

pupillaires, mais elle entraîna par sa mauvaise constitution une foule d'accidents d'un autre ordre qui interdisent absolument aujourd'hui de la considérer comme un progrès définitif.

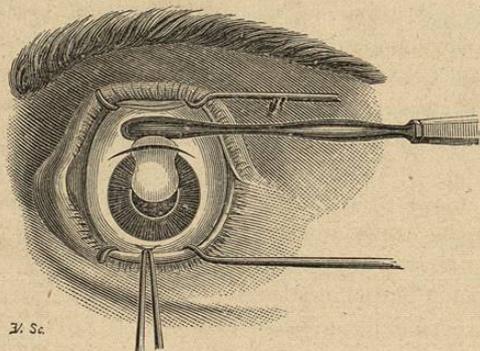


Fig. 108. — Opération de Græfe. Sortie du cristallin.

Elle faisait de beaucoup d'opérations des opérations pénibles (curette, crochet) : dans bien des cas c'était l'accouchement instrumental substitué à l'accouchement naturel.

Elle ne fut pas d'ailleurs adoptée par tout le monde, mais elle eut comme heureux résultat, d'abord de faire, même pour l'extraction à lambeau, remplacer presque toujours le grand couteau triangulaire par des bistouris plus étroits, et surtout de faire remarquer que l'iridectomie, si elle était inutile dans certains cas, pouvait rendre dans beaucoup les plus grands services. Actuellement toutefois l'extraction à lambeau avec iridectomie ne ressemble pas à l'opération de Græfe dont il n'est resté que l'usage fréquent de son couteau (de Wecker) et, ajouterons-nous, la combinaison de l'iridectomie à l'extraction en général.

L'extraction à simple lambeau, surtout supérieur, a

été reprise et recommandée par de Wecker (1875), qui s'est justement attaché à classer les cas qui, *tout en nécessitant un lambeau*, sont justiciables, tantôt de l'extraction sans iridectomie, tantôt de l'extraction avec iridectomie. Panas et Galezowski se sont surtout attachés à généraliser l'extraction sans iridectomie. A l'heure actuelle l'extraction à lambeau, avec ou sans iridectomie suivant les cas et pratiquée au limbe, reste le procédé le plus recommandable, mais le plus grand nombre des chirurgiens fait un lambeau moindre de la moitié de la circonférence cornéenne. L'antisepsie oculaire et l'asepsie des instruments, enfin l'anesthésie si commode et si parfaite à la cocaïne, paraissent avoir définitivement fixé l'extraction à lambeau dans la pratique courante. C'est elle en effet qui réunit dans la majorité des cas les meilleures conditions de succès. Quant à l'adjonction de l'iridectomie au lambeau, elle reste une nécessité assez fréquente¹.

Dès les temps les plus anciens, dès les Romains, les Grecs et les Arabes, on a appliqué à certaines cataractes la dissection et l'aspiration, qu'on retrouve encore actuellement dans la pratique de quelques opérateurs. Ce sont des dérivés de l'opération à l'aiguille et l'aspiration se faisait même, chez les Arabes, avec une aiguille creuse. C'est probablement la vue des débris qu'entraînaient les tentatives d'abaissement d'une cataracte molle qui a donné l'idée de les aspirer, après ponction.

L'abaissement convenait en effet presque exclusivement

1. L'étude historique si importante de l'extraction nécessite pour ses détails la lecture des ouvrages suivants :

De Græfe. *Clinique ophthalmologique*, éd. fr. par Meyer. — Delacroix. *Jacques Daviel à Reims*, 1890. — De Wecker. *Rémin. hist. sur l'ext. de la cataracte* (Arch. d'opht., 1893). — Bitzos (Ann. d'oc., 1894). — A. Terson. *Études sur l'hist. de la chirurgie oculaire*, 1895-1899. — Sulzer (Ann. d'oc. 1895). — Landolt. *L'opération de la cataracte de nos jours* (Arch. d'opht., 1894). — Sourdille (Arch. d'opht., 1897). — Pamard et Pansier. *Les Œuvres de P. Pamard*, 1900.

à la cataracte *dure*. Dans la cataracte molle, demi-dure ou membraneuse, il réussissait imparfaitement et jouait le rôle tantôt d'une discission, tantôt d'un véritable *broiement*.

Actuellement l'abaissement est presque abandonné. On a tenté de le ressusciter pour le second œil (Warlomont), dans les cas où le premier s'est perdu par hémorragie expulsive. C'est la seule indication de l'abaissement qui puisse être prise en considération à l'heure actuelle. On a aussi recommandé l'abaissement chez certains sujets affaiblis, cachectiques, glaucomateux, à *dacryocystites* rebelles, mais il est encore permis de se demander si dans ces cas l'extraction, avec *iridectomie*, préparatoire ou extemporanée, et aidée des autres soins préalables et consécutifs appropriés à chaque cas particulier, ne reste pas préférable à l'abaissement et si les succès ne sont pas, même dans ces cas désespérés, moins nombreux que ceux qu'entraînerait l'abaissement.

Mentionnons enfin l'application de la *suture* après l'extraction (Williams; 1867) et ses diverses modifications (S. de Mendoza, Galezowski, Kalt).

Nous avons étudié dans l'*ouvrage spécial* auquel nous avons déjà fait plusieurs fois allusion, tout ce qui concerne les soins à donner avant l'extraction, la préparation du malade, très longue dans les cas compliqués, enfin tous les soins consécutifs (pansement, régime, etc.). Nous n'y reviendrons pas.

Nous étudierons ici les indications opératoires et la technique opératoire, en somme quand et comment il faut opérer.

Indications préalables et opportunité de l'intervention.

Il y a d'abord un certain nombre de conditions générales indispensables pour arriver à un bon résultat et qu'il est bon de ne pas considérer comme négligeables.

1° Il faut opérer une cataracte *aussi mûre* que possible. Ceci a été contesté à diverses reprises, et Daviel même disait qu'un des avantages de l'extraction sur l'abaissement était de pouvoir enlever une cataracte non mûre. En réalité il y a des cas qui mûrissent lentement, qui ne s'opacifient quelquefois qu'incomplètement (cataractes des myopes), et qui, aux deux yeux, mettent le malade, s'il est peu aisé, dans l'impossibilité de gagner sa vie et de toutes façons dans un état fort pénible. Dans ces cas-là, on est obligé d'opérer avant que le cristallin soit complètement opaque, tout en sachant qu'indiscutablement on a plus d'accidents et de cataractes secondaires dans ces cas-là que dans les autres. De plus il y a lieu de modifier suivant le cas le manuel opératoire (*iridectomie*, ablation d'un fragment capsulaire, lorsqu'elle est possible). Mais, quand on pourra choisir le moment, et surtout quand les deux yeux ne sont pas pris au même degré, on attendra que le malade ait un cristallin assez opaque pour n'avoir guère que la perception lumineuse, pouvant tout au plus compter les doigts.

2° Il faut opérer au moment de la *maturité*, car, si ce temps est dépassé, la cataracte durcit, se rétracte, subit des modifications diverses qui l'exposent à devenir mobile et à se luxer. On connaît les accidents qui suivent la luxation du cristallin, et dont le principal est le glaucome. Il faut donc opérer à temps, ni trop tôt ni trop tard, pour être dans les meilleures conditions. Une cataracte mûre sort complètement, par déhiscence (comme un grain mûr sort de sa gousse) de son enveloppe cristalloïdienne transparente.

3° Il faut n'opérer presque jamais les cataractes *monolatérales*, lorsque l'autre œil est bon. Sauf pour certaines professions (cochers, ouvriers), où quelquefois il y a intérêt à agrandir le champ visuel, tous les opérés se plaignent constamment d'avoir été opérés, tant qu'un œil

reste bon et non cataracté. Il y a une telle différence dans la *qualité* de vue des deux yeux, qu'il est *impossible* de corriger l'anisométrie. Si brillant qu'ait été pour l'œil opéré le résultat opératoire, il est jugé désastreux par le malade, qui ne sait comment échapper à la sensation pénible qu'il éprouve continuellement, et qui en est réduit souvent à mettre sous forme de verre opaque au-devant de son œil, l'opacité qu'il y avait sous forme de cataracte. Ces sujets sont légion, et nous en avons vu qui étaient tombés dans l'hypochondrie.

On n'opérera donc *en règle générale* une cataracte mûre que lorsque le *second œil* commence à perdre notablement de son acuité visuelle. Sauf les exceptions précédentes, il y a des cas où des myopes peuvent, comme on le remarquait déjà au siècle dernier, bénéficier, pour la vue de loin, de l'extraction de la cataracte : on pourra exceptionnellement leur opérer un œil avant que l'autre soit entièrement hors d'usage, mais même alors on attendra que l'œil non opéré y voie fort mal. Il est en effet remarquable que chez les myopes extrêmes auquel on enlève le cristallin transparent *d'un seul côté*, sous prétexte de leur rendre la vue de loin, l'inégalité visuelle crée quelquefois des troubles qui arrivent à leur rendre la vie insupportable.

D'autres malades supportent cet état et utilisent l'œil opéré pour voir de loin, mais, pour la vue de près, préfèrent encore l'œil myope qui accommode et, à moins de lésions rétiniennes graves, donne une image plus nette que l'œil auquel on a enlevé le cristallin transparent. Nous avons vu une série de cas de ce genre traités par divers opérateurs et dans le cas d'opération monolatérale, *si logique en apparence*, les malades étaient peu satisfaits, malgré une bonne acuité visuelle de l'œil opéré. Il est donc convenable d'opérer ces sujets, lorsqu'ils sont cataractés, surtout quand la cataracte d'un œil a atteint un degré fort avancé et que déjà l'autre œil n'a plus une acuité visuelle suffisante.

Il en est de même pour les *cataractes traumatiques*. Lorsque des lésions inflammatoires ou glaucomateuses seront les suites du gonflement du cristallin opaque, et que des opérations portant sur l'iris et la sclérotique (larges iridectomies, sclérotomies) n'auront pu amener suffisamment de calme, on pourra évacuer seulement alors tout ou partie du cristallin lésé, mais bien plutôt pour faire disparaître les accidents inflammatoires ou glaucomateux que pour rendre une vision généralement très défectueuse et qui gêne quelquefois notablement la vision de l'autre œil. Là aussi il faut savoir résister de temps à autre aux instances du malade et le prévenir que si on l'opère, ce sera surtout pour débarrasser son œil d'une opacité souvent très visible, et pour supprimer l'inflammation et les douleurs, bien plus que pour lui rendre un certain degré de vision, qui au commencement lui causera pas mal d'ennuis.

4° *On opère en toute saison avec succès.* — Tout au plus, chez certains vieillards, pourra-t-on reculer un peu ou avancer l'opération pour éviter les trop grandes chaleurs, qui les fatiguent et qui sont très pénibles pour le séjour au lit, et les trop grands froids. Les malades, sous l'empire de l'ancienne tradition qui faisait opérer presque toutes les cataractes au printemps, ou parce que les malades eux-mêmes et quelquefois les opérateurs se déplaçaient plus facilement à cette époque, choisissent plus souvent eux-mêmes le printemps pour venir se faire opérer, peut-être aussi par une sorte d'instinct naturel.

5° *On n'opérera jamais les deux yeux le même jour.* — Rien n'est plus facile, si le malade le désire et si son état général est apte à en supporter les fatigues et les émotions, que d'opérer dès le 6^e jour le second œil, dans le cas, d'ailleurs rare, où la cataracte y est aussi mûre que sur le premier.

Nous avons plusieurs fois suivi cette conduite avec le

succès le plus complet. Mais, sous aucun prétexte, on ne devra, en opérant le même jour, courir le risque de donner au malade une double panophtalmie, une double hémorragie expulsive vidant les deux yeux en une séance. Divers opérateurs ont eu le courage de publier des cas de ce genre; d'autres désastres résultant d'une erreur d'appréciation ou d'un désir immodéré d'opérer de suite les deux yeux doivent s'être produits et n'ont pas été relatés. Aussi devra-t-on formellement s'abstenir de faire courir au malade un pareil risque et ne pas accepter d'un cœur léger une pareille responsabilité.

6° Il ne faut opérer une cataracte que si cette opération doit rendre la vue ou empêcher la désorganisation de l'œil. Indépendamment de la question de toujours opérer une cataracte aussi mûre que possible, on devra d'abord, *lorsqu'il s'agit de rendre la vision*, n'opérer que si l'œil a, dans tous les sens, malgré une cataracte mûre, une *très bonne perception et projection lumineuses* de la flamme d'une bougie promenée en tous sens dans une pièce obscure, à 4 ou 5 mètres de distance. Ce procédé est beaucoup plus sûr que celui qui consiste à envoyer dans l'œil un reflet lumineux avec l'ophtalmoscope. Même avec des lésions rétinienne graves, telles qu'un décollement partiel, le malade accuse alors une perception lumineuse assez tentante pour qu'on puisse concevoir des illusions sur la possibilité d'un rétablissement visuel par l'extraction du cristallin. Les *phosphènes*, dont on a tant abusé, sont assez incertains et inutiles à rechercher.

Lorsqu'elles n'entraînent aucune douleur et que l'autre œil est bon, les cataractes compliquées ne seront pas opérées, sauf de très rares cas dans un but esthétique (cataractes blanches).

On se méfiera beaucoup, même avec une projection lumineuse satisfaisante, du résultat opératoire dans les cataractes *tremblantes* et celles compliquées de synéchies, de

leucomes adhérents, de *strabisme* ancien, de *nystagmus*, de glaucome, même si des opérations préparatoires ont diminué ou supprimé la complication. On a en effet dans ces cas-là, qu'on est cependant obligé d'opérer pour tenter de rendre la vue au malade, des résultats opératoires et visuels extrêmement médiocres. Il en est de même en général pour la cataracte qui accompagne la myopie extrême : les lésions maculaires empêchent ordinairement le malade de jouir d'un bon résultat opératoire.

Lorsqu'il y a un *décollement rétinien* constaté avant l'apparition d'une cataracte, on doit se demander si l'opération de la cataracte consécutive est possible et si elle aura une bonne influence sur le décollement. Hirschberg et Panas ont signalé des cas où un décollement avait disparu à la suite de l'opération. La conduite à tenir nous paraît la suivante. Il s'agit d'une cataracte monolatérale et sur un très mauvais œil. On *s'abstiendra* donc dans la très grande majorité des cas de toute opération. Dans deux cas où un décollement avait été constaté autrefois, mais où la projection lumineuse restait presque entière et le tonus remarquablement bon, nous avons opéré pour répondre aux exigences des malades, que leur cataracte, très blanche et très visible, comme il arrive dans les cas de ce genre, importunait. L'opération a été fort régulière et a obtenu, sans aucun accident, la suppression du cristallin disgracieux : mais le décollement n'a pas subi la moindre modification. On pourra donc, si l'œil a une bonne tension, opérer des cas de ce genre, mais après avoir, comme nous l'avons fait, prévenu le malade qu'on n'opère que dans un but esthétique et sous réserves.

On évitera de chercher, *sans enlever la cataracte*, à masquer sa blancheur par un tatouage dans la cornée entièrement transparente et saine. Des accidents inflammatoires et d'ailleurs la disparition rapide du tatouage

peuvent suivre cette pratique. Il en est autrement si on opère sur une taie cornéenne.

7° Le *diagnostic* de la *nature* et de la *consistance* de la cataracte, si fouillé autrefois à cause de l'exercice constant de l'abaissement, n'a nullement perdu toute sa valeur, depuis qu'on extrait à peu près toujours. Comme avant la laparotomie, le diagnostic avant l'extraction n'est pas une précaution d'un autre âge. Il est tout à fait utile pour proportionner le lambeau à la consistance dure, demi-molle, molle, liquide, de la cataracte, et étudier l'état exact de l'opacification du cristallin et l'état de la capsule. Aussi devra-t-on s'adresser quelque temps avant l'extraction à la *dilatation pupillaire*, pour laquelle la *cocaïne* rend de parfaits services, suffisants, moins dangereux et moins durables que ceux de l'atropine et plus rapides que ceux de plusieurs autres mydriatiques.

On s'attachera donc à mettre en évidence la *nature* et la *consistance* de la cataracte (dure, molle, liquide, noire, morgagnienne, calcaire, capsulaire, zonulaire, pyramidale, nucléaire, pointillée, régressive, non mûre, etc.) en se rappelant même les extrêmes détails et la minutie justifiée qu'y apportaient les anciens maîtres (images de Sanson).

En somme un *interrogatoire* très soigné sur les antécédents visuels du malade (réfraction, affections du fond de l'œil) est indispensable, même pour une cataracte qui se présente dans de bonnes conditions apparentes et avec une projection lumineuse convenable. Nous étudierons plus loin spécialement les opérations appropriées aux diverses *variétés* de cataractes partielles et *compliquées*. Quant aux soins à donner aux cataractes compliquées d'une affection des *annexes* de l'œil (paupières, conjonctive, voies lacrymales, fosses nasales, moignon du côté opposé, etc.), nous les avons traités dans notre livre sur la pratique de l'antiseptie oculaire, avec l'exposé des préparations à faire pour tâcher que l'opération, même pour une cataracte de

bonne nature, n'aboutisse à un désastre du fait d'un état morbide non traité des annexes de l'œil.

8° On *s'abstiendra de toute opération*, sauf l'iridectomie dans certains cas compliqués, *pour faire mûrir* la cataracte. Surtout par la discission, on transforme ainsi la meilleure et la plus sûre cataracte, en une cataracte traumatique avec tous ses dangers immédiats et consécutifs.

Dans les cas qu'un examen soigneux reconnaît justiciables d'une iridectomie, l'exécution d'une iridectomie *préparatoire* (de Græfe, Mooren), qui n'a aucun danger par elle-même, est une sage pratique. On pourra la faire quelques semaines ou mieux quelques mois avant l'extraction du cristallin. Comme beaucoup de malades sont hors d'état de comprendre le bénéfice d'une semblable pratique ou ne peuvent s'y soumettre, on ne saurait généraliser cette conduite pour *toutes les cataractes*. Mais, dans les cas où une iridectomie sera nécessaire, il est souvent préférable, si on le peut sans décourager ou effrayer le malade, de la faire peu de temps avant l'extraction, afin que le sac capsulaire ne se trouve pas au contact d'une vaste plaie irienne et que l'œil ne soit pas le siège de deux traumatismes simultanés, comme cela arrive quand on fait l'extraction avec iridectomie extemporanée bien qu'elle donne presque toujours de bons résultats. L'iridectomie préparatoire est donc une excellente opération *d'exception*. Elle permet de plus de suivre l'évolution et la marche de la cataracte, et dans une foule de cas compliqués où nous la retrouverons, elle est une ressource utile, en découvrant complètement un cristallin présentant diverses lésions partielles (cataractes sous-capsulaires, cataractes partielles diverses, etc.), en supprimant un temps opératoire dans les cas où l'opération définitive doit être exécutée avec un maximum de rapidité pour éviter l'issue du corps vitré (cataractes luxées et subluxées, extraction de la cataracte dans les yeux extrêmement myopes).

Cette iridectomie sera presque toujours faite en haut, sauf des cas spéciaux : son étendue et le siège de l'incision (limbe, scléro-cornée, cornée) varieront avec l'indication opératoire et la profondeur de la chambre antérieure.

Considérations techniques générales. — La technique opératoire doit s'inspirer de plusieurs principes applicables intégralement dans les cas *simples* et susceptibles de diverses modifications dans les cas où la cataracte est accompagnée de *complications*.

Ces principes sont les suivants :

1° On doit faire à la cornée une incision suffisante pour laisser passer *facilement, complètement* et sans *instrument de traction*, le cristallin, quelle que soit sa consistance.

On pourrait croire dès lors qu'il y a une incision *unique* qui permet d'extraire tout cristallin, quels que soient le volume et la consistance de ce vrai corps étranger. C'est en effet vrai dans la majorité des cas.

Une incision de la *moitié* de la circonférence cornéenne (Daviel) n'aurait jamais dû être dépassée : aussi donc *on ne sectionnera jamais au delà d'une ligne horizontale passant par le centre de la pupille*, quelles que soient la consistance et la nature de la cataracte. Voilà ce qu'il *ne faut pas faire*. Mais l'incision de la *moitié* de la cornée est *toujours trop grande*. Une incision du *tiers* peut être souvent suffisante (cataractes demi-molles), mais quelquefois trop petite. Il faut donc le plus souvent une incision cornéenne comprenant la région cornéenne sise entre le tiers de la circonférence et la ligne horizontale qui partage la cornée en deux demi-lunes. C'est donc une incision un peu moindre de la moitié et un peu plus grande que le tiers. Le moyen *pratique* le plus *sûr*, comme nous l'avons indiqué, pour mesurer la plaie *nécessaire* et *suffisante*, est d'appliquer, si on veut un lambeau à peine moindre de la moitié, la *pince à fixer* à l'extrémité du *diamètre horizontal*

cornéen et pupillaire et de faire passer le couteau juste au-dessus (fig. 109).

Ce procédé *empêche définitivement* de faire une plaie *trop grande* ou *trop petite*. La plaie ne sera jamais trop grande, puisqu'elle devra détacher un peu moins de la moitié de la cornée, par la position même de la *pince* : elle ne sera jamais trop petite, puisqu'elle détachera dans ces conditions un peu plus du tiers du limbe, alors que dans beaucoup de cas le tiers est *déjà suffisant*. Nous attachons donc une réelle importance à ce procédé qui permet, comme nous l'avons signalé déjà plusieurs fois, la *mensuration des lambeaux cornéens par la fixation du globe*. Il évite toute surprise et surtout la plaie *trop petite*, qui a été entre les mains de beaucoup d'opérateurs, la source de nombreux désastres.

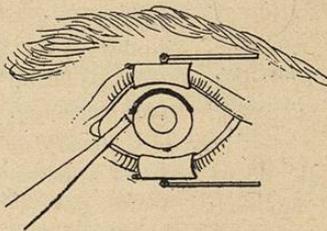


FIG. 109. — Emplacement de la pince à fixer et étendue du lambeau.

Le trèfle-pique de Pamard serait l'instrument idéal pour la fixation et la mensuration simultanée, s'il n'avait l'inconvénient de fixer en comprimant et de n'avoir pas l'adhérence solide de la pince. On emploiera donc le plus souvent la pince, quoique le trèfle de Pamard soit relativement trop oublié. La pince a en effet, bien que fixant en *suspendant* le globe, l'inconvénient de pouvoir, soit déchirer la conjonctive, soit glisser avec elle. Le fixateur de Pamard est au contraire minuscule, précis et léger : avec lui notre principe de la mensuration des incisions du globe *par la fixation* est absolu : il est moins absolu avec la pince dont on doit surveiller le déplacement possible, mais il reste exact, quand la pince est *bien* et *solidement* fixée.

2° La section sera faite au limbe ou à peine *en dedans*

du limbe. Les incisions faites *en dehors du limbe* tombent dans la sclérotique et empiètent sur la conjonctive. Elles ont un triple inconvénient que l'opération de Graefe, (fig. 110) que l'on confond quelquefois, mais qui n'a rien de commun avec l'extraction à lambeau à iridectomie, réalisait au plus haut point;



FIG. 110.
Incision de
Graefe.

a) L'incision sclérale est, sans *aucun avantage*, beaucoup plus *pénible* à exécuter à cause de la densité du tissu que l'incision cornéenne.

Il en est surtout ainsi pour la ponction et la contre-ponction;

b) Il y a une hémorragie conjonctivale et sclérale qui masque et *salit* le champ opératoire. Ces ennuis ne sont nullement compensés par l'avantage problématique d'un lambeau conjonctival qui a pu même se replier et gêner la coaptation.

c) Cette incision périphérique prédispose notablement à l'enclavement irien, soit total, si on ne fait pas l'iridectomie, soit partiel dans les *angles*, si on fait l'iridectomie, presque forcée dans ces cas-là.

d) Enfin le passage de certains cristallins gros et durs est très pénible.

L'extraction *sclérotomique* doit être absolument rejetée.

Doit-on s'avancer au contraire *dans la cornée* et faire à des niveaux variables des lambeaux que de véritables aberrations chirurgicales ont été jusqu'à porter *au milieu* de la cornée?

On restera au niveau du limbe très *légèrement et concentriquement* en dedans de la ligne transparente qui le termine, pour les raisons suivantes:

a) Le limbe étant la partie cornéenne la plus voisine des vaisseaux nourriciers conjonctivaux, c'est dans ce terrain mieux nourri qu'on doit opérer.

b) Les incisions qui s'avancent à une distance assez

grande du limbe sont passibles des défauts suivants. Elles se *coaptent souvent mal* et donnent lieu à des cicatrifications plus fréquemment *lentes*, visibles, difformes et vicieuses (accolements iriens). Elles ne correspondent plus au but optique *idéal* de l'opération de la cataracte: *se borner à détacher régulièrement, physiologiquement* pour ainsi dire, la portion de cornée suffisante pour aller chercher le cristallin, mais de façon que la cornée se répare dans les conditions les meilleures. Il est clair que la cornée étant un véritable *instrument d'optique*, on n'a pas le droit de la couper où l'on veut, comme on l'a fait trop *souvent* avec impunité et dans tous les sens. Il *faut la détacher* sous forme d'une calotte qui retombera nettement et régulièrement sur la surface d'emboîtement, comme un verre de montre qu'on ouvre et qu'on ferme. Si l'on se rappelle: 1° que la délimitation par l'instrument fixateur placé sur le diamètre horizontal *empêche toute erreur* d'appréciation sur la grandeur du lambeau; 2° que le limbe dessine lui-même physiologiquement la taille et la forme du lambeau, on conviendra qu'il s'agit d'un jeu de patience, où les deux points de la découpure sont indiqués et qu'il n'y a qu'à détacher par *transfixion* avec un couteau minuscule à amputation un tracé *tout fait*.

Les plaies *trop en dedans* du limbe n'ont aucun avantage, même pour l'enclavement (fréquents accolements), elles sont inférieures aux plaies faites *au lieu d'élection*, c'est-à-dire en suivant la *partie interne de la ligne transparente* du limbe.

S'il y a un gérontoxon, on le côtoiera ou on opérera, sans danger consécutif, en plein gérontoxon s'il est tellement large qu'on ne saurait opérer en dedans de lui.

Il y a donc un *lieu d'élection* aussi bien pour la section de la cornée que pour toutes les amputations. Ce lieu d'élection est même tellement bien déterminé qu'on peut affirmer que dans *aucune autre région* de l'économie, il n'y a

d'opération dont les limites soient mieux tracées à l'avance que celles du lambeau cornéen. Aussi ne doit-on pas se laisser aller à ériger en règle des lambeaux *anti-physiologiques*, quelquefois nés *involontairement* de difficultés opératoires, et qui d'ailleurs n'ont rien de nouveau et datent des premiers temps de l'extraction. Le lambeau cornéen ne doit donc avoir une forme ni trapézoïde, ni elliptique, ni autre qu'une *forme régulièrement semi-lunaire*. De plus toute incision qui s'avance trop au-devant de la pupille a, en plus de tous les autres désavantages énumérés, celui de *diminuer l'étendue* de l'ouverture faite à la cornée, et de gêner d'autant plus la sortie *facile* du cristallin.

3° La section sera faite ordinairement en haut (fig. 111);



FIG. 111.

Lambeau supérieur.

elle se cache alors sous la paupière supérieure qui se moule au-devant d'elle comme une coque protectrice, un pansement naturel. Mais, malgré des objections quelquefois justifiées (proximité du bord ciliaire, enclavements visibles, iridectomie très apparente, retroussement du lambeau par la paupière inférieure), l'opération en bas peut être indiquée dans des conditions spéciales, locales (taies, occlusion pupillaire, etc.) ou générales (malades difficiles à diriger, très impressionnables, sourds, etc.). Il est certain qu'elle offre *alors* plus de chances de succès et qu'elle doit être préférée à une mauvaise et presque impraticable opération en haut. Elle est exactement délimitée par les mêmes *points de repère* que nous avons indiqués pour l'opération supérieure. Il n'y a qu'à passer ici *au-dessous* de la pince toujours placée sur le *diamètre horizontal*.

4° On fera une plaie dont la section soit aussi régulière et aussi lisse que possible, sans échelons.

On évitera les saccades et les mouvements de scie par le couteau. On maniera le couteau comme un *archet* de

violon, en abaissant et en élevant le manche du couteau en 3 ou 4 temps (fig. 112).

Les mouvements de scie exposent, en plus de la plaie difforme et à crans, à prendre l'iris sur le couteau.

On évitera de relever trop en haut le tranchant du couteau pour ne pas faire une plaie à entaille. On fera donc une plaie en biseau étendu. Pour cela, un couteau *un peu large* et légèrement *courbé* est préférable aux couteaux très étroits. Le double biseau cornéen supérieur et cornéen

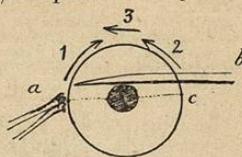


FIG. 112. — Fixation de l'œil sur le diamètre horizontal (a, c) et mensuration du lambeau. Mouvements d'archet (1, 2, 3) du couteau b.

inférieur se coapte alors naturellement, principalement par l'effet du rétablissement de la pression intra-oculaire, et secondairement par l'effet de la pression de la paupière et du pansement.

Adjonction éventuelle de l'iridectomie à l'extraction.

L'iridectomie, le plus souvent petite ou moyenne, est indiquée (fig. 113) toutes les fois qu'il y a une complication dans l'état local ou général. C'est la soupape de sûreté qui permet alors la bonne exécution opératoire et assure très généralement un bon résultat visuel, là où il aurait été sans elle difficile ou impossible à obtenir, l'iris étant alors hors d'état de nuire.

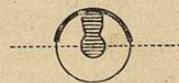


FIG. 113.
Grand lambeau supérieur avec iridectomie.

Les inconvénients sont les suivants : elle laisse quelquefois se produire un enclavement capsulaire et de petits enclavements des bords iriens. Mais ces inconvénients, qui n'existent pas toujours, et qui, lorsqu'ils existent, ne don-

nent pas toujours lieu à des suites graves, sont secondaires en présence des cas où l'iridectomie sera indiquée et permettra de vaincre ou de détourner un danger supérieur à ses inconvénients possibles, mais non forcés.

Toutes les fois que la cataracte sera sans complications, et de préférence lorsqu'elle sera *dure* et sans masses molles, l'extraction à lambeau sans iridectomie donnera d'excellents résultats, s'il n'y a pas de complications générales. Dans ces cas de cataractes dures, il y a du reste moins d'enclavements : l'iris, moins malaxé au cours de l'opération et non refoulé en avant par des masses corticales rétro-iridiennes, a peu de tendances à s'enclaver.

Des recherches étendues ont prouvé que l'acuité visuelle est sensiblement la même avec ou sans iridectomie, toutes choses égales d'ailleurs.

Des cataractes molles très complètes, chez des sujets âgés ou jeunes, peuvent être également opérées sans iridectomie s'il n'y a pas d'autre complication.

Presque toutes les cataractes compliquées nécessiteront, comme nous le verrons, l'iridectomie. Cette iridectomie sera faite quelque temps à l'avance (préparatoire), quand on le pourra, sinon avant la kystitomie au cours de l'opération.

Enfin on n'hésitera pas, *après l'extraction* du cristallin, à couper tout iris *qui ne rentre pas bien*, dans les cas où on s'était proposé de le conserver sans iridectomie. Si on ne le coupe pas après avoir constaté l'insuccès des tentatives réductrices, l'enclavement est presque fatal.

Nous avons posé en principe qu'on devait toujours faire l'iridectomie sur le *second œil*, lorsque le premier a eu un enclavement. C'est une bonne précaution, car on est averti d'une prédisposition à l'enclavement, *indéniable* chez certains malades.

D'autre part, on n'est pas, même si on a opéré le premier œil sans iridectomie et sans enclavement, à l'abri de

l'enclavement pour le second œil. Il arrive en effet que le second œil a un enclavement, alors que le premier n'en a pas eu.

Aussi tout opérateur soucieux de rendre à son malade une bonne vue, seule chose que son malade, justement peu préoccupé de la forme de sa pupille, lui demande, devra, pour obtenir ce résultat dans les meilleures conditions, éviter de vouloir trop restreindre les indications de l'iridectomie. A l'emploi constant de l'iridectomie a succédé le respect exagéré de l'iris et on a trouvé à l'iridectomie pour la condamner une foule d'inconvénients dont les iridectomisés et les iridectomistes étaient loin de se douter. Il faut choisir les cas et ne pas sacrifier à une question de mode dans un sens ou dans l'autre. Le temps se chargera de remettre tout en place, si ce n'était déjà fait pour beaucoup d'opérateurs qui adjoignent l'iridectomie à l'extraction à lambeau supérieur, sans regrets superflus, toutes les fois qu'elle leur paraît, après examen complet de l'ensemble du cas, une condition de bon résultat.

Le vrai retour à l'opération de Daviel a été de reprendre le grand lambeau et d'abandonner les incisions étroites et soi-disant linéaires. La question de l'iridectomie est secondaire.

En tous cas, l'iridectomie ne doit guère faire modifier la forme et l'étendue du lambeau. Elle n'est que bien peu de chose, comparée à l'importance d'une bonne incision cornéenne et à l'avantage du grand lambeau. C'est donc, sauf dans *les cas spéciaux* que nous examinerons tout à l'heure, *au même lambeau cornéen*, avec ou sans iridectomie, que nous aurons affaire. Toutefois, par la facilité de l'issue du cristallin, la plaie cornéenne du *tiers*, si on fait l'iridectomie, est plus souvent suffisante, tandis que, si on ne fait pas l'iridectomie et si la cataracte est dure, si la plaie n'est que du tiers et s'il n'y a pas d'iridectomie, la cataracte se décoiffe difficilement de la pupille péniblement forcée.