

n'a pas été suffisamment divisée par le kystitome; signaler cette cause, c'est en indiquer le remède. Lorsque ce sont des *adhérences entre le bord pupillaire et la capsule* qui mettent obstacle à ce que la lentille traverse la plaie pratiquée à la cristalloïde, on coupe les brides avec le kystitome. Si les adhérences résistent, on emporte avec des ciseaux la portion d'iris qui est unie à la capsule. Lorsque, dans une cataracte liquide, après l'incision de la capsule, la substance corticale fluidifiée s'écoule dans la chambre antérieure et sort à travers la plaie cornéale par une pression légère, et que le noyau demeure derrière la pupille; si des efforts de pression communiqués à l'œil provoquent l'issue de l'humeur vitrée, au lieu de faire sortir le noyau, on extrait ce dernier avec la curette. (n) Si, au contraire, dans une opération de cataracte molle, le noyau s'échappe seul de l'œil, pendant que la substance corticale opacifiée et fluide reste en place, on introduit à plusieurs reprises la curette derrière la pupille, pour amener au dehors une portion de substance corticale, en prenant la précaution d'attendre chaque fois, pour accomplir cette manœuvre, que l'humeur aqueuse soit reproduite. (o) La *dépression de la cataracte*, c'est-à-dire l'abaissement de la lentille derrière l'iris, après la section du lambeau de la cornée ou l'incision de la capsule, s'observe quelquefois dans les cas où le corps vitré est ramolli. Si on persiste à donner issue au cristallin par la compression exercée sur le globe, la lentille s'enfoncé de plus en plus dans la profondeur de l'œil, pendant que l'humeur vitrée s'écoule. Il est préférable, en pareille occurrence, d'aller chercher le cristallin avec la curette. (p) Parmi les *accidents nerveux*, le plus commun est la *syncope*, que l'on combat par la position horizontale, des frictions sur le front et les tempes avec de l'eau de Cologne. On continue l'opération, en laissant le sujet dans la *situation couchée*. Lorsqu'il se déclare des *vomissements*, il faut interrompre l'opération, l'œil pouvant se vider pendant les efforts exécutés par le patient. S'il se manifeste des *mouvements spasmodiques* des muscles de l'œil, pendant la section du lambeau de la cornée, on laisse subsister un pont à la partie moyenne du sommet du lambeau, pour prévenir la sortie rapide du cristallin et parfois même de l'humeur vitrée. Ce n'est qu'après avoir incisé la capsule du cristallin, que l'on complète la section du lambeau de la cornée, avec le couteau boutonné. (q) Si, après l'extraction de la cataracte, il reste dans la chambre antérieure quelques *bulles d'air* qui y ont pénétré pendant l'issue de l'humeur aqueuse, on les expulse en exerçant une compression douce sur le globe, à travers la paupière inférieure, dès que l'humeur aqueuse s'est reproduite. (r) L'*affaissement et le plissement du lambeau* de la cornée sont la conséquence du défaut de reproduction de l'humeur aqueuse. Dès que le liquide de la chambre antérieure s'est reproduit, le lambeau se redresse et reprend son aspect brillant. (s) Le *renversement du lambeau de la cornée* est la conséquence d'un mouvement brusque du globe en haut; le bord libre de la paupière supérieure s'engage dans la plaie de la cornée, qui est alors repoussée en bas. On ne saurait apporter trop d'attention à cet accident, parce que, si on faisait l'occlusion des paupières, en laissant le lambeau renversé, le résultat de l'opération serait désastreux. Pour redresser

le lambeau de la cornée, le chirurgien relève lui-même la paupière supérieure, en portant en même temps le voile un peu en avant, manœuvre qu'il exécute en pinçant entre les doigts la peau de la paupière; il commande au patient de regarder en bas, ce qui suffit au redressement du lambeau; puis il engage le malade à porter l'œil en haut *d'une façon lente*; alors seulement il laisse retomber la paupière supérieure au-devant du globe, d'où résulte une douce compression qui s'oppose à un nouveau renversement. (t) L'*hémorragie intraoculaire* ne s'observe guère que dans les cataractes compliquées de *glaucome*; elle est probablement due à la rupture des vaisseaux profonds de l'œil, vaisseaux dilatés outre mesure et qui cessent d'être soumis à une compression suffisante de dedans en dehors, après l'évacuation de l'humeur aqueuse et du cristallin.

Accidents consécutifs à l'opération par extraction. Il en est quelques-uns qui sont la répétition ou l'exagération de ceux qui se produisent dans le cours même de l'opération; d'autres appartiennent exclusivement à cette période :

(a) Quelquefois l'*affaissement du lambeau de la cornée*, qui se produit immédiatement après l'opération et disparaît généralement au bout de quelques minutes, persiste plus longtemps; quand, après quatre jours, on enlève l'appareil contentif des paupières, on trouve la chambre antérieure affaissée et le lambeau ratatiné. Si cet état persiste, la vision est impossible, parce que les phénomènes de réfraction sont troublés. Il faut ranimer la vitalité de l'organe pour activer la sécrétion de l'humeur aqueuse, ce qu'on obtient par des topiques stimulants appliqués sur la région orbitaire, ou mis au contact de l'œil. A ces moyens locaux, on ajoute une médication tonique à l'intérieur. (b) La *providence du corps vitré* est due le plus souvent à des mouvements convulsifs des muscles de l'œil, à un choc de cet organe, à une chute, à des efforts quelconques exécutés par l'opéré, notamment à des vomissements. Dès qu'on s'aperçoit de l'accident, on fait coucher le malade la tête basse; avec la pulpe des doigts, on exerce une compression sur les bandelettes unissantes des paupières, pour s'opposer à l'écoulement, jusqu'à ce que les accidents spasmodiques aient cessé. Alors on décolle les bandelettes qui sont toujours ramollies, dans ce cas, par le flux de liquide, et on visite l'œil avec les plus grandes précautions, pour s'assurer que le lambeau est bien appliqué. Nous désapprouvons le conseil donné par quelques chirurgiens d'exciser, avec des ciseaux, la portion du corps hyaloïde qui proémine entre les lèvres de la plaie cornéale, parce qu'on ouvre, de cette façon, de nouvelles cellules hyaloïdiennes, ce qui peut provoquer une nouvelle effusion de vitrine. Il ne faut pas non plus chercher à réduire la portion herniée du corps hyaloïde avec la curette, l'occlusion méthodique des paupières exerçant sur le bulbe une compression suffisante pour atrophier cette partie. (c) La *cicatrisation lente du lambeau de la cornée* s'observe chez les sujets débilités, notamment certains vieillards. Il en résulte un écoulement incessant d'humeur aqueuse, et le plus souvent une phlegmasie grave de la chambre antérieure. Pour favoriser le travail de la cicatrisation, on instille derrière les paupières, plusieurs fois par jour, du

laudanum coupé d'eau distillée ; on exerce une compression continue sur les paupières avec des bandelettes agglutinatives qui les maintiennent rapprochées, ou même avec un bandage *monocle*. Dans les cas rebelles, on peut toucher avec précaution les lèvres de la plaie cornéale avec un crayon de pierre infernale taillé en pointe fine, en pratiquant immédiatement après une injection d'eau salée sur la plaie pour neutraliser le caustique. (d) La *hernie secondaire de l'iris* est le plus souvent la conséquence de mouvements intempestifs de l'œil, d'efforts de tous genres faits par l'opéré, quelquefois de quintes de toux. Bien plus souvent, la hernie est due à l'hypersécrétion des liquides de l'œil, résultant de la fluxion traumatique dont l'organe devient le siège. Les conséquences en sont variables : chez les uns, elle est suivie d'une phlegmasie grave qui se propage au globe et compromet la vision ; chez d'autres, la pupille est simplement entraînée du côté correspondant à la plaie cornéale ; parfois même cette ouverture, réduite à de petites dimensions, devient tout à fait excentrique. L'accident est difficile à reconnaître, à cause de l'occlusion des paupières. Toutefois, si, quelques heures après l'opération, le malade accuse une douleur violente s'étendant dans tout l'orbite, et revenant sous forme d'élançements très-vifs sur le trajet du frontal, on enlève les bandelettes et on visite l'œil avec précaution. Si on reconnaît une hernie de l'iris, on cherche à la faire rentrer par les moyens indiqués page 82. Si le prolapsus ne cède pas, on en fait l'excision à ras de la cornée ; après quoi on réapplique l'appareil contentif des paupières. Si la hernie est reconnue après la levée ordinaire de l'appareil, on use avec circonspection des instillations d'atropine qui augmentent le prolapsus, et on emploie de préférence contre ce dernier le laudanum. (e) La *gangrène du lambeau* est un accident très-rare. (f) Lorsque le lambeau a été taillé trop obliquement, les lèvres de la plaie se réunissent par la partie profonde, tandis que la partie superficielle reste béante. On touche la portion du lambeau non cicatrisée avec un stylet trempé dans une solution concentrée d'azotate d'argent. (g) Le *kératocèle* est la conséquence d'une section trop oblique du lambeau ; le tissu de la cornée n'a pas un degré de résistance suffisante et est soulevé par l'humeur aqueuse. Au niveau de son sommet, le lambeau offre une ampoule allongée, transparente, tendue, pleine de liquide. Si l'occlusion de l'œil, l'emploi de stimulants locaux, une cautérisation légère avec le crayon de pierre infernale, ne suffisent pas pour remédier à cet accident, on resèque la tumeur à sa base, avec des ciseaux de Daviel, et on tient ensuite l'œil bien fermé pendant huit ou dix jours. (h) La *photophobie* persiste quelquefois pendant plusieurs semaines après l'opération, et alors que celle-ci a donné les résultats les plus heureux. On soustrait plus longtemps l'opéré à l'action d'une lumière vive, et on lui fait porter, indépendamment de lunettes à verres fumés foncés, une longue visière verte.

(i) **Inflammation** : c'est l'accident le plus grave après l'extraction, celui qui compromet le plus souvent cette opération, si séduisante par ses résultats immédiats. LES OPÉRATIONS FAITES DANS LES CONDITIONS LES PLUS HEUREUSES PÉRICLITENT QUELQUEFOIS PAR CETTE MALHEUREUSE TER-

MINAISON, TANDIS QUE DES OPÉRATIONS FAITES D'UNE MANIÈRE DÉPLORABLE, A CAUSE DE L'INDOCILITÉ DE L'OPÉRÉ, EN RESTENT A L'ABRI. L'inflammation débute de diverses manières et se propage plus ou moins loin :

(α) Quelquefois elle commence par la petite portion de l'iris qui est restée interposée aux lèvres de la plaie kératique. Les mouvements du globe, c'est-à-dire le frottement de la portion d'iris herniée contre la face interne des paupières, ne sont probablement pas sans influence sur la production de l'inflammation. Celle-ci débute généralement au bout de quarante-huit heures après l'opération, par la *sensation de picotements* derrière la paupière supérieure. Ces picotements persistent avec des intervalles de rémission plus ou moins longs. Les malades se sentent soulagés, chaque fois qu'il s'écoule de l'intervalle des paupières un liquide qui produit une sensation de brûlure. Lorsqu'on enlève l'appareil contentif, au quatrième jour après l'opération, on voit une exsudation plastique collée à la place qu'occupe la plaie cornéale. Cet exsudat se prolonge au-devant de la portion de la face antérieure de l'iris attenant à la plaie. La pupille paraît encore libre. Mais, les jours suivants, l'exsudation plastique se propage jusqu'à la pupille, qui ne tarde pas à se troubler. Les douleurs persistent derrière la paupière supérieure. L'exsudation de la pupille prend une couleur blanche-jaunâtre et s'épaissit. Parfois la phlegmasie s'arrête et laisse seulement à sa suite une *atrophie de la pupille* à laquelle il est possible de remédier ultérieurement par une opération de pupille artificielle. D'autres fois, elle se propage à toutes les tuniques de l'œil, d'où le *phlegmon* de l'organe. (β) Chez d'autres opérés, la *chambre antérieure s'enflamme de prime abord*, sans qu'il y ait eu de hernie de l'iris. Dès le jour de l'opération, il se déclare des douleurs périorbitaires qui ne cessent pas ; les paupières se collent par une sécrétion muqueuse épaisse. A la levée de l'appareil, on constate un chémosis et un épanchement plastique ou purulent dans la chambre antérieure ; bientôt la pupille se remplit d'un exsudat et la vision est complètement abolie. Les douleurs persistent dans la région fronto-pariétale. Tantôt l'*hypolympha* se résorbe et la pupille demeure close ; d'autres fois, l'hypopyon se fait jour au dehors, en soulevant le lambeau de la cornée, et l'œil finit par s'atrophier. (γ) Chez quelques opérés, l'iritis apparaît tardivement, alors que la vision a été très-bien recouvrée. Elle a pour résultat d'oblitérer la pupille, mais il reste, dans ce cas, la ressource d'une pupille artificielle. (δ) Chez d'autres malades encore, la plaie kératique se désunit au bout de quelques jours, le lambeau est repoussé en avant par une matière blanche-jaunâtre épaisse fournie probablement par l'iris enflammé ; la cornée se ramollit et ne tarde pas à être complètement détruite. (ε) Le *phlegmon* de l'œil s'annonce généralement par une tuméfaction d'abord cédémateuse de la paupière supérieure qui est douloureuse au toucher, par une sécrétion muqueuse épaisse qui s'accumule entre les bords des voiles ; dès le troisième jour après l'opération, il y a des exsudats plastiques dans la chambre antérieure ; les lèvres de la plaie cornéale se décolle, l'iris s'y engage. L'exsudation plastique ou purulente de la chambre antérieure devient plus abondante ; le globe augmente considérablement