

profondes de l'œil, on aura recours aux antiphlogistiques, aux mercuriaux, aux instillations d'atropine.

Accidents nerveux. Ce sont des frissons, des douleurs névralgiques à la face et à la tête, des vomissements. On a cherché à se rendre compte de ces phénomènes, en invoquant la blessure des nerfs ciliaires ou de la rétine. On les combat par des demi-lavements avec une infusion de fleurs de tilleul ou de camomille additionnée de laudanum. Pour calmer les vomissements, on donne des boissons gazeuses, la potion de Rivière, des fragments de glace. On a aussi conseillé des frictions sur l'épigastre avec la pommade ammoniacale.

Réascension du cristallin. Elle a lieu parfois après quelques jours, dans d'autres cas après des mois et même des années. On l'attribue à des efforts de toux, de vomissements; à la contraction spasmodique des muscles de l'œil; au gonflement de la lentille par l'imbibition des humeurs intra-oculaires; à une chute de l'opéré; à un ramollissement du corps vitré. L'extraction par kération est préférable à une nouvelle dépression.

Cataracte capsulo-lenticulaire et cataracte capsulaire secondaires. La première espèce est la conséquence de ce que les débris de la substance corticale, en cas de cataracte molle, se sont réunis ensemble. La seconde est formée par la capsule mal divisée, et doublée des couches intra-capsulaires opacifiées. On verra plus loin le traitement à faire dans ces cas.

Excroissance fongueuse au niveau de la plaie de la sclérotique. On l'extirpe, en la coupant avec des ciseaux au ras de la sclérotique. Si elle se reproduit, on l'excise de nouveau et on en cautérise la racine avec la pointe d'un crayon de pierre infernale.

Modifications à l'opération de l'abaissement, suivant certaines complications de la cataracte. **SYNÉCHIES POSTÉRIEURES PARTIELLES.** Dans les cas de ce genre, on conduit l'extrémité de la lance jusque près des adhérences, qu'on divise avec l'un des tranchants du fer; après quoi, on continue l'opération comme à l'ordinaire. Lorsque les synéchies postérieures sont situées au niveau de la moitié externe de l'iris, il est préférable de pratiquer la ponction de la sclérotique plus haut ou plus bas qu'au lieu d'élection. Dans les cas de ce genre, Quadri exécute une *double dépression*. Il introduit une première aiguille falciforme par l'angle interne de l'œil, à 4 millimètres en arrière de la circonférence de la cornée, pour aller déchirer la capsule du cristallin et les adhérences; après quoi il fixe le cristallin avec la pointe de l'instrument; ensuite, il introduit une autre aiguille à lance par l'angle externe de la sclérotique et fait l'abaissement ou la réclinaison comme à l'ordinaire.

ADHÉRENCES COMPLÈTES DU CRISTALLIN A L'IRIS. Heister, Bertrandi, Carron du Villards conseillent d'introduire une aiguille, excessivement fine et tranchante à sa pointe, dans la cornée, à 4 millimètres du centre de cette membrane. On la porte dans la substance du cristallin, qu'on traverse entièrement; ensuite, on tourne l'aiguille entre les doigts, et on lui fait décrire de petits arcs de cercle, afin de perforer le cristallin dans un diamètre égal à celui de la pupille. Presque toujours le cristallin serait résorbé en entier.

FACE POSTÉRIEURE DU CRISTALLIN ADHÉRENTE A LA CRISTALLOÏDE POSTÉRIEURE,

UNIE ELLE-MÊME AU CORPS VITRÉ PAR DES EXUDATS PLASTIQUES. Dans de pareilles conditions, le cristallin revient sans cesse derrière la pupille, dès qu'on cesse de le maintenir récliné avec la lance. Beer et Rosas conseillent de porter l'aiguille à plat derrière l'appareil cristallinien, pour diviser les adhérences, par des mouvements verticaux, avec l'un des tranchants de la lance; ensuite d'opérer la réclinaison. Si, malgré ces manœuvres, le cristallin remonte encore, il faut le broyer en morcelant la capsule.

CATARACTE CAPSULAIRE POSTÉRIEURE. Lorsqu'après la réclinaison du cristallin, on reconnaît que la capsule postérieure est opaque, il faut diviser l'opacité avec la lance de l'aiguille, au moyen d'une incision cruciale.

DEUXIÈME MÉTHODE.

DÉPRESSION PAR LA CORNÉE. KÉRATONYXIS.

La dépression de la cataracte, en introduisant une aiguille à travers la cornée, remonte à une époque reculée. Elle est d'usage immémorial en Egypte et dans l'Inde; elle est indiquée par Avicenne et Abul-Kasem. Dans le cours du dix-huitième siècle, Smith renouvela le procédé des Arabes. D'après Weller, Bartisch, Pott, Gleize, Conradi, Langenbeck ont pratiqué cette opération. Il est vraiment étrange qu'après toutes ces tentatives les rédacteurs des *Leçons orales* semblent révoquer, pour Dupuytren, la découverte de cette méthode, qui lui aurait été suggérée, dans un cas, par la nécessité des circonstances.

MANUEL OPÉRATOIRE. Les instruments nécessaires, pour effectuer la kération, sont un élévateur plein et une aiguille à cataracte, semblable à celle dont on se sert pour la scléroticonyxis, et qui est tenue entre les trois premiers doigts, comme une plume à écrire, pendant que les deux autres doigts prennent un point d'appui sur la joue du malade. Chirurgien, aide et opéré sont placés comme dans la dépression par la sclérotique (p. 418). Si on opère sur l'œil gauche, on tient l'aiguille de la main droite; si c'est sur l'œil droit, l'instrument est tenu de la main gauche. Toutefois, on peut opérer de la main droite sur chacun des yeux, ce qui est le plus grand avantage assigné à la kération par les partisans de cette méthode. Nous supposerons, dans la description suivante, qu'on opère sur l'œil gauche.

Premier temps. Ponction de la cornée. L'opérateur fait pénétrer la pointe de la lance vers le milieu d'une ligne fictive, qui, partant du centre de la cornée, en traverse obliquement le quart inférieur externe. Il tient l'aiguille parallèlement à une ligne qui serait dirigée obliquement de bas en haut et de gauche à droite, par rapport au malade, ligne divisant la cornée et la

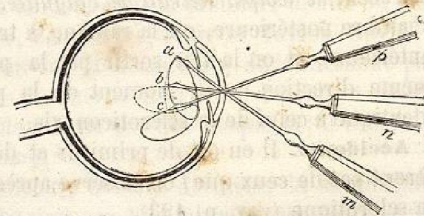


Fig. 189.

pupille en deux parties égales ; la concavité de la lance tournée en avant, la convexité regardant la cornée, l'un des tranchants dirigé en bas et à droite, l'autre dirigé en haut et à gauche. En faisant suivre à la lance la ligne que nous venons d'indiquer (*a m*), cette partie de l'instrument parcourt, après avoir traversé la cornée, la chambre antérieure, la pupille, et va se placer contre la partie supérieure et interne du cristallin, de façon à ce que lance et tige croisent la cataracte obliquement de bas en haut et de gauche à droite.

Second temps. Déplacement du cristallin. La manœuvre varie, suivant que l'on veut exécuter une *dépression* ou une *réclinaison*. Dans le premier cas, la surface convexe de la lance est appliquée sur le bord supérieur du cristallin ; on imprime à l'extrémité du manche un mouvement qui la porte graduellement de bas en haut jusque vers le front du malade. Dans le second (réclinaison), la surface convexe de la lance est appuyée contre la *surface antérieure* de la lentille (*m a*), le manche de l'instrument est porté de la joue vers le front, en parcourant un arc de cercle de bas en haut et de gauche à droite, par rapport au malade. La convexité de la lance, décrivant un arc de cercle en sens opposé, pèse sur le cristallin, le fait basculer (*b n*), et le plonge de haut en bas et de droite à gauche, dans la portion externe de la région inférieure du corps vitré (*c p*). Dans les deux cas, il convient de faire agir l'aiguille comme un levier du premier genre, prenant son point d'appui à l'ouverture de la cornée.

Quelques chirurgiens veulent qu'avant d'exécuter la dépression ou la réclinaison, on pratique, avec un des tranchants de la lance, plusieurs incisions horizontales et verticales à la capsule. Lorsque la lentille a été suffisamment éloignée du champ pupillaire, on imprime à l'aiguille un léger mouvement de rotation, autour de son axe longitudinal, pour la dégager du cristallin. Dans le cas où la capsule antérieure est unie à la marge pupillaire par quelques brides, on conduit l'extrémité de l'aiguille vers les adhérences, pour les inciser. Lorsque toute la marge iridienne est adhérente au cristallin, on se comporte comme nous l'avons indiqué page 124.

Lorsqu'on a affaire à une cataracte molle, il est impossible d'abaisser ou de récliner le cristallin ; on se contente alors de pratiquer la *discision* de la capsule, ou bien on fragmente la lentille (broiement).

Troisième temps. Retrait de l'aiguille. Après avoir dégagé la lance de la chambre postérieure, on la ramène, à travers la pupille, dans la chambre antérieure, et on la fait sortir par la plaie cornéale, en lui donnant la même direction qu'au moment de la ponction (*a m*). Le pansement est identique à celui de la scléroticonyxis.

Accidents. Il en est de primitifs et de consécutifs. Les seconds ne diffèrent pas de ceux que l'on observe après la dépression de la cataracte par la sclérotique (voy. p. 123).

(*a*) LA SORTIE DE LA LANCE, immédiatement après la ponction de la cornée, est le plus souvent la conséquence d'un mouvement intempestif de la tête ou de l'œil de l'opéré. On la prévient, en faisant maintenir convenablement la tête du patient ; en assujettissant l'œil, au moyen de l'index

appuyé sur le globe, vers la caroncule ; en pratiquant la ponction de la cornée sans hésiter. Si, malgré ces précautions, la lance sort de l'œil, on la replonge une seconde fois. (*b*) LA BLESSURE DE L'IRIS est peu à craindre quand la pupille a été convenablement dilatée par l'atropine ; quand on imprime à la lance une direction telle, que sa pointe est tournée vers la pupille ; quand la convexité en est tournée en arrière. (*c*) LA CONTRACTION SPASMODIQUE DE LA PUPILLE est en dehors de la volonté de l'opérateur. Si elle est assez prononcée pour empêcher l'introduction de la lance dans la chambre postérieure, il est préférable de retirer l'aiguille et d'exécuter l'opération, immédiatement ou ultérieurement, par une autre méthode. (*d*) LORSQUE LE CRISTALLIN PASSE DANS LA CHAMBRE ANTÉRIEURE, accident plus à craindre dans la manœuvre de la dépression proprement dite que dans celle de la réclinaison, on se comporte comme nous l'avons dit page 122.

APPRÉCIATION. L'opération de la *kératonyxis* est inférieure à celle de la *scléroticonyxis*, surtout pour faire exécuter au cristallin le mouvement de réclinaison. En effet, la lance ne peut agir sur la lentille que dans une direction oblique ou perpendiculaire, au lieu d'être posée à plat sur le cristallin, comme dans la *scléroticonyxis*. La lentille, ne pouvant être enfoncée aussi profondément dans le corps vitré, est plus exposée à remonter. La division de la capsule antérieure est d'une manœuvre difficile. Le cristallin est exposé à être plus facilement harponné par l'extrémité de la lance que dans la *scléroticonyxis*. Le resserrement de la pupille force parfois le chirurgien à interrompre l'opération. Le lieu où la cornée a été ponctionnée devient quelquefois le siège d'un obscurcissement ; ou bien encore la cornée peut s'enflammer. Le seul avantage réel accordé à la *kératonyxis*, celui de permettre au chirurgien d'opérer des deux côtés, avec la main droite, est insignifiant pour tout chirurgien ambidextre.

TROISIÈME MÉTHODE.

EXTRACTION.

L'extraction est une méthode ancienne. Antylus et Galien l'ont exécutée à travers la cornée. Abandonnée au moyen âge, elle fut remise en pratique à la fin du dix-septième siècle, et surtout dans la première moitié du dix-huitième siècle par Méri, Wepfer, Saint-Yves, Petit et Taylor. Daviel a donc eu le tort de revendiquer pour lui la découverte de la méthode par extraction ; il lui reste néanmoins le mérite de l'avoir décrite et de lui avoir donné une importance qu'elle n'avait pas eue jusque-là ; il exécutait l'extraction par *kératotomie inférieure*.

Wenzel s'efforça de faire substituer, à cette dernière, la *kératotomie oblique externe et inférieure* ; il décrit une *kératotomie supérieure et interne*. Pellier proposa, pour quelques cas, une *kératotomie supérieure et externe*. L'idée première de la *kératotomie supérieure* proprement dite appartient à Richter.

La *kératotomie linéaire* n'est pas plus d'invention moderne que les pro-