descendre peu à peu sur le globe de l'œil qu'elle doit couvrir complètement au moment où l'incision est achevée.

En suivant ce procédé, qui est celui de Wenzel, la section de la cornée est oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Par ce moyen, on n'est point exposé à blesser la caroncule lacrymale, le grand angle de l'œil et le côté du nez, ce qu'on évite difficilement lorsque l'incision est transversale du petit au grand angle de l'œil; le segment de la cornée est presque entièrement caché par la paupière supérieure; les lèvres de la plaie étant constamment rapprochées l'une de l'autre, leur réunion est plus prompte, et l'on a moins à craindre le staphylôme; si les paupières viennent à se boursoufler, comme cela arrive fréquemment, il n'est pas à craindre que la supérieure comprime le lambeau de la cornée et l'écarte du bord inférieur de la plaie, ni que l'inférieure s'engage entre ces deux bords et empêche leur réunion, comme cela peut avoir lieu quand l'incision est horizontale.

Lorsque le rebord de l'orbite est très-saillant, et que l'œil est fort petit et fort enfoncé dans la fosse orbitaire, il serait impossible de faire l'incision de la cornée presque perpendiculaire, parce que le coronal gênerait, et obligerait de diriger l'instrument trop obliquement par rapport au plan de l'iris; en sorte qu'on serait exposé non-seulement à blesser cette membrane, mais encore à pénétrer dans le corps vitré, et à faire sortir le bistouri au travers de la sclérotique. Dans ce cas, on doit donner à l'incision de la cornée une direction moins oblique, en évitant cependant, autant que possible, de la faire horizontalement.

L'incision de la cornée ne saigne pas, à moins qu'elle n'ait été faite très-près de la sclérotique. Dans ce cas, il arrive assez souvent qu'il sort un peu de sang des vaisseaux de la conjonctive qui rampent au bord de la cornée, et qui ont été incisés en même temps que cette membrane. Cela ne doit point du tout inquiéter. Cette légère saignée locale ne peut être que très-avantageuse.

Cette première partie de l'opération offre quelquefois des difficultés. Il arrive assez souvent que l'œil se tourne en bas et en dedans au moment où le bistouri pénètre dans la chambre antérieure, en sorte que la partie de la cornée où il doit sortir se trouve cachée par les pau-

pières. Dans ce cas, on doit tenir l'instrument immobile sans le faire avancer ni reculer, recommander au malade de tourner l'œil en dehors, et attendre pour achever l'incision de la cornée, que cet organe ait pris une direction convenable. Si l'on continuait d'enfoncer le bistouri pendant que l'œil est ainsi porté en dedans, on risquerait de faire sortir l'instrument trop loin de la circonférence de la cornée, et d'avoir une incision trop petite pour que le cristallin pût sortir facilement; ou bien, ce qui serait beaucoup plus fâcheux, on pourrait percer l'iris et même la sclérotique. Si l'on faisait rétrograder l'instrument, l'humeur aqueuse s'écoulerait, l'iris viendrait s'appliquer contre la face postérieure de la cornée, et l'on ne pourrait terminer l'incision de cette dernière membrane sans blesser la première.

D'autres fois l'œil ne se tourne en dedans que lorsque l'instrument a déjà percé la cornée des deux côtés; alors quoique la pointe ne soit sortie du côté du grand angle que d'une demi-ligne, l'œil se trouve fixé, et on peut le ramener en dehors pour achever l'incision.

L'iris vient quelquefois se présenter sous le tranchant du bistouri, et oblige de suspendre l'incision jusqu'à ce que cette membrane soit dégagée. Cet accident arrive surtout lorsque l'humeur aqueuse s'écoule avant que l'incision de la cornée soit achevée. Dans ce cas, il suffit quelquefois de suspendre un moment l'incision, pour que l'iris se retire de lui-même en arrière. Mais lorsqu'au bout de quelques secondes il reste encore engagé sous le tranchant du couteau, on doit, comme le conseille Wenzel, faire de légères frictions sur la cornée avec le doigt indicateur, tandis que le médius tient la paupière inférieure abaissée; et poursuivre l'incision en laissant le doigt appliqué sur la cornée, pour soutenir le globe de l'œil, et donner un point d'appui à l'instrument. On voit sur-le-champ l'iris se contracter et quitter l'instrument. Si, par une cause quelconque, l'humeur aqueuse s'était écoulée entièrement, et que l'affaissement de la cornée ne permit pas de terminer l'incision avec le bistouri, on le retirerait, et l'on formerait le lambeau de la cornée avec des ciseaux, dont une des lames serait introduite dans la chambre antérieure, tandis que l'autre serait en dehors appuyée sur l'indicateur de la main gauche, qui dirigerait l'action de l'instrument. Mais, en général, on doit éviter, autant que cela est possible, de se servir des ciseaux, avec lesquels on ne fait jamais une section nette et régulière.

Dans les sujets dont la cornée a des dimensions ordinaires, l'inci-

sion se trouve achevée lorsque la lame de l'instrument est parvenue dans cette membrane jusqu'à sa partie la plus large ; le contraire a lieu lorsque la cornée a une largeur extraordinaire. Pour éviter cet inconvénient, il faut se servir d'un bistouri dont la largeur soit proportionnée au diamètre de la cornée. Dans le cas où l'on n'aurait pas eu la précaution de se pourvoir d'un pareil bistouri, on devrait, pour achever l'incision de cette membrane, et lui donner l'étendue et la figure convenables, retirer l'instrument du côté du petit angle et en abaisser légèrement la pointe en même temps, sans le tirer antérieurement ni en bas.

Si les deux yeux doivent être opérés en même temps, on ne doit point ouvrir la capsule du cristallin, et extraire ce corps immédiatement après la section de la cornée ; il faut inciser la cornée de l'autre œil avant de terminer l'opération du premier. L'expérience a montré qu'en procédant ainsi, les yeux sont moins mobiles et le succès de l'opération plus assuré.

Lorsque l'incision de la cornée est faite, et que l'œil est ainsi reposé, on doit ouvrir la capsule du cristallin. L'incision de cette capsule peut être faite, comme Wenzel le conseille et le pratique, en même temps que celle de la cornée, avec le bistouri qui sert à couper cette membrane. Pour cela, lorsque la pointe du bistouri est parvenue vis-à-vis de la pupille, on engage cette pointe sous la membrane cristalline, et poussant l'instrument, on fait à la capsule une incision toute semblable à celle qu'on va faire à la cornée, et qui représente de même un segment de cercle dont la convexité est tournée obliquement en dehors et en bas. Cette incision achevée, on ramène la pointe du bistouri devant l'iris, et l'on achève de couper la cornée. Ce procédé a l'avantage de rendre l'opération un peu plus prompte, et l'introduction des instruments dans l'œil moins répétée et moins longue : avantages réels sans doute, mais qui sont contre-balancés par plusieurs inconvénients graves. Sans parler de la difficulté que cette manière d'agir ajoute au procédé ordinaire, elle entraîne la blessure de l'iris dans plusieurs cas où l'on aurait pu l'éviter ; et dans d'autres, l'incision faite à la capsule cristalline est insuffisante, et on est obligé d'en faire une autre avec le kystitome. C'est pourquoi nous pensons qu'il est préférable de n'inciser la capsule cristalline qu'après avoir incisé la cornée. Ce précepte est applicable à tous les cas ; mais on doit surtout s'y conformer lorsque l'œil est très-mobile et entraîné par

des mouvements convulsifs, que la pupille est fort étroite, et que la capsule cristalline présente trop de dureté, ce qui a presque toujours lieu quand elle est devenue opaque.

Voici de quelle manière on ouvre cette membrane. On écarte les paupières, en ayant grand soin, comme dans tout le cours de l'opération, de n'exercer aucune compression sur le globe de l'œil ; on saisit le kystitome comme une plume à écrire ; on l'introduit dans la plaie de la cornée, en soulevant le lambeau avec le bord mousse de l'instrument, dont la pointe est dirigée dans le centre de la pupille ; on coupe la capsule cristalline en travers dans sa partie inférieure ; on retire l'instrument ; on abaisse doucement la paupière supérieure ; puis on replace le bandeau, afin que l'absence de toute lumière favorise la dilatation de la pupille et le passage du cristallin par cette ouverture. On découvre l'autre œil, et la capsule cristalline est incisée de la même manière ; il faut laisser alors pendant une ou deux minutes les deux yeux couverts, afin que les pupilles acquièrent la plus grande dilatation possible. On soulève ensuite la paupière supérieure, et l'on trouve quelquefois le cristallin sorti ou engagé dans les bords de la plaie : on l'enlève avec la pointe du kystitome. S'il n'avait point traversé l'iris, il faudrait abaisser de nouveau la paupière supérieure, et exercer sur le globe de l'œil, au-dessous du rebord supérieur de l'orbite, une pression légère avec la tige d'acier qui supporte la curette. Enfin, si le volume considérable du cristallin ou l'étroitesse de la pupille s'opposait au passage de ce corps, et qu'on craignît qu'il ne pût pas sortir, ou qu'en sortant il ne déchirât l'iris, il faudrait, selon le précepte de Wenzel, porter la curette jusque sur le cristallin lui-même, appuyer sur sa circonférence de manière à lui faire faire la bascule, et à lui donner une situation favorable pour qu'il pût se présenter par son bord à la pupille et la traverser. Le cristallin, qui, dans presque toutes les cataractes, offre, lorsqu'il est sorti de l'œil, une altération sensible dans sa forme, a pris dans ces circonstances un allongement plus marqué. On passe ensuite à l'autre œil, et l'on répète ce que l'on a fait sur le premier. On examine les pupilles avec attention ; si elles sont d'un beau noir, l'opération est terminée, et le malade distingue ordinairement la lumière et quelquefois les objets qui l'entourent.

Mais il est rare que la pupille ne soit pas embarrassée de quelques mucosités opaques. Maitre-Jan a nommé ces débris de l'humeur

épaisse de Morgagni les *accompagnements* de la cataracte. Quelquefois la membrane cristalline elle-même est opaque; et si, après avoir extrait le cristallin, on ne l'enlevait aussi, on n'aurait détruit qu'une partie de l'obstacle qui s'opposait à la vision. Il est donc bien important d'examiner avec soin si l'œil a recouvré sa transparence, et d'enlever exactement tout ce qui peut encore la troubler. Il faudrait apporter une plus grande attention encore dans cette partie de l'opération, si le cristallin qu'on vient d'extraire avait conservé sa transparence. Dans tous les cas, on commencera par introduire dans le lieu qu'occupait le cristallin, la curette avec laquelle on rassemblera et l'on enlèvera les mucosités qui se trouvent dans la capsule. Il est quelquefois nécessaire de répéter cette introduction pour amener au dehors tous les accompagnements de la cataracte. De légères frictions sur la paupière supérieure abaissée sont très-utiles pour réunir dans le centre de la pupille toutes les mucosités, et rendre plus facile leur extraction. Lorsqu'on les a enlevées en totalité, il est bon d'examiner encore la couleur de la pupille, et si l'on y aperçoit quelques lambeaux membraneux opaques, il est vraisemblable que ce sont des débris de la cristalloïde antérieure; si ces portions de membrane ne sont pas très-adhérentes, on peut les retirer au moyen de la curette: autrement on les saisirait avec de petites pinces. Dans quelques cas, ces débris sont assez solides pour exiger l'emploi des ciseaux, qu'on ne doit toutefois introduire dans l'œil qu'avec les plus grandes précautions. Il peut arriver aussi que la tache qui reste au fond de la pupille après l'extraction du cristallin dépende de l'opacité de la moitié postérieure de la capsule cristalline. On emploie alors l'aiguille, les pinces et même les ciseaux pour enlever cette membrane; il est difficile d'établir des règles pour cette partie de l'opération, qui exige d'ailleurs des ménagements et une grande dextérité.

L'extraction du cristallin présente dans certains cas des difficultés dont nous n'avons point encore parlé. Une des principales naît de son adhérence à la petite circonférence de l'iris, complication dont on a été averti d'avance par l'immobilité totale ou partielle de la pupille. Lorsque cette adhérence arrête la sortie du cristallin, il faut introduire entre l'iris et lui une aiguille mince, terminée en fer de lance, et la promener autour du cristallin de manière à le séparer entièrement de l'iris. Une autre difficulté vient de la dissolution de l'humeur vitrée, qui, n'opposant point une résistance convenable, permet au

cristallin de s'échapper en arrière, et de s'enfoncer dans le corps vitré lui-même. Plusieurs chirurgiens ont conseillé d'aller alors le saisir avec un crochet; mais cette tentative, qui pourrait bien ne pas réussir toujours, ne me paraît devoir être dans aucun cas fort avantageuse. En effet, la dissolution du corps vitré doit faire craindre qu'il ne s'écoule en grande partie; et d'un autre côté, le cristallin ainsi déprimé ne doit point nuire à la vision, à moins qu'il ne remonte à sa place. S'il y revient, il sera toujours possible de l'extraire, peut-être même sans avoir recours à une nouvelle incision de la cornée; car il peut arriver qu'il y soit ramené avant que la plaie faite à cette membrane soit entièrement réunie. Ce serait alors seulement qu'on devrait se servir du crochet, bien plus propre à prévenir un semblable accident qu'à le réparer.

Quelquefois après la sortie du cristallin, on observe qu'une partie de l'humeur vitrée s'échappe par la plaie, ou bien que l'iris a été décollé à sa circonférence. Dans le premier cas, il faut se hâter de terminer l'opération et de couvrir l'œil d'un bandeau qui ne doit exercer aucune compression sur cet organe. Quant au décollement de l'iris, il ne présente aucune indication thérapeutique, et on est obligé d'attendre tout du travail de la nature.

L'opération est terminée. Avant de couvrir l'œil d'un bandeau, il faut examiner si l'iris est bien à sa place, et s'il ne s'est point engagé sous le lambeau de la cornée; dans ce dernier cas, il faudrait faire sur la paupière supérieure abaissée des frictions légères; ou même, si elles étaient insuffisantes, repousser l'iris avec la partie convexe de la curette. Il ne conviendrait pas toutefois d'insister si l'on éprouvait trop de difficultés; l'iris doit peu à peu reprendre de lui-même sa place. Si cependant la petite tumeur qu'il forme ne disparaît pas, on se conduit comme nous l'avons conseillé en parlant du staphylôme.

Il est quelquefois nécessaire de tenir la paupière inférieure abaissée; c'est lorsque la saillie très-grande du rebord de l'orbite a forcé de donner à l'incision de la cornée une direction transversale. Il est à craindre alors que le bord de la paupière se pose entre les deux lèvres de l'incision, et en empêche la réunion. On prévient cet inconvénient en tenant la paupière inférieure abaissée, au moyen d'une bandelette de diachylon gommé qu'on étend sur la joue. Cette précaution est particulièrement utile lorsqu'une partie de l'humeur vitrée s'est échappée, et que cette humeur tend à sortir encore.