

garder un peu en haut; on attire la paupière supérieure en avant, et on la laisse retomber au-devant de la cornée. En agissant ainsi, on n'a pas à redouter que le lambeau soit renversé en avant, ce qui donnerait lieu à des accidents graves. Pour peu qu'on ait de crainte sur la possibilité de ce renversement, on soulève la paupière, en tirant en avant un repli cutané du voile, qu'on ne laisse retomber qu'après avoir acquis la certitude que le lambeau est bien appliqué.

**Opération sur l'œil droit.** Elle se fait absolument de la même manière que sur l'œil gauche: le kératotome et le kystitome sont tenus par la main gauche du chirurgien, qui doit de toute nécessité être ambidextre.

**Opération simultanée des deux yeux dans la même séance.** Quelques chirurgiens conseillent d'interrompre la première opération, après la section du lambeau kératique; de tailler le lambeau du second œil; de revenir ensuite au premier, pour inciser la capsule antérieure du cristallin. Ils attribuent à cette manœuvre l'avantage, au cas où des accidents spasmodiques surviennent pendant qu'on taille le lambeau de la cornée du second œil, de prévenir l'issue de l'humeur vitrée du premier, le cristallin s'y opposant. Selon nous, cette manière de procéder complique l'opération. Il est préférable de terminer celle-ci sur un œil, avant de commencer l'opération sur l'autre. On rapproche les paupières du premier, avec des bandelettes de taffetas, et pour empêcher les paupières de s'écarter pendant qu'on opère le second, on charge un aide de maintenir sur les voiles une compression douce et continue. De cette façon, en admettant qu'il survienne des accidents spasmodiques, pendant le cours de l'opération sur le second œil, il ne sera pas possible aux humeurs intraoculaires du premier de s'écouler au dehors.

**Soins consécutifs.** Les paupières de l'œil opéré sont maintenues rapprochées par des bandelettes de taffetas agglutinatif que l'on colle sur les deux voiles à la fois, en laissant libre la portion des paupières correspondant au grand angle, pour permettre par ce point l'écoulement au dehors des mucosités sécrétées par la conjonctive. On pratique la même occlusion sur les paupières de l'œil non opéré. Le patient est reconduit et installé au lit par le chirurgien qui aide au déshabillage de l'opéré. Le lit doit être pourvu d'oreillers de crin, en nombre suffisant pour que la tête soit élevée. La chambre est tenue dans l'obscurité.

L'opéré reste couché sur le dos jusqu'à la levée de l'appareil. Le premier jour, on donne des potages; le lendemain, s'il n'y a pas de réaction, on administre quelques aliments légers, et on augmente la quantité les jours suivants. La diète me semble une condition défavorable pour obtenir la cicatrisation du lambeau de la cornée. Il est important d'empêcher la constipation. Il est bien entendu que, pour la défécation, comme pour la miction, l'opéré reste au lit, dans la position horizontale.

L'appareil unissant des paupières reste en place pendant quatre jours révolus. On l'enlève, après l'avoir au préalable imbibé d'eau tiède. On tient le malade dans l'obscurité que l'on diminue graduellement les jours suivants, en ayant soin alors de lui poser des lunettes à verres bleus ou fumés,

garnis sur les côtés de taffetas de couleur semblable. Les verres à cataracte ne sont donnés que plus tard. On n'omettra pas de faire baigner l'œil opéré, trois fois par jour, dans une solution étendue de sulfate d'atropine (Pour plus de détails, cons. mon *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 299 et suiv.).

**Manœuvres complémentaires dans quelques opérations de cataracte par extraction.** Après l'issue du cristallin, il arrive parfois qu'il reste derrière la pupille un lambeau opaque formé par la capsule divisée d'une manière insuffisante. Parfois cette membrane est poussée en avant avec l'iris et semble comme appliquée derrière la face postérieure de la cornée. Si on abandonne les choses dans cet état, il se forme une cataracte *membraneuse secondaire*. Il faut donc, toutes les fois qu'après la sortie de la lentille il reste des lambeaux opaques derrière l'iris, chercher à les extraire en les saisissant avec des pinces à iridectomie. Cette opération n'est pas exempte de difficultés; la membrane capsulaire est tellement mince, qu'elle se laisse difficilement saisir par les mors de l'instrument; ou bien, quand elle est saisie, et qu'on fait le moindre effort pour l'attirer au dehors, elle glisse entre les branches des pinces.

Chez quelques opérés, on reconnaît, après l'issue du cristallin, qu'il existe une *opacité de la capsule postérieure*. Dans les cas de ce genre, Marc-Antoine Petit faisait l'ablation de la cristalloïde postérieure avec des pinces fines; Forlenza la décolle avec une érigne en or recourbée; Beer porte jusque sur elle un crochet à irido-dialysis (r, fig. 184, p. 78) et imprime à l'instrument des mouvements de torsion pour arracher la membrane en divers sens. Il ne faut pas se dissimuler que toutes ces manœuvres sont de nature à léser le corps vitré et qu'il faut les exécuter avec beaucoup de circonspection. L'existence d'adhérences entre le cristallin et la pupille motive des indications spéciales (voy. *Cataractes adhérentes*).

**Accidents pendant l'opération par extraction.** Il en est qui sont de la faute de l'opérateur; d'autres sont indépendants de la volonté du chirurgien:

(a) *L'hémorragie sous-conjonctivale* est la conséquence de la déchirure de quelque veine *variqueuse* entamée par la pince fixatrice de l'œil. Le sang infiltré se résorbe promptement. (b) *L'insinuation du kératotome entre les lames de la cornée*, au lieu d'en faire pénétrer directement la pointe dans la chambre antérieure, n'arrive qu'à ceux qui ne se sont jamais exercés à l'opération de la cataracte sur des yeux d'animaux. Elle est due à ce que la ponction de la cornée est faite *parallèlement* ou *obliquement* au plan du miroir oculaire. C'est dire qu'on l'évite, en pratiquant cette ponction *perpendiculairement* à la cornée, et en ramenant la lame au parallélisme avec l'iris, dès que la pointe de l'instrument est arrivée dans la chambre antérieure. Si on s'est fourvoyé entre les lames de la cornée, on retire le couteau; on recommence la ponction d'une manière plus méthodique, si, pendant les premières tentatives, la chambre antérieure n'a pas été ouverte; celle-ci a-t-elle au contraire déjà été entamée et l'humeur aqueuse s'est-elle écoulée, il est préférable de remettre l'opération à un autre moment, parce qu'on risque, en faisant une nouvelle ponction, de couper l'iris. (c) *L'exiguïté du lambeau de la cornée* est la conséquence de ce que la ponc-

tion ou la contre-puncton ont été faites au-dessus du diamètre transverse de la cornée, ou bien de ce que le tranchant du couteau ayant été trop incliné en avant, le sommet du lambeau a été taillé à une trop grande distance de la circonférence scléroticale. L'exiguïté du lambeau est un obstacle à la sortie du cristallin. On l'évite, en se conformant aux règles énoncées p. 130. Un chirurgien habile y obvie, lorsqu'il s'en aperçoit pendant le cours même de la manœuvre, en abaissant le lieu de la contre-puncton. Si le lambeau est reconnu trop petit, seulement après avoir été achevé, on agrandit la plaie cornéale, vers l'un des angles, avec un petit couteau boutonné à lame étroite ou avec les ciseaux de Daviel à branches recourbées suivant les bords. (d) Il est rare que le lambeau de la cornée soit *trop étendu*, l'opérateur ayant une tendance à tailler le lambeau *trop court*. Dans le premier cas, on a plus à redouter la hernie de l'iris et le renversement du lambeau. (e) Il arrive parfois que le couteau entame la portion de sclérotique attenante à la circonférence de la cornée, et qu'au lieu d'un lambeau *cornéal*, on taille un lambeau *kérato-sclérotidien*. Cela tient à ce que le tranchant du couteau est incliné en arrière. Lorsque le sinus veineux de Hovius est atteint, il s'écoule quelques gouttes de sang. L'accident n'a pas de gravité; le lambeau se réunit peut-être un peu plus tardivement, mais la pupille peut rester déformée, oblongue dans le sens vertical. (f) *L'évacuation prématurée de l'humeur aqueuse* est la conséquence de l'hésitation apportée par le chirurgien dans la marche du kératectomie: la lame de l'instrument augmentant d'épaisseur de la pointe vers le talon, remplit la plaie de la cornée et empêche l'humeur aqueuse de s'écouler; si le kératectome recule au lieu d'avancer, la solution de continuité de la cornée n'est plus exactement bouchée, et l'humeur aqueuse s'écoule au dehors, entraînant avec elle l'iris qui est exposé à être blessé par le couteau. Un chirurgien qui a l'habitude des manœuvres de la kératectomie évitera cependant la lésion du diaphragme, en tournant le tranchant du couteau un peu en avant. Un opérateur qui en est à son début fera mieux de terminer le lambeau de la cornée avec des ciseaux boutonnés. (g) *La blessure de l'iris* n'est pas seulement produite dans les conditions précédentes; quelquefois l'iris est piqué par la pointe du kératectome, lorsque celui-ci est enfoncé trop perpendiculairement dans l'épaisseur de la cornée et que le manche n'est pas ramené assez rapidement vers la région temporale, après que la pointe est arrivée dans la chambre antérieure. L'iris est encore parfois blessé avec le kystitome, lorsque cet instrument est conduit à travers une pupille qui s'est resserrée. Les blessures de l'iris produites dans le cours de l'opération de la cataracte varient depuis de simples fentes jusqu'à une perte de substance du diaphragme. Elles sont suivies d'une suffusion sanguine qui se fait dans la chambre antérieure, mais qui se résorbe en général promptement; en raison de cette circonstance, elles ne sont pas graves. Si la fente ne se cicatrise pas, il se produit parfois une pupille surnuméraire qui donne lieu à la *diplopie*. (h) *Le décollement de l'iris* à sa grande circonférence est rare: on l'a observé dans les cas où un cristallin volumineux ne pouvait franchir la pupille, pendant les efforts de pression

exercés sur le globe pour faire sortir la lentille; ou bien encore lorsque dans une cataracte capsulo-lenticulaire adhérente, on exerce de fortes tractions sur la capsule pour entraîner celle-ci au dehors. (i) *La hernie de l'iris* à travers la plaie de la cornée est bien plus rare à titre d'accident primitif que d'accident consécutif (voy. plus loin). Si elle se fait immédiatement après l'opération, elle réclame les mêmes moyens que ceux que nous avons indiqués page 82 de ce volume. (j) *La piqûre de la racine du nez et de la paupière supérieure* par le kératectome, pendant que celui-ci taille le lambeau de la cornée, n'a pas d'importance. (k) *La rupture de la pointe du kératectome dans la chambre antérieure* exige qu'on retire le fragment métallique, à moins que ces manœuvres ne soient trop difficiles, auquel cas il faut abandonner le corps étranger. (l) *L'issue de l'humeur vitrée* a lieu avant, pendant ou après l'expulsion du cristallin. Elle résulte d'une pression exagérée exercée sur l'œil par le chirurgien ou par l'opéré qui contracte spasmodiquement les muscles oculaires. Le ramollissement du corps vitré y prédispose. La blessure du corps hyaloïde par la pointe du kystitome, ou par la curette introduite derrière le cristallin pour faire sortir ce dernier, en est une cause fréquente. L'accident est plus fâcheux avant qu'après la sortie de la lentille, parce que dans le premier cas la compression exercée sur le globe pour favoriser l'issue du cristallin produit une nouvelle évacuation d'humeur vitrée. Dans tous les cas, la première indication à remplir est de renverser la tête du malade en arrière, en plaçant l'opéré dans la position horizontale, et de lui commander de tenir les paupières closes comme dans l'état de sommeil, sans les serrer fortement l'une contre l'autre. Si le cristallin est encore derrière la pupille, le chirurgien soulève lui-même la paupière supérieure et exerce une compression douce sur le globe, à travers la paupière inférieure pour solliciter la sortie de la lentille. Si cette compression fait sortir une nouvelle portion d'humeur vitrée sans entraîner le cristallin, il faut aller chercher celui-ci avec la *curette* introduite derrière la pupille. Une fois le cristallin sorti, on continue à maintenir l'opéré dans la position horizontale, jusqu'à ce que les paupières soient tenues rapprochées par les bandelettes de taffetas agglutinatif dont on multiplie les couches, et que l'on recouvre d'un tampon d'ouate ou de charpie assujéti par un bandeau. L'issue d'une grande quantité d'humeur vitrée laisse l'œil mou, et la vision reste mauvaise, alors même que l'œil ne s'enflamme pas consécutivement à l'opération. L'écoulement d'une petite quantité du même fluide n'est pas grave; elle donne lieu à une détente de l'œil favorable pour prévenir la phlegmasie subséquente à la kératectomie. (m) *Le défaut de sortie du cristallin* tient le plus souvent à un volume exagéré de la lentille qui ne peut franchir l'orifice pupillaire; cela s'observe surtout chez les vieillards dont le noyau de la cataracte est généralement très-gros. Ce qu'il y a de mieux à faire en pareille circonstance, c'est de dégager le cristallin avec la curette portée, à travers la pupille, en arrière de la lentille. Le défaut d'élasticité des enveloppes de l'œil et de la capsule cristalline s'opposent aussi à l'issue du cristallin et réclament la même indication. Quelquefois le cristallin ne sort pas, parce que la capsule