

L'autre regarde la cornée; le bord mousse répond au *diamètre transverse* de la cornée; le tranchant est tourné en haut et vers le sourcil droit du malade (fig. 191). Le chirurgien ramène alors l'extrémité libre du manche vers lui, sans faire perdre à tout l'instrument la direction horizontale, de façon que la pointe décrivant un arc de cercle en sens opposé vienne tomber presque perpendiculairement sur la face antérieure de la cornée, à un demi-millimètre environ du point de réunion de cette membrane avec la sclérotique. Imprimant alors un léger mouvement d'extension aux trois doigts qui tiennent le manche de l'instrument, il traverse toute l'épaisseur de la cornée d'avant en arrière avec la pointe de la lame. Dès que cette pointe est arrivée dans la chambre antérieure, ce que l'on reconnaît au défaut de résistance qu'on éprouve alors et à l'aspect brillant offert par la portion métallique vue à travers la cornée, on imprime à l'extrémité libre du manche un mouvement en arc de cercle qui, rapprochant cette extrémité de la tempe gauche de l'opéré, donne à la lame une direction sem-

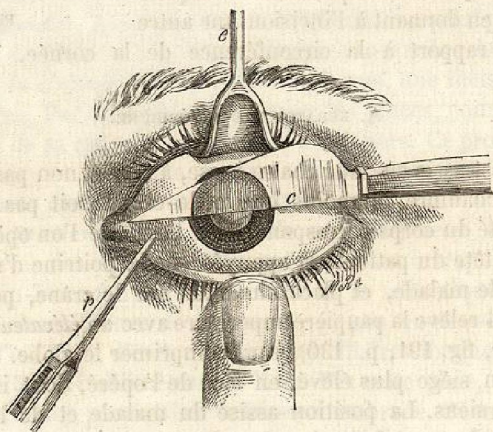


Fig. 191.

blable à celle qu'elle avait avant la ponction, c'est-à-dire que le bord mousse est de nouveau situé sur le prolongement d'une ligne horizontale divisant la cornée en deux portions égales : l'une supérieure ou frontale, l'autre inférieure ou jugale. Par un mouvement d'extension des trois premiers doigts qui tiennent le manche, on fait parcourir à la lame toute l'étendue de la chambre antérieure de l'œil, dans une direction horizontale, en maintenant constamment le bord mousse de la lame sur la ligne horizontale qui divise la cornée en deux portions égales. On fait sortir la pointe de l'instrument par l'extrémité interne de cette ligne (contre-ponction), à un demi-millimètre en dehors du point de la réunion de la sclérotique avec la demi-circonférence interne de cornée (fig. 191). On continue à pousser l'instrument de dehors en dedans, de l'angle temporal vers l'angle nasal de l'orbite. A mesure que la lame chemine, en raison de sa forme triangulaire, elle intéresse une portion de la cornée d'autant plus éloignée

de son diamètre transverse que la lame avance davantage. Elle agit à la fois par la portion de son tranchant engagée dans la plaie de la ponction et par la portion engagée dans la plaie de la contre-ponction, de façon à tailler un lambeau triangulaire à base correspondant au diamètre transverse de la cornée, à sommet parallèle à la demi-circonférence supérieure de cette membrane. Il arrive parfois, qu'en continuant à pousser l'instrument directement de l'angle temporal vers l'angle nasal, la lame a de la tendance à intéresser la sclérotique. Cela tient, ou bien à ce que la cornée est plus petite par le fait de l'existence d'un arc sénile un peu étendu, ou bien à ce que la lame du kératotome est trop large, ou bien encore à ce que la ponction a été faite au-dessus du diamètre transverse de la cornée. Pour éviter cet accident, il suffit d'incliner un peu en avant le tranchant de la lame, tout en continuant à pousser celle-ci dans la direction que nous avons précédemment indiquée. Dans ce cas seulement, on agit avec le tranchant de l'instrument, tandis que dans les cas ordinaires il suffit d'agir sur la pointe et le bord mousse de la lame. Chez quelques sujets, la saillie du nez ou l'enfoncement du globe empêchent de faire cheminer le kératotome assez loin vers l'angle nasal pour achever la section du lambeau de la cornée; il faut alors ramener le globe un peu en dehors avec la pince à griffes implantée dans la conjonctive, en même temps qu'on porte la pointe de l'instrument un peu en avant, en rapprochant l'extrémité libre du manche vers la tempe. Lorsque le lambeau de la cornée est achevé, on dégage d'abord les pinces qui fixent le globe; on recommande à l'aide de redoubler de soin, pour ne pas exercer la moindre compression sur le globe avec l'élevateur plein; le chirurgien retire le couteau horizontalement, en lui faisant suivre une direction suivant une ligne dirigée de l'angle nasal vers l'angle temporal de l'orbite. Lorsque la section du lambeau a été pratiquée méthodiquement; que l'opérateur n'a pas apporté d'hésitation dans la marche du couteau; que celui-ci n'a pas subi de mouvement de recul, l'humeur aqueuse ne s'écoule que lorsque la section de la cornée est complète. Après cette section, et lorsque les pinces fixatrices ainsi que le kératotome ont été dégagés aussi, l'aide dégage avec précaution l'élevateur plein; la paupière supérieure retombe au-devant du globe; l'inférieure, également abandonnée par l'autre aide, reprend sa place, et l'œil reste abrité derrière les voiles rapprochés *doucement* par l'opéré, *comme dans l'état de sommeil*.

*Second temps. Incision de la capsule cristalline* (voy. fig. 192, p. 132). Après avoir accordé à l'opéré quelques instants de repos, l'aide placé derrière lui relève doucement la paupière supérieure, non plus avec l'élevateur plein, comme dans le premier temps, mais avec l'index. Pour cela, il applique la portion de la face palmaire de ce doigt qui correspond à l'articulation phalango-phalangienne sur le sourcil, qu'il attire directement en haut. Appliquant ensuite la face palmaire de la troisième phalange de ce doigt sur la face cutanée de la paupière supérieure, il refoule le voile en haut et en arrière contre l'arcade orbitaire, sans communiquer la moindre pression au globe. Le chirurgien lui-même abaisse la paupière inférieure avec l'index de

la main gauche. De la main droite, il prend le *kystitome* dont il tient le manche comme une plume à écrire, dans une situation parallèle au diamètre transverse de l'orbite, la pointe de l'instrument tournée vers le nez, le bord mousse de la demi-lance regardant en haut, l'une des faces en avant, l'autre en arrière. Il engage la tige du *kystitome*, et non la partie tranchante de l'instrument, entre les lèvres de la plaie cornéale, et la fait glisser de haut en bas jusqu'à la base du lambeau (fig. 192). Alors il entraîne l'instrument vers l'angle temporal de l'orbite, sans cesser de lui conserver la position horizontale, jusqu'à ce que la portion tranchante arrive vis-à-vis le milieu de la pupille. Imprimant à l'extrémité opposée de l'instrument, la curette, un petit mouvement en arc de cercle qui éloigne cette dernière de la région temporale, la lance ou la demi-lance du *kystitome* s'engage dans la pupille et arrive sur la capsule antérieure du cristallin. On pratique avec le tranchant du *kystitome* trois ou quatre incisions transversales, parallèles les unes aux autres. Abaisant ensuite le manche de l'instrument pour diriger le tranchant de la lance en arrière parallèlement au diamètre vertical du cristallin, on pratique sur la capsule trois ou quatre incisions verticales et parallèles qui croisent la direction des précédentes. On aura soin, pendant ces manœuvres d'incision de la capsule, de ne pas appuyer trop fortement le tranchant du *kystitome*

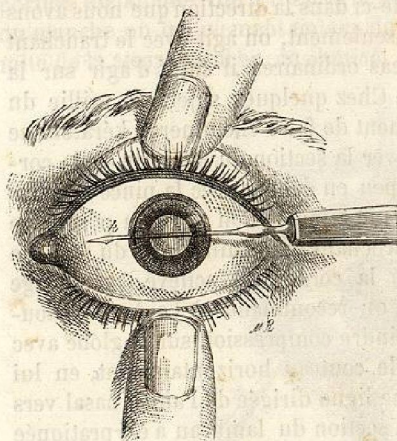


Fig. 192.

sur la lentille, dans la crainte de l'abaisser ou de la refouler en arrière. Le but des incisions multiples faites sur la capsule est de lacérer largement cette enveloppe, ce qui favorise la sortie de la lentille et prévient une cataracte secondaire.

L'incision de la capsule ne doit jamais être omise dans l'opération de la cataracte par extraction.

Quelques chirurgiens, entre autres Wenzel, ont proposé de se servir du *kératotome* pour inciser la capsule en même temps qu'on taille le lambeau de la cornée; il suffit pour cela d'incliner la pointe du *kératotome* en arrière, après que l'instrument a traversé la cornée, de l'engager à travers la pupille pour ponctionner la capsule. Ce procédé expose à l'évacuation prématurée de l'humeur aqueuse, à une blessure du limbe de l'iris, à l'issue de l'humeur vitrée. De plus, la capsule est divisée d'une manière insuffisante, ce qui expose l'opéré à une cataracte secondaire.

Lorsque la capsule antérieure a été incisée, en divers sens, par le *kystitome*, on ramène la lance en avant, dans la chambre antérieure; on donne à l'instrument une direction parallèle au diamètre transverse de l'orbite,

et on le retire de bas en haut, en soulevant légèrement le lambeau de la cornée. L'aide laisse retomber la paupière supérieure, le chirurgien cesse d'abaisser l'inférieure, et les deux voiles arrivent au contact.

*Troisième temps. Sortie du cristallin.* Après avoir accordé à l'opéré quelques instants de repos, le chirurgien attire en haut la paupière supérieure avec la face palmaire du pouce de la main gauche. Il saisit de la main droite la curette (c, fig. 193) qu'il tient comme une plume à écrire, porte la convexité de l'instrument sur la paupière inférieure, et exerce sur la partie antéro-inférieure du globe, à travers le voile, une pression douce et non continue. Il prescrit en même temps à l'opéré de diriger l'œil vers le sol, sans secousse. Cette double manœuvre a pour résultat de faire sortir la lentille de son enveloppe. Le cristallin s'engage par son bord supérieur, d'abord à travers la pupille qu'il franchit, puis à travers la plaie de la cornée, et tombe le plus souvent sur la joue, quelquefois dans le cul-de-sac oculo-palpébral inférieur, d'où on le dégage facilement. Si la cataracte est molle

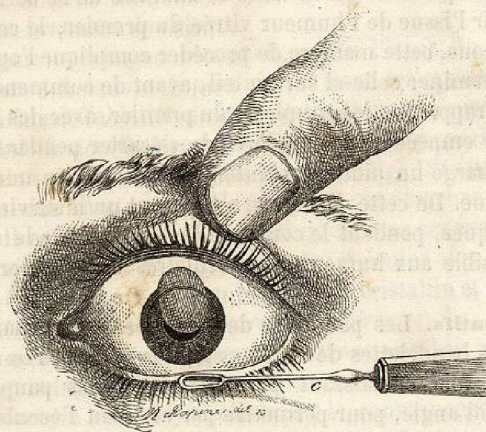


Fig. 193.

et que les débris de substance corticale restent dans la chambre antérieure, on fait rapprocher les paupières, et l'on attend que l'humeur aqueuse se soit reproduite. Alors, attirant de nouveau la paupière supérieure en haut, on exerce à travers le voile inférieur quelques pressions sur le globe, pour donner issue aux fragments opaques. Si ceux-ci persistent, il est préférable de les abandonner à l'absorption dans l'humeur aqueuse plutôt que d'aller les chercher avec la curette introduite derrière le lambeau de la cornée. Cette dernière manœuvre expose à une phlegmasie de la chambre antérieure. Chez les sujets qui contractent fortement les muscles de l'œil, au moment où on leur recommande de fermer les paupières, après le second temps de l'opération, le cristallin est parfois projeté au dehors avec une grande force; il peut même y avoir issue d'humeur vitrée consécutivement à la sortie du cristallin.

Une fois que le cristallin est dégagé, on recommande au malade de re-