riphérique combinée, c'est-à-dire à 3,5 millimètres au-dessous du sommet de la cornée; mais, au lieu de pénétrer comme moi dans la jonction scléro-cornéenne, mon ami de Jæger engage l'instrument à 2,5 millimètres de celle-ci, dans la sclérotique, obtenant ainsi pour la plaie externe une longueur très considérable (de Jæger lui donne, après écoulement de l'humeur aqueuse et affaissement de la cornée, 12 millimètres).

Les matériaux propres à établir la valeur pratique de cette méthode font défaut. Ce que je lui reprocherai particulièrement, outre la très large excision iridienne, c'est l'emplacement périphérique des points de ponction et de contreponction; car nous croyons qu'il faut rejeter toutes les sections qui empiètent sur la sclérotique, comme donnant lieu à des cicatrices bien moins régulières, et se montrent beaucoup plus susceptibles d'amener une déformation du segment cornéen avoisinant (astigmatisme consécutif).

Peu de temps après que le procédé de de Graefe fut connu en Angleterre, MM. Critchett et Bowman donnèrent à la section linéaire un emplacement tel, qu'elle tombait, ainsi que le montre la fig. 16, au-dessous du sommet de

la cornée, tout en conservant ses extrémités scléroticales.

Afin d'échapper aux inconvénients de l'iridectomie, M. Liebreich a encore davantage écarté cette section, tout



Procédé

en faisant tomber à 1 millimètre du bord cornéen la ponction et la contre-ponction, situées l'une et l'autre de 1,5 à 2 millimètres au-dessous du diamètre horizontal. Le tranchant du couteau de de Graefe étant dirigé en

bas, il se propose d'obtenir une section courbe. Pendant la conduite du couteau, celui-ci doit faire avec le méridien horizontal un angle de 45°, pour sortir, ainsi que l'indique la

figure 17, un peu au-dessous de la jonction du tiers inférieur avec le tiers moven de la cornée.

J'ai déjà dit ailleurs 1 qu'à travers une pareille section des cristallins à petit noyau et à masses corticales abondantes pouvaient aisément s'échapper; mais, dès qu'il s'agit de cristallins volumineux, le mécanisme est forcément, par l'emplacement de la section, rendu plus complexe, comparativement à ce qui arrive pour les sections qui concordent davantage, après l'écoulement de l'humeur aqueuse, avec la situation du bord cristallinien porté en avant. Aussi le pincement de l'iris dans les extrémités périphériques de la section est-il rendu en pareil cas très fréquent; la traction sur l'iris et le corps ciliaire au moment de la sortie de la cataracte est en outre très accusée, et l'issue du corps vitré, pendant cet accouchement laborieux, a lieu aisément.

Mais ce qui fermera toujours le chemin à cette méthode pour une adoption générale, c'est le manque de sécurité contre les enclavements ultérieurs de l'iris dans les extrémités périphériques de la section, entraînant comme conséquence parfois une irido-choroïdite immédiate, ou des complications glaucomateuses médiates. Du reste, quoique cette méthode soit connue depuis plusieurs années, il n'a encore été publié aucune série suffisamment nombreuse de cas pour qu'on puisse établir une comparaison avec les autres procédés au point de vue des résultats statistiques.

M. Lebrun 2 a fait connaître un procédé opératoire dit à Procédés de petit lambeau médian. C'est à une « édition nouvelle, revue et corrigée », de ce mode d'extraction, que M. Warlomont a assigné le nom de procédé belge, espérant peut-être que ce caractère international lui assurerait une plus grande faveur. Ce procédé, connu avant la section précédemment décri, en diffère en ce que les extrémités tombent dans la jonction

^{1.} Eine neue Methode der Cataractextraction. Berlin, 1872, et St-Thomas Hosp. Rep., t. II, p. 259.

^{1.} Thérapeutique oculaire, p. 495.

^{2.} Compte rendu du Congrès de Londres de 1872. Annexes, p. 217.

^{3.} Annales d'oculistique, t. LXXI, p. 19.

scléro cornéenne, ce qui est évidemment un avantage, mais l'espoir qu'en plaçant la plaie en haut on permettrait à la paupière de masquer la déformation cornéenne (astigmatisme) qu'entraîne la cicatrisation d'un pareil lambeau est absolument illusoire.

Suivant la description de M. Warlomont, on introduit au bord de la cornée un couteau de de Graefe de moyenne largeur, à 1 millimètre au-dessus de son diamètre transverse, le tranchant étant tourné en haut et légèrement en avant, de manière que le plan de l'instrument fasse avec celui de l'iris un angle de 20 à 30 degrés. « L'instrument est alors poussé horizontalement et doit sortir en un point correspondant. Cela fait, au moyen de quelques mouvements de scie imprimés au couteau, de façon à lui faire parcourir insensiblement un arc de cercle en avant, on achève la section en sortant à peu près perpendiculairement à la cornée, vers l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen de cette membrane,

ou un peu plus haut. Pour en arriver à donner au lambeau une courbure régulière (fig. 18), il faut, dans ce temps de l'opération, se garder d'attaquer la cornée de ses deux côtés à la fois; on doit, au contraire.

relever le couteau par des mouvements alternatifs légers, tantôt du côté de la pointe, tantôt du côté de son talon. »

Nous pouvons aussi appliquer à cette section ce que nous avons déjà dit pour la précédente. C'est que des noyaux peu volumineux sortent avec une très-grande facilité par une pareille section, mais que des cristallins compactes doivent exécuter un mouvement de bascule bien autrement complexe que ne le paraît indiquer le dessin qui accompagne la description. Dans ce dessin on représente en effet cette évolution comme si elle se produisait dans un œil dont la chambre antérieure a été conservée et dont la cornée se trouve dans sa position normale. Mais les choses se passent tout autrement, lorsque l'humeur aqueuse s'est écoulée et la pu-

pille contractée : le cristallin vient se placer contre la surface postérieure de l'iris, et celui-ci s'adosse à la cornée.

Dans ces conditions, le mécanisme de sortie, à travers une ouverture périphérique et après excision partielle de l'iris, doit forcément être beaucoup plus simple que le renversement que doit exécuter le cristallin dans le procédé belge. Dans le premier cas une légère pression avec la spatule suffit pour faire remonter le cristallin avec la plus grande facilité, tandis que dans le second une certaine pression est nécessaire pour refouler le bord inférieur du cristallin en arrière, et pour faire glisser, à travers l'iris pressé contre la cornéc, le bord supérieur jusque vers l'ouverture cornéenne assez éloignée de ce bord. Mais, répétons-le, ces considérations n'ont de valeur que pour des cristallins durs et compactes, tandis que pour des cataractes à masses corticales mollasses et abondantes je veux parfaitement reconnaître que « l'issue du cristallin s'opère avec une extrême facilité; qu'il suffit d'exercer une légère pression sur le globe, immédiatement au-dessous de la cornée, avec une curette, ou à travers la paupière inférieure au moyen du doigt. »

Quoiqu'on ne puisse pas admettre que, par suite de la situation moins périphérique des extrémités de la plaie, et de l'éloignement du sommet de la section du bord d'une pupille contractée, l'iritis est peu à craindre, « car l'iris a été à peine touché ¹, et il n'y a ni irido-choroïdite, ni ophthalmie sympathique », ce qui empêchera encore cette méthode de se généraliser, c'est qu'elle ne donne, dans les cas d'exagération de la pression, et celle-ci peut se rencontrer avec toutes sortes de cataractes mollasses ou dures, aucune garantie contre les enclavements de l'iris. Car peu importe l'emplacement du sommet de la section relative-

^{1.} Où s'est donc dérobée la portion d'iris avoisinant les extrémités de la section pendant l'issue du cristallin ?

ment au bord pupillaire; ce qu'il faut considérer, ce sont les extrémités de la section près des points de ponction et de contreponction, qui, après écoulement de l'humeur aqueuse, viennent surtout se mettre en contact avec l'iris.

Ce simple rapprochement des extrémités de la plaie du bord cornéen, si l'on ne fait pas l'excision de l'iris, ne garantit, pas plus que dans la section de Liebreich, des enclavements; et j'ai vu ceux-ci déterminer des irido-choroïdites les plus redoutables, des irritations sympathiques et des complications glaucomateuses tardives, sur des malades opérés par des confrères, rares, à la vérité, qui affectionnent ce genre d'opération. Aussi peut-on prédire sûrement que cette méthode ne se répandra pas comme procédé unique, applicable à la cataracte sénile.

Au contraire, l'extraction à lambeau périphérique combinée peut être généralisée, quoiqu'un opérateur soucieux d'arriver au plus haut degré de perfection possible trouvera préférable de réserver, pour l'extraction périphérique simple, les cas véritablement appropriés à la conservation d'une pupille ronde.

SIXIÈME LEÇON

OPPORTUNITÉ DE L'OPÉRATION DE LA CATARACTE. - PRÉPARATION DE L'ŒIL. - INFECTION IMMÉDIATE ET MÉDIATE. - ENCLAVEMENTS IRIDIEN ET CAPSULAIRE. - EXTRACTION DU CRISTALLIN DANS LA CAPSULE.

Avant de quitter l'opération de la cataracte sénile, il sera encore nécessaire de répondre à quelques questions qui se posent à chaque moment dans la pratique d'un opérateur. Je ne reviendrai pas sur ce qui regarde le choix de la méthode (simple ou combinée), ni sur la préférence qui devra

être donnée à tel ou tel procédé; ce sont des points sur lesquels nous nous sommes déjà peut-être trop longtemps attardés. Je ne fais que mentionner aussi le mode opératoire qui consiste à ouvrir la capsule vers l'équateur (en pratiquant une soi-disant boutonnière, quoique, en réalité, on détache généralement aussi dans ce cas, avec le kystitome ou l'aiguille, un lambeau triangulaire), lorsque, ayant affaire à une cataracte capsulo-lenticulaire, on se propose d'enlever ensuite la plaque capsulaire d'une cataracte extra-mûre; ou bien si, se trouvant en présence d'une cataracte morganienne, on veut se faciliter la sortie d'un petit noyau très mobile. Ces diverses manœuvres ont été trop explicitement traitées dans les leçons précédentes pour qu'il soit besoin d'y revenir.

Occupons-nous seulement des questions relatives à l'op- Opportunité portunité de l'opération de la cataracte. Faut-il opérer un œil lorsque la cataracte dont l'autre est affecté n'est pas encore mûre? Peut-il être indiqué d'opérer des cataractes non mûres? Doit-on dans une même séance opérer les deux yeux?

On se décidera à l'opération d'une cataracte, même si l'autre œil ne présente aucune opacité cristallinienne, toutes les fois qu'il s'agit de personnes dont les occupations rendent dangereuses la réduction du champ visuel, par suite de l'absence de vision sur l'œil cataracté. Dans ces conditions se trouveront les ouvriers des usines où l'on emploie de puissantes forces motrices. On rangera aussi dans cette catégorie ceux qui sont forcés de circuler constamment dans les rues des grands centres. A-t-on affaire à des malades occupant une position qui ne les contraint pas au travail, on peut alors fixer l'époque de l'opération au moment où la cataracte se sera développée sur le meilleur œil au point de rendre la lecture difficile. Encore faut-il ici tenir compte de l'état moral des malades, et considérer que chez certaines personnes nerveuses la menace constante de devenir aveugle

^{1.} Voy. Thérapeutique oculaire, p. 444 et 500.