

de volume et devient très-dur ; la paupière supérieure rougit, se tuméfie et est tendue sur le bulbe ; l'opéré ressent des douleurs continuelles dans la région fronto-pariétale, au sinciput et quelquefois jusque dans l'occiput. La conjonctive, fortement injectée et boursoufflée, forme un chémosis volumineux. L'inflammation, après avoir parcouru une période ascendante, se termine par l'atrophie de l'œil. Il reste souvent, pendant plusieurs semaines, un état granuleux de la muqueuse palpébrale avec sécrétion purulente, qui réclament un traitement spécial. (ζ) Une inflammation bénigne, qu'on observe parfois après l'opération de la cataracte par extraction, c'est une simple *hyperhémie de la conjonctive*, avec sécrétion muqueuse plus ou moins abondante. Elle cède à l'usage d'un collyre astringent, tel qu'une solution de sulfate de zinc.

Le traitement des phlegmasies graves de l'œil, qui se développent après l'opération par extraction, est le plus souvent insuffisant pour arrêter la marche du mal. Les *saignées générales*, les *sangsuës* appliquées aux tempes, les *onctions hydrargyriques* pures ou associées à la *belladone*, le *calomel* administré à dose réfractée de manière à produire la salivation, sont de si peu d'utilité, que plusieurs praticiens ont complètement renoncé à l'emploi de ces agents. Quand une phlegmasie se montre après l'opération, le plus souvent rien n'en arrête la marche envahissante, et l'œil est perdu ou gravement compromis.

On a proposé divers moyens pour prévenir l'inflammation. Quelques chirurgiens emploient les applications réfrigérantes sur l'œil, immédiatement après l'opération, et en continuent l'usage pendant plusieurs jours. D'autres, veulent qu'on établisse, avant l'opération, une salivation, en administrant au préalable du calomel à dose fractionnée. Dans le cas où il se développe un phlegmon de l'œil, Serre d'Uzès m'a dit être parvenu à arrêter quelquefois la marche envahissante du mal, en plongeant un couteau à cataracte dans l'épaisseur du corps vitré, à travers la sclérotique. Si ce débridement n'arrête pas le travail inflammatoire, il en modère les effets, c'est-à-dire qu'il diminue les douleurs vives ressenties par l'opéré. On a aussi conseillé de pratiquer l'*iridectomie*, soit antérieurement à l'opération de la cataracte, soit dans la même séance. Rien ne prouve que les succès soient plus communs en suivant cette méthode.

B. KÉRATOTOMIE OBLIQUE EXTERNE ET INFÉRIEURE.

Ce procédé ne diffère de la kératotomie supérieure qu'en ce que le lambeau est formé aux dépens de la moitié inférieure de la demi-circonférence externe et de la moitié externe de la demi-circonférence inférieure de la cornée (C, fig. 490, p. 129). Le couteau est tenu dans la même position ; le tranchant, au lieu d'être tourné en haut, est dirigé obliquement de haut en bas et de dehors en dedans. Il en résulte un lambeau dont le bord libre représente un segment de cercle à convexité obliquement tournée en bas et en dehors.

Procédé de Wenzel. L'opérateur plonge le kératotome vers la partie

supérieure de la cornée, à 2 millimètres au-dessus du diamètre transverse de la pupille, à un demi-millimètre du point de réunion de la demi-circonférence externe de la cornée et de la sclérotique, de sorte que la lame soit dirigée obliquement de haut en bas et de dehors au dedans, parallèlement au plan de l'iris. Lorsque l'instrument, après avoir percé la cornée, arrive à la pupille, *en élevant légèrement la main, la pointe plonge dans cette ouverture, et on atteint la capsule du cristallin qu'on coupe ou qu'on dilacère*, puis on dégage la pointe de l'instrument. — Lorsque la capsule antérieure est dure et ne peut être incisée par la pointe du kératotome, Wenzel achève d'abord la section de la cornée, après quoi il introduit dans la pupille une aiguille pour ouvrir la capsule. — On remet l'instrument dans sa situation primitive, c'est-à-dire parallèlement à l'iris ; on le pousse de façon à le faire parvenir au côté opposé à celui par lequel on est entré ; on traverse ainsi la cornée de part en part, et on achève la section de cette membrane par la seule introduction de l'instrument qu'on continue de pousser dans la direction primitive. L'incision de la cornée présente alors un demi-cercle au moins, qui, dans toute son étendue, est éloigné de 1 millimètre à peu près de la sclérotique, dans un plan oblique, et dont le milieu est plus rapproché de l'angle externe que de l'angle interne de l'œil.

Lorsqu'il existe une cataracte *capsulo-lenticulaire*, Wenzel recommande, après l'incision de la cornée, de saisir et de détacher, au moyen d'une pince, la capsule, dans toute sa circonférence, en imprimant à l'instrument de légers mouvements. Après l'extraction de la capsule, on fait sortir le cristallin opaque. Lorsque la capsule est *très-dure et coriace*, et qu'on ne peut l'entraîner ni par le kératotome, ni par l'aiguille, Wenzel se sert d'une espèce d'*aiguille à crochet* en forme d'hameçon très-aigu. Cet instrument sert à entamer la capsule et à l'extraire après l'avoir accrochée.

L'idée de se servir de la pointe du kératotome pour ouvrir la capsule du cristallin, pendant la section du lambeau de la cornée, a porté plus tard d'autres chirurgiens à se servir, pour l'opération de la cataracte par extraction, d'instruments spéciaux fonctionnant à volonté comme couteau et comme kystitome ; on les a appelés *couteaux-aiguilles*.

C. KÉRATOTOMIE INFÉRIEURE.

Les instruments nécessaires pour exécuter ce procédé sont les mêmes que pour la kératotomie supérieure (p. 129). Le manuel opératoire est le même, si ce n'est que le kératotome est tenu le tranchant dirigé en bas, de façon à tailler un lambeau semi-lunaire aux dépens de la moitié inférieure de la cornée (fig. 490, a, p. 129). Après avoir déchiré la capsule avec le kystitome, au moyen duquel on fait des incisions verticales et horizontales, on exerce une pression douce sur le globe, à travers la paupière supérieure, pour favoriser l'issue du cristallin.

D. KÉRATOTOMIE OBLIQUE SUPÉRIEURE ET INTERNE.

Wenzel recommande ce procédé (fig. 490, *h*, p. 129), pour les cas où la cornée présente des taches à la partie inférieure ou latérale, ainsi que pour ceux où le cristallin *dissous est renfermé dans son enveloppe particulière*; le cristallin représente alors une petite boule presque ronde, lisse et molle. L'opération s'exécute comme la kératotomie oblique inférieure et externe, en prenant seulement la précaution de tourner le tranchant du kératotome en haut.

E. KÉRATOTOMIE LINÉAIRE.

Ce procédé consiste à extraire le cristallin par une plaie faite par simple ponction, vers la circonférence de la cornée. Pour l'intelligence de la manœuvre, nous supposerons qu'on agit sur l'œil *gauche*.

Premier temps. Ponction de la cornée. La paupière supérieure étant maintenue relevée par un élévateur plein, la paupière inférieure abaissée, le chirurgien fixe l'œil avec la pince à griffes. De la main droite, il saisit le couteau lancéolaire comme une plume à écrire, l'une des faces de la lance tournée en avant, l'autre en arrière, les deux faces parallèles au plan de l'iris. Il porte la pointe du couteau sur la cornée, à un demi-millimètre environ de la circonférence et au niveau de l'extrémité externe du diamètre horizontal de cette membrane; puis il plonge l'instrument à travers la cornée, directement de dehors en dedans, et toujours parallèlement au plan de l'iris, jusqu'à ce que la lance ait fait une incision d'une hauteur de 5 à 6 millimètres. Alors, il retire l'instrument avec lenteur, en lui imprimant un mouvement de dedans en dehors. A ce moment, l'aide enlève avec précaution l'élévateur plein, pour laisser tomber la paupière supérieure. Après quelques instants de repos accordés au patient, l'aide relève la paupière supérieure avec le doigt; le chirurgien, abaissant l'inférieure, passe au second temps.

Second temps. Incision de la capsule antérieure. On conduit à travers la plaie de la cornée un crochet à iridodialysis, la convexité tournée en haut, jusqu'au niveau de la pupille. On imprime alors au manche de l'instrument un quart de mouvement de rotation sur l'axe, de façon à tourner la pointe du crochet vers la capsule. Il suffit d'éloigner un peu de la tempe le manche de l'instrument, pour que le crochet, décrivant un mouvement en arc de cercle inverse, vienne plonger dans la capsule. On entraîne le crochet dans une petite étendue de dedans en dehors, de manière à ouvrir dans le sens horizontal toute la largeur de la capsule antérieure. En répétant la manœuvre plusieurs fois, on divise la capsule en plusieurs points, et à diverses hauteurs. Rien n'empêche d'incliner le crochet en divers sens et de pratiquer, comme avec le kystitome dans la kératotomie à lambeau, des incisions de la capsule en plusieurs directions. Dès que la capsule a été suffisamment divisée, on imprime au manche du crochet un quart de mouvement de rotation sur l'axe, pour le ramener dans la même direction

qu'au moment de son passage à travers la plaie de la cornée; on le retire de l'œil par le milieu de cette plaie, en écartant avec la convexité du crochet celle des lèvres de la cornée qui est en rapport avec elle, afin d'éviter d'accrocher avec la pointe de l'instrument l'autre lèvre.

Troisième temps. Extraction. Le chirurgien saisit de la main droite la curette qu'il tient comme une plume à écrire, parallèlement au diamètre horizontal de l'orbite; la convexité de la curette est appliquée sur la lèvre externe de la plaie de la cornée, de manière à maintenir cette ouverture béante. En même temps, il presse le globe avec la pulpe de la troisième phalange de l'index gauche, appliquée au niveau du bord interne de la cornée. Sous l'influence de la double compression exercée par la curette et le doigt, la substance du cristallin s'échappe peu à peu de la pupille d'abord, à travers la plaie cornéale ensuite. S'il reste quelques débris dans la chambre antérieure, on les ramasse avec la curette introduite jusque dans cet espace.

Les manœuvres que nous venons d'indiquer suffisent dans les cas où la cataracte est assez molle pour sortir facilement; mais, lorsque le cristallin est dur, il ne peut passer d'une pièce à travers la plaie cornéale, dont les dimensions sont insuffisantes. Cette plaie représente en effet une sorte de boutonnière dont les bords ne peuvent s'écarter qu'à un certain degré, en raison de la résistance propre au tissu de la cornée. Dans les cas de ce genre, Schuft a modifié l'opération de la manière suivante: Après avoir ponctionné la cornée avec le couteau lancéolaire, comme dans le procédé décrit tout à l'heure, *il excise, avec des pinces et des ciseaux, la portion d'iris placée en arrière.* Il ouvre la capsule avec un crochet. Il engage ensuite dans la plaie kératique une curette très-large, à bords relevés, à fond aplati, à tige assez flexible pour pouvoir prendre toutes les courbures possibles. La concavité de la curette tournée en avant est placée contre la face postérieure de la cataracte, qui est refoulée d'arrière en avant vers la cornée, puis entraînée au dehors, en longeant la face postérieure de la cornée. Si, pendant ces manœuvres, le noyau seul a été extrait, on introduit de nouveau la curette, pour dégager les débris de la substance corticale.

D'autres modifications ont été apportées à ce procédé: les unes portent sur la curette dont on se sert pour faire l'extraction de la cataracte; les autres sur la plaie d'entrée de l'œil. Critchett se sert d'une curette moins volumineuse que celle de Waldau (Schuft); les bords latéraux en sont à peine relevés; l'extrémité libre présente un bord renversé vers l'intérieur, suivant un angle de 30 degrés, de manière que cette extrémité a la forme d'un coin. Bowman remplace le coin de la curette par un bec formant avec le corps même de la curette un angle très-obtus. Critchett pratique l'incision de la cornée en haut, près de son point d'union avec la sclérotique, au moyen d'un couteau lancéolaire coudé. Libbrecht (de Gand) se sert, pour faire cette incision, d'un petit couteau droit. De Græfe, qui use aussi de ce dernier instrument, pratique, à la partie supérieure de l'œil, une incision qui *intéresse à la fois la cornée et la sclérotique.* Il dégage la cataracte, en exerçant sur le globe une pression avec la curette. Si le cristallin sort difficilement, il extrait le noyau avec un crochet mousse.