

PREMIÈRE MÉTHODE.

DÉPRESSION PAR LA SCLÉROTIQUE. SCLÉROTICONYXIS.

C'est la méthode la plus ancienne ; l'invention en est rapportée à Hérophile et Erasistrate.

Procédé ordinaire. L'appareil instrumental se compose essentiellement d'une aiguille désignée sous le nom d'*aiguille à cataracte*. Celle-ci se compose d'une tige cylindrique terminée par une lance *plate*, ou un peu *recourbée sur le plat*, et dans le dernier cas, tantôt plane sur la face convexe et présentant du côté concave deux surfaces inclinées réunies au milieu par une ligne légèrement saillante qui se prolonge jusqu'à la pointe (Scarpa), ou bien dépourvue d'arête sur la face concave (Dupuytren). La tige est elle-même enchâssée dans un manche à quatre pans ; sur l'un d'eux sont tracés des cercles noirs correspondant au *côté convexe* de la lance (voy. fig. 186), de telle sorte que, *lorsque l'aiguille a pénétré dans l'œil, on peut toujours, en se guidant sur les cercles noirs du manche, connaître exactement la situation de la face convexe de la lance par rapport aux parties de l'organe où elle se trouve.*

Manuel opératoire. Le malade et le chirurgien sont assis en face l'un de l'autre, le premier sur un siège moins élevé que le second. La tête du patient est appuyée contre la poitrine d'un aide placé derrière lui et chargé de relever la paupière supérieure avec un élévateur plein (fig. 186, *e*), pendant que le chirurgien lui-même, au moyen de l'index de la main qui ne

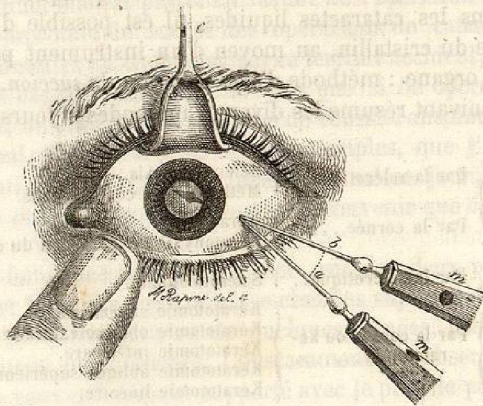


Fig. 186.

tient pas l'instrument, abaisse la paupière inférieure et exerce une douce pression sur l'angle interne de l'œil, pour empêcher l'organe de fuir en dedans, pendant les manœuvres avec l'aiguille. Nous supposons, dans la description qui va suivre, que l'on opère sur l'œil *gauche*.

Premier temps. Ponction de la sclérotique. Le chirurgien tient le manche de l'aiguille à cataracte, comme une plume à écrire, entre les trois premiers doigts de la main droite, les deux derniers doigts prenant un point d'appui sur la région malaire. La face convexe de l'aiguille est dirigée en haut, la face concave en bas, l'un des tranchants en avant, l'autre en arrière. Le manche est tenu parallèlement et à la hauteur du diamètre transverse de l'orbite. La pointe de la lance est portée sur la sclérotique à 3 ou 4 millimètres en arrière de la demi-circonférence externe de la cornée, afin de ne pas léser le corps ciliaire ; à 1 ou 2 millimètres au-dessous du diamètre horizontal du globe (fig. 186), pour ne pas blesser les artères ciliaires longues et les nerfs ciliaires ; après avoir imprimé au manche un mouvement de rotation d'arrière en avant et de gauche à droite, par rapport au patient, ce qui a pour résultat de donner à la lame une direction oblique d'avant en arrière et de gauche à droite (*a, m*, fig. 186), on enfonce la lame d'un seul coup, jusqu'à ce qu'elle ait traversé complètement les tuniques de l'œil. En plongeant l'instrument au-dessous du diamètre transverse du globe, on a l'avantage de faciliter le mouvement de *réclinaison*. Si on voulait opérer l'*abaissement*, il serait préférable de le plonger au-dessus du diamètre transverse du globe.

Second temps. Aiguille conduite au-devant de la cataracte. Incision de la capsule. Dès que la lance a traversé les tuniques de l'œil, on fait exécuter au manche un quart de mouvement de rotation de l'axe, en se guidant sur les points de repère noirs de l'une des faces que l'on porte en avant (fig. 186, *m b*). La direction de la lance, et c'est ainsi qu'elle est représentée dans la figure 186, est alors telle que la face concave se dirige en arrière et la face convexe en avant. On ramène le manche vers la tempe du côté opéré ; la lance présente alors une direction parallèle au diamètre transversal de l'orbite. L'instrument est poussé de dehors en dedans et un peu de bas en haut jusque près de l'ouverture pupillaire, c'est-à-dire en arrière de la face postérieure de l'iris. On continue à pousser l'instrument de bas en haut et de gauche à droite (par rapport à l'opéré), jusqu'à ce que l'extrémité soit parvenue au côté interne de la circonférence de la pupille, un peu au-dessus du diamètre transversal de celle-ci.

Quelques chirurgiens arrêtent ici le second temps de la manœuvre, procédant immédiatement au troisième qui consiste dans l'*abaissement* ou la *réclinaison* de l'appareil cristallin en masse. D'autres conseillent d'inciser au préalable la capsule, se fondant sur ce que la conservation de l'enveloppe du cristallin expose à la cataracte *membraneuse secondaire*, à la réascension du cristallin, et retarde l'absorption de la lentille enfoncée dans l'humeur vitrée.

Pour opérer l'incision de la capsule, on imprime de nouveau à la lance un quart de mouvement de rotation sur l'axe ayant pour effet de tourner un des tranchants vers la face antérieure de l'appareil cristallin. Tenant la lance tout entière parallèle au diamètre oblique de la capsule, on imprime à l'instrument un mouvement de pression et de progression, de façon à diviser la capsule dans une partie de son étendue. On répète la même

manœuvre dans une direction parallèle à la première division, au-dessus et au-dessous, de façon à faire plusieurs incisions parallèles; après quoi, faisant exécuter à l'instrument un nouveau quart de mouvement de rotation sur l'axe, on replace la lance dans une situation telle que la concavité répond à la face antérieure du cristallin (*bm*). D'autres veulent, qu'après avoir *récliné en masse*, on revienne à la pupille, où l'on décrit avec l'aiguille des arcs de cercle et des cônes, à base correspondant à l'extrémité de l'aiguille, à sommet correspondant à la portion de la tige qui appuie sur la plaie scléroticale.

Troisième temps. Abaissement ou renversement de la cataracte. Les manœuvres diffèrent, suivant que l'on veut simplement *abaisser* le cristallin ou qu'on *récline* la lentille. Pour l'*abaissement simple ou direct*, la concavité de l'aiguille est appliquée sur le bord supérieur du cristallin; puis, le chirurgien se servant de l'instrument comme d'un levier du premier genre, prenant son point d'appui au niveau de la plaie scléroticale, élève le manche de bas en haut, de façon à faire exécuter à la lance un mouvement en sens inverse. Le cristallin est ainsi déprimé verticalement au fond de la chambre postérieure, dans la partie antérieure et inférieure du corps vitré. Si on veut exécuter la *réclinaison*, la concavité de la lance est appliquée sur la face antérieure du cristallin; le chirurgien imprime au manche un mouvement en arc de cercle qui en porte l'extrémité en avant et vers la droite du malade, de façon que la lance exécute un mouvement d'arc de cercle en sens opposé, en arrière, en bas et à gauche. Le cristallin, obéissant à cette impulsion, exécute un mouvement de bascule qui finit par le coucher à plat, dans la portion externe de la région inférieure du corps vitré; le bord supérieur de la lentille tourné en arrière, la face antérieure en haut, la face postérieure en bas, le bord inférieur en avant.

Une fois que le cristallin a été ainsi plongé dans le corps vitré, on le maintient quelques instants en place, en appuyant sur sa face antérieure, devenue supérieure, avec la concavité de la lance, puis on ramène celle-ci derrière la pupille, en lui donnant la même direction que celle qu'elle avait au commencement de la réclinaison. Pour éviter que la cataracte remonte, ce qui arriverait, si la pointe de la lance était engagée dans la substance du cristallin, on imprime à l'aiguille quelques mouvements de rotation sur l'axe, avant de la ramener derrière la pupille.

La *réclinaison* est préférable à l'*abaissement direct*, parce que la circonférence du cristallin offre moins de prise à la lance que la face antérieure; qu'en portant la lance sur le bord supérieur du cristallin, elle glisse en avant ou en arrière; qu'en déprimant la circonférence supérieure du cristallin, celui-ci exécute parfois un mouvement de bascule qui lui fait traverser la pupille et tomber dans la chambre antérieure. On admet aussi qu'une cataracte abaissée directement est plus exposée à remonter qu'une cataracte réclinée. Cette proposition nous semble contestable; en effet, le procédé de l'abaissement direct (fig. 187) est toujours une réclinaison. Il est impossible d'admettre que la lentille, déprimée directement de haut en bas, disparaisse entièrement derrière la pupille, sans que le cristallin finisse par basculer.

La hauteur du cristallin ne permettrait pas à la lentille de descendre tout entière au-dessous de la pupille, en conservant sa situation verticale. Il faut donc qu'arrivée à une certaine position, la lentille exécute, pour s'effacer complètement, un mouvement de bascule qui portera la face antérieure en bas, la face postérieure en haut, le bord supérieur en avant et le bord inférieur en arrière. C'est un mouvement analogue à celui que la lentille accomplit dans la réclinaison proprement dite, mais un mouvement en sens

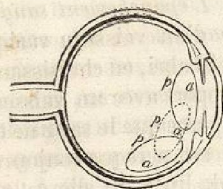


Fig. 187.

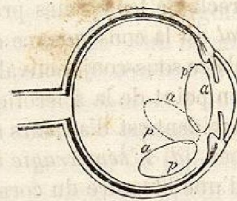


Fig. 188.

inverse. Les figures 187 et 188 sont destinées à démontrer la progression du cristallin dans l'*abaissement* proprement dit (fig. 187) et dans la *réclinaison* (fig. 188). La lettre *a* indique la face antérieure; la lettre *p* la face postérieure de la lentille. On juge ainsi de la situation de la lentille pendant les divers temps de la manœuvre.

Quatrième temps. Retrait de l'aiguille. Le chirurgien retire le manche directement en dehors, jusqu'à ce que la lance disparaisse derrière la demi-circonférence externe de l'iris. A ce moment, il porte le manche un peu en avant; puis il lui fait exécuter un quart de mouvement de rotation sur l'axe, de façon à tourner la marque noire en haut (*am*, fig. 186). Il résulte de ce double mouvement, que la lance est alors dirigée un peu obliquement d'avant en arrière et de gauche à droite; la face convexe en haut, l'un des tranchants en arrière, l'autre en avant, la pointe dirigée vers le centre du globe; c'est-à-dire qu'elle se trouve dans la même situation que celle dans laquelle elle était pour la ponction de la sclérotique, parallèle à la plaie de cette membrane. Il suffit de tirer le *manche* de l'instrument un peu en avant et à gauche du malade pour dégager la *lance*.

Pansement et traitement consécutif. L'opération terminée, on rapproche les paupières et on les tient fermées ainsi que celles de l'œil sain par des bandelettes de taffetas agglutinatif. Au bout de deux jours, on peut les remplacer par le bandeau; puis par une visière bleue ou verte. Le malade est conduit au lit sans imprimer à la tête aucune secousse. On le tient couché, la tête et les épaules élevées. La chambre sera sombre et non dans une obscurité complète. Le reste du traitement est conforme à ce qui sera indiqué plus loin, en faisant l'histoire de l'extraction.

Que devient le cristallin après la dépression? Il résulte des autopsies faites par P. Pott, Scarpa, Beer, que la lentille est soumise à un travail d'absorption assez actif. Les recherches de Beer et de Velpeau témoignent au contraire que cette résorption s'effectue très-lentement.