

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-

céders que nous venons d'indiquer. Saint-Yves, Wardrop, Palucci, Fr. Jäger, Gibson (de Manchester), Travers, Rosas, Sichel, Furnari l'ont exécutée. Plus récemment, Ed. Jäger, de Græfe, Stæber, ont cherché à remettre en vogue cette opération.

La méthode de l'extraction peut être divisée en deux sous-méthodes, suivant qu'on enlève le cristallin à travers une plaie faite à la sclérotique ou à la cornée.

### I. Extraction scléroticale. Scléroticotomie.

Elle a été proposée à la fin du dernier siècle par B. Bell. La première opération, sur le vivant, a été faite par Earl; celui-ci a été suivi, dans la même voie, par Lebel, Giorgi d'Imola, Pirondi. Plus tard, Quadri a adopté l'extraction scléroticale comme méthode générale. Sichel l'a préconisée pour les cataractes secondaires.

**Procédé de Quadri.** Avec un couteau de Wenzel, on pratique, du côté de l'angle externe de l'orbite, à 4 ou 5 millimètres en arrière de la cornée, et *parallèlement à la circonférence* de cette membrane, une incision longue de 8 à 9 millimètres. Par cette plaie, on engage les pinces, pour aller saisir le cristallin muni de sa capsule, et l'amener au dehors. Ce procédé a des inconvénients sérieux : la section des nerfs et vaisseaux ciliaires; l'évacuation d'une grande partie de l'humeur vitrée.

**Procédé de Stæber.** Il est applicable aux *cataractes secondaires*. Le globe est fixé avec des pinces à griffes qui saisissent un repli de la conjonctive. Un couteau-lance fait, au côté externe de la sclérotique, à 2 ou 3 millimètres de la circonférence de la cornée, *un peu au-dessous du diamètre transverse de l'œil*, afin d'éviter les artères ciliaires longues, une incision *horizontale*, de 5 à 7 millimètres de long. Par cette plaie, on introduit la pince-tube (serretele), pour attirer la fausse membrane. Si on ne réussit pas à la saisir avec cet instrument, on remplace ce dernier par un crochet. Si la cataracte secondaire ne peut être saisie ni par la pince-tube, ni par le crochet, qu'elle se laisse traverser par ces instruments sans les suivre, Stæber déchire la fausse membrane en divers sens; les lambeaux de la production morbide se roulent sur eux-mêmes, et la pupille s'éclaircit.

### II. Extraction cornéale.

Elle se pratique en taillant aux dépens de la cornée un lambeau dont la situation varie, ou bien en faisant au miroir oculaire une simple ponction. De là deux sous-méthodes, l'*extraction par lambeau* et l'*extraction linéaire*. Le lambeau peut être taillé de façon à ce que la base répondant au diamètre transversal de la cornée, le sommet est tourné vers la demi-circonférence inférieure de cette membrane (fig. 120, a) : c'est la *kératotomie inférieure*. Ou bien, au contraire, la base du lambeau correspondant toujours au diamètre transverse, le sommet est tourné vers la demi-circonférence supérieure de la

cornée (b) : c'est la *kératotomie supérieure*. La base du lambeau suit un diamètre oblique de la cornée, pendant que le sommet correspond à une portion de la demi-circonférence externe et à une portion de la demi-circonférence inférieure de la cornée (c) : *kératotomie oblique inférieure externe*. Il serait même facile de tailler un lambeau qui, comprenant d'autres portions de la cornée, donnerait lieu, soit à une *kératotomie oblique supérieure externe* (e), soit à une *kératotomie oblique supérieure interne* (h), soit à une *kératotomie oblique inférieure interne* (m).

L'extraction *linéaire* (d) diffère de l'extraction à lambeau, en ce que l'on pratique à la cornée une simple ponction parallèlement à sa demi-circonférence externe. On pourrait multiplier les procédés, en donnant à l'incision une autre situation par rapport à la circonférence de la cornée.

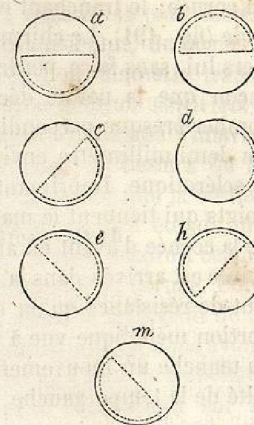


Fig. 190.

### A. KÉRATOTOMIE SUPÉRIEURE.

Le patient est assis sur une chaise basse, à côté et non pas en face de la fenêtre de la chambre, à moins que celle-ci ne soit pas suffisamment éclairée; le côté du corps correspondant à l'œil que l'on opère dirigé vers la fenêtre. La tête du patient est appuyée sur la poitrine d'un aide qui se tient derrière le malade, et place une main sur le crâne, pendant que de l'autre main, il relève la paupière supérieure avec un *élévateur plein* engagé sous le voile (e, fig. 191, p. 130), sans comprimer le globe. Le chirurgien s'assied sur un siège plus élevé, en face de l'opéré, dont il place les genoux entre les siens. La position assise du malade et de l'opérateur est adoptée par le plus grand nombre des chirurgiens. Il en est qui préfèrent faire coucher le patient sur un plan légèrement incliné et résistant : tels Rowley, Pamard, M.-A. Petit, Carron, Furnari, J.-E. Pétrequin. Dans la description qui va suivre, nous supposons qu'on agit sur l'œil *gauche*.

**Premier temps. Section du lambeau** (voy. fig. 191, p. 130). L'opéré placé comme nous venons de le dire; l'aide, placé derrière lui, relevant la paupière supérieure avec l'élévateur plein (e); un autre aide abaissant la paupière inférieure avec l'index; le chirurgien fixe l'œil, en saisissant avec une pince à griffes (p), tenue de la main *gauche*, un repli de la conjonctive et du fascia sous-conjonctival, en dedans de la demi-circonférence interne de la cornée. Il prend le kératotome (c), comme une plume à écrire, entre les trois premiers doigts de la main droite appliqués sur les deux faces les plus larges du manche, près du point de réunion de ce dernier avec le talon de la lame; les deux derniers doigts de la même main prennent un point d'appui, par la face dorsale de la dernière phalange, sur la région malaire. La lame de l'instrument est placée de telle façon que l'une des faces regarde en avant,