

L'opération du strabisme telle qu'on la faisait autrefois, en coupant le corps charnu du muscle, exposait à un accident consistant en une perte de mobilité du globe oculaire du côté du muscle divisé, état désigné sous le nom de strabisme secondaire et dû à l'adhérence vicieuse du muscle sectionné avec la sclérotique. Après la ténotomie faite comme je l'ai indiqué, cet accident est beaucoup moins fréquent.

J. Guérin le premier a proposé, pour remédier à ce résultat fâcheux, une opération qui a pour but de ramener vers la cornée le tendon inséré trop en arrière,

Voici cette opération réduite à sa plus grande simplicité ; elle est l'œuvre de Critchett et a été modifiée par de Graefe. (Je suppose qu'il s'agit de ramener en avant le tendon du droit interne.) On fait à la conjonctive une incision de un centimètre au niveau du bord interne de la cornée, et on détache la conjonctive des tissus sous-jacents jusqu'à la caroncule lacrymale. On passe un crochet sous le muscle droit interne, on le divise tout près de son insertion à la sclérotique et on l'isole de façon à pouvoir le mobiliser. Ensuite on traverse successivement avec une aiguille enfilée la lèvres interne de la plaie conjonctivale à sa partie supérieure, le tendon à quatre millimètres de son extrémité antérieure et la lèvre externe de la plaie conjonctivale à un demi-centimètre environ en arrière de son bord antérieur. On noue le fil, et on place de la même façon un autre point de suture à la partie inférieure de la plaie.

Reste ensuite à pratiquer la ténotomie du muscle droit externe.

ARTICLE V

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LA CORNÉE.

J'examinerai successivement :

- § 1. L'extraction des corps étrangers implantés dans la cornée.
- § 2. La paracentèse de cette membrane.
- § 3. Les opérations par lesquelles on cherche à faire disparaître les taches de la cornée.
- § 4. Les opérations dirigées contre les staphylômes de la cornée.

§ 1. Corps étrangers. — Pour extraire un corps étranger de la cornée, il faut faire immobiliser la tête du malade et maintenir

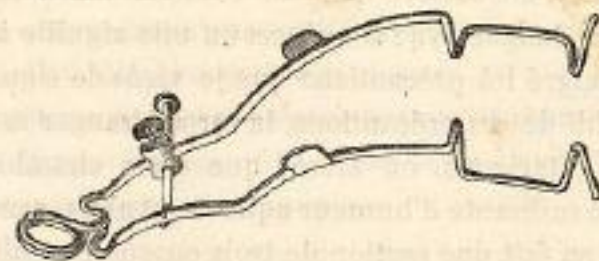


Fig. 193. — Blépharostat de Kelley-Snowden modifié.

les paupières écartées avec les doigts qui fixent le globe oculaire en pressant un peu sur lui ou avec un blépharostat (fig. 193, 194).

Si cette pression ne suffit pas, on doit recourir à la pince à fixation.

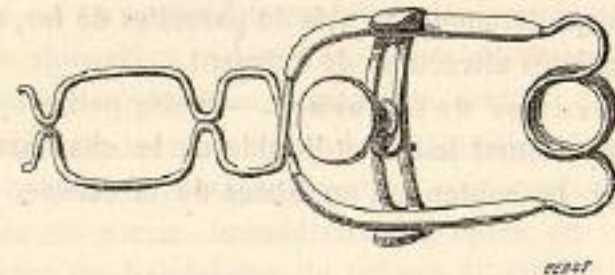


Fig. 194. — Blépharostat de Robert et Collin.

Les procédés d'extraction varient suivant la profondeur à laquelle le corps étranger a pénétré. Quand il est très-superficiel, un morceau de papier enroulé et taillé en pointe, l'extrémité d'un bistouri, la curette de Daviel suffisent parfaitement.

Lorsqu'il est enfoncé plus avant, on doit recourir à des pinces fines ou mieux à l'aiguille à cataracte.

Mais si le corps étranger a pénétré très-profondément dans la cornée, on est exposé à le voir, pendant les tentatives d'extraction, tomber dans la chambre antérieure. Pour éviter cet accident, on enfonce derrière le corps étranger un couteau lancéolaire qui reste entre les lames de la cornée, si le corps à extraire n'a pas perforé la partie profonde de cette membrane, et qui, dans le cas contraire, pénètre dans la chambre antérieure.

Il faut, dans ce dernier cas, enfoncer le couteau très-obliquement pour éviter l'issue de l'humeur aqueuse. Le corps étranger étant maintenu en arrière par le couteau lancéolaire, on peut l'enlever sans danger avec des pinces ou une aiguille à cataracte.

Quand, malgré les précautions que je viens de signaler, ou plutôt, par l'oubli de ces précautions, le corps étranger est tombé dans la chambre antérieure, on attend que cette chambre contienne une quantité suffisante d'humeur aqueuse et alors, avec un couteau lancéolaire, on fait une section de trois ou quatre millimètres à la périphérie de la cornée.

L'humeur aqueuse, en s'écoulant, entraîne le corps étranger. Au cas où il resterait encore dans l'œil, on exciserait la portion d'iris sur laquelle il est fixé.

Des applications réfrigérantes et des instillations d'atropine sont indiquées après ces opérations.

Pour les corps étrangers formés de parcelles de fer, on peut utiliser les propriétés attractives de l'aimant.

§ 2. **Paracentèse de la cornée.** — Cette petite opération qui a pour but de donner issue au liquide de la chambre antérieure ou d'évacuer le contenu d'un abcès de la cornée, se pratique

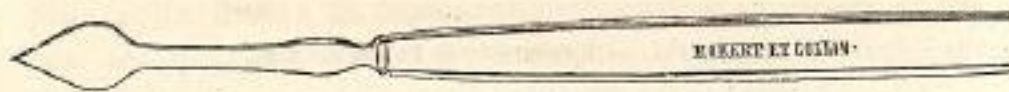


Fig. 495. — Couteau lancéolaire.

avec une aiguille à paracentèse, c'est-à-dire une aiguille terminée en fer de lance et pourvue d'un arrêt ou, à son défaut, avec un couteau lancéolaire (fig. 495). Il est bon d'avoir aussi un petit stylet courbe à pointe mousse.

L'œil étant fixé, on enfonce l'aiguille ou le couteau obliquement à la surface de la cornée et, lorsque la pointe a pénétré dans la chambre antérieure, on rapproche l'instrument de la face postérieure de la cornée, de façon à ne pas blesser l'iris. Si l'issue de l'humeur aqueuse ne se fait pas librement, on écarte les bords de la plaie avec le petit stylet.

§ 3. **Abrasion de la cornée.** — Cette opération destinée à faire dis-

paraître les taches de la cornée consiste à racler la surface de cette membrane avec un couteau à cataracte ou un couteau lancéolaire.

A l'aide d'un couteau étroit, on peut, dans quelques cas, tailler un lambeau comprenant une partie de l'épaisseur de la cornée, lambeau que l'on détache avec des ciseaux.

§ 4. **Opérations dirigées contre les staphylômes de la cornée.** — A. *Staphylôme opaque.* — Une série d'opérations ont été dirigées contre le staphylôme opaque.

Ce sont, sans compter l'énucléation de l'œil que je décrirai plus tard :

- a. L'incision;
- b. L'excision;
- c. La ligature;
- d. Le séton.

Il est bon pour ces différentes opérations de recourir à l'anesthésie.

a. *Incision.* — Le malade immobilisé, les paupières écartées et l'œil fixé, le chirurgien traverse de dehors en dedans la base du staphylôme avec un couteau à cataracte dont le dos regarde le fond de l'orbite ou avec un couteau lancéolaire à deux tranchants appelé staphylôtome; le staphylôme est ainsi partagé en deux et l'œil se vide en partie. Immédiatement après on rapproche les paupières avec des bandelettes de taffetas et on fait la compression avec de la charpie maintenue par un monocle.

b. *Excision.* — 1° Excision partielle. Avec un couteau à cataracte, on taille un large lambeau dans le staphylôme. L'œil en partie vidé, avec des ciseaux courbes on excise une partie du lambeau de dimension telle que celle qui reste s'adapte sur l'autre bord de la plaie à laquelle on la réunit par un point de suture.

2° Excision totale. Desmarres recommande de passer un fil à travers la tumeur pour maintenir plus sûrement l'œil. On introduit de dehors en dedans, au niveau de la base du staphylôme et un peu au-dessous de son centre, un couteau à cataracte ou un staphylôtome, et on taille ainsi un lambeau dont on excise la base avec des ciseaux courbes. L'œil doit être immédiatement fermé, comme après l'opération décrite ci-dessus.

3° Excision avec suture. — Critchett pratique l'excision avec suture (fig. 496, 497). Voici comment il procède : il commence par tra-

verser de haut en bas la base du staphylôme avec quatre ou cinq aiguilles courbes armées de fils de soie et laisse ces aiguilles en

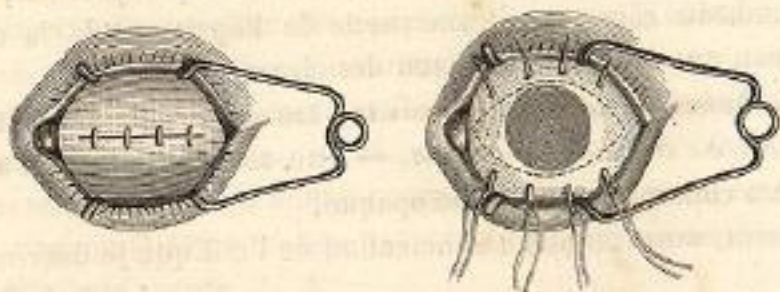


Fig. 196, 197. — Excision avec suture.

place. Puis, au niveau de l'insertion du muscle droit interne et avec un staphylôtome, il fait une incision horizontale de cinq millimètres. Il excise alors, avec des ciseaux à pointe mousse, deux lambeaux semi-elliptiques comprenant le staphylôme et s'arrêtant en avant des aiguilles. Le cristallin et une partie du corps vitré étant évacués, le chirurgien tire les aiguilles et noue les fils; il ferme ainsi la plaie. Les points de suture sont laissés en place une ou plusieurs semaines.

c. *Ligature (Borelli)*. — On traverse la base de la tumeur avec deux épingles en croix, et au-dessous d'elles on jette un fil que l'on serre fortement.

La portion étranglée se détache généralement au bout de trois jours.

d. *Séton*. — De Græfe, dans le but de déterminer l'atrophie du globe oculaire passait transversalement dans le corps vitré, à l'aide d'une aiguille, un fil de soie double, qu'il laissait à demeure un temps suffisant pour produire une ophthalmite.

Un mot maintenant sur la valeur des opérations dirigées contre le staphylôme.

L'incision simple expose à la récurrence, l'excision à la suppuration, à l'hémorrhagie. Le séton de de Græfe peut donner lieu à une phlegmasie trop intense, et la ligature de Borelli me paraît encourir le même reproche.

La méthode de Critchett évite les inconvénients que je viens de signaler.

Au point de vue de la prothèse, il est évident que le moignon formé par un œil atrophié est préférable à celui que laisse un œil enlevé même avec conservation de l'aponévrose et de la conjonctive; mais, en somme, l'énucléation a l'avantage de ne pas laisser place aux inflammations dont un œil atrophié peut être le siège, et qui peuvent retentir d'une manière fâcheuse sur son congénère.

B. *Staphylôme transparent*. — Bowman, à l'aide de deux opérations successives d'iridésis (p. 420), changeait la forme de la pupille et la transformait en une fente verticale ou transversale.

De Græfe a eu recours à l'opération suivante, qui jouit d'une véritable efficacité, et qui, depuis, a été plus ou moins heureusement modifiée: dans le voisinage du sommet de la tumeur, il taillait avec un couteau à cataracte, et sans pénétrer dans la chambre antérieure, un petit lambeau qu'il détachait avec des ciseaux.

Tous les trois ou quatre jours, pendant deux ou trois semaines, il cautérisait la perte de substance avec un crayon de nitrate d'argent mitigé. Meyer se sert, pour tailler le lambeau, d'une aiguille spéciale.

Bowman et Wecker ont eu recours à la trépanation du sommet du kératocone pratiquée avec une espèce d'emporte-pièce.

Galezowski fait une iridectomie à la partie supérieure et excise un lambeau de deux millimètres sur l'un des bords de la plaie cornéale.

Bader taille, avec le couteau de de Græfe, un lambeau intéressant toute l'épaisseur de la cornée et l'excise avec des ciseaux.

ARTICLE VI

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'IRIS.

Ce sont :

- § 1. **L'iridotomie ou incision de l'iris.**
- § 2. **L'iridectomie ou excision de l'iris.**
- § 3. **L'iridorrhexis ou arrachement de l'iris.**
- § 4. **Le déplacement de la pupille par iridenkleisis ou iridésis.**
- § 5. **La corélysis ou dégagement de l'iris de ses adhérences à la cristalloïde.**

§ 1. **Iridotomie.** — Employée autrefois, l'iridotomie était tombée en désuétude lorsqu'elle a été reprise par de Græfe et pratiquée par lui dans certains cas d'occlusion pupillaire consécutive à l'extraction de la cataracte. Il se servait d'un couteau très-pointu à double tranchant qu'il enfonçait à travers la cornée jusque dans le corps vitré, en divisant sur son passage l'iris et les tissus de formation nouvelle.

Bowman a eu recours à l'iridotomie pour établir une pupille artificielle dans les cas de cataracte stratifiée laissant intacte une assez large zone cristallinienne. La pupille artificielle devant être pratiquée à la partie interne, avec un couteau lancéolaire étroit il ponctionne la cornée vers le milieu du rayon horizontal externe de cette membrane. A travers l'ouverture cornéale il introduit à plat un petit couteau mousse, à lame large d'un millimètre, et le fait passer dans le champ pupillaire et cheminer derrière l'iris jusqu'à ce que sa pointe mousse soit arrivée dans le voisinage de l'insertion de cette membrane. Il tourne alors le tranchant en avant et divise le sphincter irien.

Le procédé de Bowman expose à blesser la cornée et à produire ainsi une opacité de cette membrane précisément dans le point où a été créée la nouvelle pupille.

Wecker pratique l'iridotomie simple et l'iridotomie double; la première dans le cas où la portion centrale du cristallin ou bien de la cornée est devenue impropre à la transmission des rayons lumineux, la seconde pour les yeux où, après l'extraction du cristallin, il est survenu une oblitération de la pupille. Il se sert pour cette opération d'un petit couteau lancéolaire à arrêt, droit ou coudé, et de pinces-ciseaux. Voici les procédés qu'il emploie :

Iridotomie simple. — Le point choisi pour la ponction de la cornée avec le couteau lancéolaire est le milieu du rayon opposé à celui qui correspond à l'endroit où l'on veut établir la pupille. La ponction faite, on introduit les pinces-ciseaux dans la chambre antérieure et, s'il y a un prolapsus de l'iris, on le réduit. Lorsque l'instrument a pénétré jusqu'au niveau du bord pupillaire, on ouvre légèrement les branches et on fait glisser l'une d'elles derrière l'iris, tandis que l'autre reste en avant. Les pinces embrassant le bord pupillaire, on les ouvre davantage, et on en pousse l'extrémité vers l'insertion de l'iris.

En rapprochant les branches, on coupe les fibres circulaires de cette membrane, et il n'y a plus qu'à retirer les pinces fermées, à enlever l'écarteur qui a été placé au début de l'opération, et à appliquer un bandeau compressif sur l'œil, après y avoir instillé une goutte de solution d'atropine.

Iridotomie double. — La section doit être faite sur le point vers lequel s'est portée la pupille oblitérée. On pratique la ponction avec un couteau lancéolaire coudé, à un millimètre en dedans du limbe conjonctival, et on enfonce ce couteau à travers l'iris, en ayant soin de le faire glisser parallèlement à la face postérieure de cette membrane; on le retire en le maintenant dans la même direction.

On introduit ensuite les pinces-ciseaux de manière qu'une branche passe en avant de l'iris, l'autre en arrière, et on enfonce ces branches dans l'étendue de cinq à six millimètres. On fait alors deux sections successives de l'iris et des pseudo-membranes, de façon à circonscrire un lambeau triangulaire à sommet dirigé vers la plaie cornéale. La rétraction de ce lambeau laisse une pupille béante.

L'iridotomie simple dans laquelle on est exposé à blesser la cristalloïde antérieure est une opération très-délicate. Il n'en est pas de même de l'iridotomie double réservée pour les cas d'absence de la lentille cristalline.

L'iridotomie simple a l'avantage de ne pas laisser une pupille immobile, comme l'iridectomie, et de ne pas exposer aux accidents inflammatoires, ainsi que le font l'iridésis et l'iridenkleisis.

L'iridotomie double crée plus facilement que l'iridectomie un passage aux rayons lumineux et, en outre, beaucoup mieux que cette dernière, elle permet d'éviter l'hémorragie et l'inflammation.

§ 2. **Iridectomie** (fig. 198, 199, 200, 201). — Souvent cette opération a pour but la création d'une pupille artificielle; plus souvent peut-être elle est faite dans le but d'amener un état de détente de l'œil, d'en modifier la circulation. C'est à ce titre qu'elle est employée contre le glaucôme, surtout le glaucôme aigu; enfin l'iridectomie fait partie de certains procédés d'extraction de la cataracte.

Lorsqu'on fait l'iridectomie dans un but optique, c'est-à-dire pour établir une pupille artificielle, il peut arriver deux cas : ou bien cette opération est motivée par une opacité de la cornée, ou bien par une lésion d'un autre ordre, cataracte centrale, occlusion pupillaire produite par des dépôts plastiques. Dans le premier cas, il n'y a pas de lieu d'élection; on opère où l'on peut, c'est-à-dire là où la cornée est restée transparente. On comprend toutefois que l'endroit le moins avantageux est la partie supérieure, car alors la paupière supérieure peut masquer une partie de la nouvelle pupille. Si c'est pour une des autres causes que j'ai signalées, que l'on pratique la pupille artificielle, on la place à la partie inférieure ou en dedans.

Je dois dire cependant que, quand on excise une portion d'iris pour diminuer la tension du globe oculaire, il serait préférable, au point de vue cosmétique, de faire l'excision en haut, parce que la perte de substance est en partie masquée par la paupière, mais l'opération est alors plus difficile, et un opérateur peu exercé fera bien de faire l'iridectomie en dedans ou en bas.

Un autre point assez important à établir c'est l'étendue de la portion d'iris que l'on doit retrancher. On peut poser en principe que, pour une pupille artificielle, l'excision doit être peu étendue, qu'elle doit au contraire l'être davantage et arriver jusqu'au bord ciliaire, lorsqu'elle est pratiquée dans le but de rétablir la communication entre la chambre antérieure et les parties situées derrière l'iris, ou dans celui de diminuer la pression oculaire, comme dans le glaucôme. Or c'est du siège et de l'étendue de la section de la cornée que dépend l'étendue de la portion retranchée de l'iris. Une large section cornéale donnera passage à un large lambeau irien et, inversement, une petite section ne laissera sortir qu'une petite portion d'iris. En outre, plus la section de la cornée sera voisine de la circonférence de cette membrane, plus la portion excisée de l'iris s'étendra vers le bord ciliaire.

Les instruments nécessaires pour pratiquer l'iridectomie sont, en dehors de l'écarteur des paupières et de la pince à fixation de Waldau, un couteau lancéolaire, des pinces à iris, et un couteau à pointe mousse. Mac-Dowel a fait fabriquer, pour sectionner l'iris, des ciseaux qui agissent par pression à l'aide d'un ressort (fig. 198)

et que l'on peut facilement manier de la main gauche, ce qui est fort utile quand on n'a pas un aide suffisamment exercé auquel on



Fig. 198. — Ciseaux de Mac-Dowel.

peut confier le soin de faire l'excision. Warlomont a modifié l'instrument de Mac-Dowel (fig. 199).

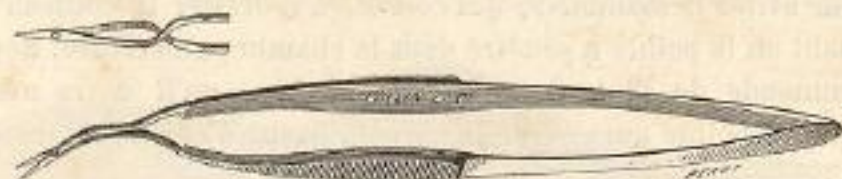


Fig. 199. — Ciseaux de Warlomont.

Les paupières écartées, le chirurgien, différemment placé suivant le point où doit être pratiquée l'iridectomie, saisit sur le point opposé la conjonctive avec la pince de Waldau. Si l'on désire enlever l'iris jusqu'à son bord ciliaire, il faut enfoncer le couteau, non pas dans la cornée, mais dans la sclérotique, à un millimètre de la cornée.

On recommande en général d'introduire l'instrument perpendiculairement à la surface de cette membrane. Lorsque la pointe du couteau a pénétré dans la chambre antérieure, ce qui donne la sensation d'une résistance vaincue, on rapproche la pointe de la face postérieure de la cornée pour qu'elle ne blesse pas l'iris. On la conduit parallèlement à la face antérieure du diaphragme irien (fig. 200) jusqu'à ce que la plaie de la cornée ait la largeur voulue. Si l'on désire agrandir la partie interne de cette plaie, on incline un peu la pointe du couteau du côté vers lequel on veut l'agrandir. Quand on n'a pas recours à cette précaution, en raison de la forme

du couteau, la plaie interne est toujours plus petite que l'externe. Lorsque l'instrument va sortir de l'œil, on le remet dans sa position initiale.



Fig. 200. — Iridectomie.

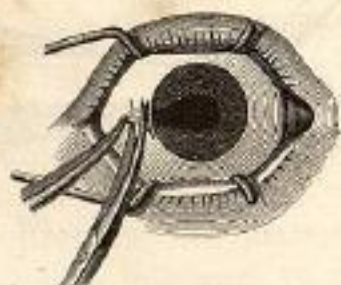


Fig. 201. — Iridectomie.

Pour éviter la manœuvre qui consiste à redresser le couteau au moment où la pointe a pénétré dans la chambre antérieure, Meyer recommande de l'introduire dans la position qu'il devra avoir, lorsque la pointe aura percé la cornée. Avant d'enfoncer l'instru-

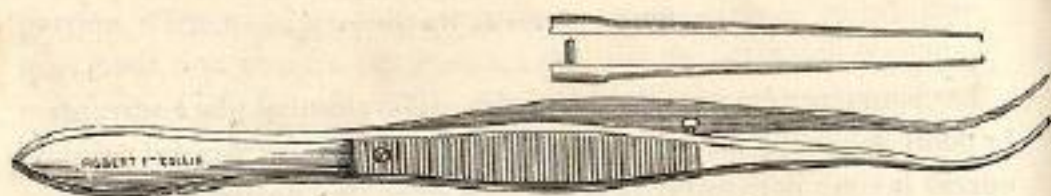


Fig. 202. — Pince à iridectomie.

ment, il a soin de déprimer cette membrane avec la pointe. Comme le couteau pénètre alors obliquement, il faut faire la ponction un peu plus en arrière, car c'est, je le répète, du siège et de l'étendue de la plaie interne que dépend celle du lambeau irien excisé.

La section de la cornée terminée, l'opérateur prenant la pince à iris (fig. 202) et la tenant fermée presse avec le côté convexe sur la lèvre externe de la plaie et arrive ainsi jusqu'au bord pupillaire. Inclinant alors la pince vers ce bord, il l'ouvre, saisit le bord pupillaire, referme la pince et amène au dehors la portion d'iris qu'il a saisie. L'aide, muni de ciseaux courbes dont il applique la con-

vexité sur l'œil, excise aussi près que possible de la cornée la portion d'iris saillante en dehors (fig. 201).

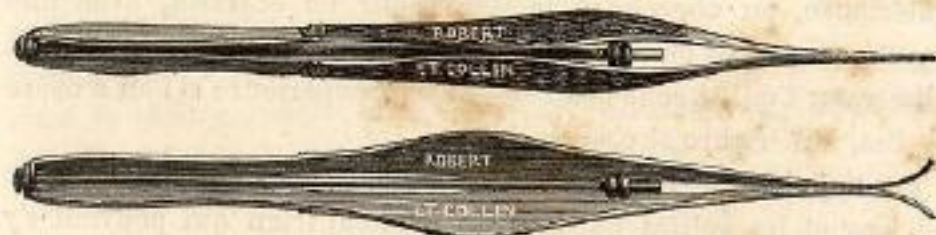


Fig. 203.

Liebreich a imaginé, pour saisir l'iris, une pince dont les branches, au lieu de se réunir par une de leurs extrémités, se rejoignent sur le côté (fig. 203, 204). Grâce à un ressort, elles s'écartent par un



Fig. 204. — Pince de Liebreich.

mouvement circulaire lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes, se rapprochent au contraire lorsqu'on les prend avec les doigts.



Fig. 205. — Pince de Collin.

Collin a fabriqué une pince construite sur le principe des ciseaux de Mac-Dowel (fig. 205).

Dans quelques cas, dès que la section cornéale est faite, l'iris sort spontanément.

D'autres fois, au contraire, des adhérences maintiennent si solidement cette membrane qu'on la déchire au lieu de l'entraîner, mais cette déchirure n'offre pas de danger.

S'il se trouvait que la plaie cornéale fût trop petite, on l'agrandirait avec des ciseaux ou un couteau moussé.

L'opération terminée, quand il y a du sang dans la chambre antérieure, on cherche à le faire sortir en écartant, avec une curette, les bords de la plaie. On aide à cette manœuvre en faisant glisser sur l'œil avec le doigt la paupière supérieure si l'on a opéré en bas, l'inférieure si c'est en haut.

On nettoie la plaie en enlevant avec des pinces les petits caillots de sang et les petites portions de pigment irien qui peuvent s'y trouver. Si l'iris n'était pas complètement rentré, on promènerait sur les angles de la plaie une curette de caoutchouc en allant de la sclérotique vers la cornée. Cette pression suffit à le faire rentrer.

L'œil lavé avec de l'eau fraîche, on applique un bandeau compressif.

§ 3. **Iridorhexie.** — Cette opération a été introduite dans la pratique par Desmarres pour les cas où la fermeté des adhérences de l'iris et la friabilité de son tissu ne permettent pas de faire l'iridectomie. Elle ne diffère du reste pas beaucoup de l'iridectomie. La cornée sectionnée comme dans cette dernière, on saisit avec les pinces l'iris, non plus au niveau du bord pupillaire, mais dans le voisinage; on l'attire au dehors en l'arrachant, et on excise la partie amenée à l'extérieur.

Galezowski décrit cette opération de la façon suivante : ponction de quatre à cinq millimètres sur un point très-voisin du centre de la cornée; introduction à travers la plaie d'un petit crochet à décollement qu'on fait passer entre l'iris et la cornée, la convexité de l'instrument dirigée vers le point opposé de la circonférence cornéale. Quand on est arrivé au bord ciliaire, on fait tourner le crochet sur son axe, de façon qu'il s'implante dans l'iris dont on amène ainsi au dehors une portion que l'on excise.

Cette opération remplace l'iridodialyse ou décollement de l'iris à son insertion ciliaire, iridodialyse qui offrait des dangers sérieux.

§ 4. **Iridenkleisis ou déplacement pupillaire par enclavement.** — **Iridésis ou déplacement pupillaire par ligature.** — La pupille artificielle obtenue par déplacement a sur celle produite par l'iridectomie l'avantage d'être douée de mobilité.

L'iridenkleisis dans lequel on attirait et laissait à demeure une portion d'iris dans une plaie de la cornée n'est plus usité de nos jours. Cette opération exposait, entre autres inconvénients, à des inflammations chroniques.

Aujourd'hui on a soin de ne pas engager le sphincter pupillaire dans la plaie cornéale, et, d'autre part, on excise la portion d'iris herniée, dès qu'elle a contracté des adhérences.

Critchett a le premier pratiqué cette opération, connue sous le nom d'iridésis. Il fait une très-petite incision à la sclérotique, tout près de la cornée, à l'aide d'un couteau lancéolaire très-étroit ou d'une aiguille spéciale (broad-needle). Il attire au dehors, avec une pince, une portion d'iris saisie dans le voisinage de sa partie ciliaire, de façon que le bord pupillaire reste à l'intérieur. La portion amenée à l'extérieur est prise dans une anse de soie préparée d'avance.

Pour engager l'iris dans l'anse, il est bon de faire le nœud à l'avance en le laissant ouvert, d'en faire tenir les extrémités avec une pince et d'introduire à travers ce nœud la pince destinée à saisir l'iris.

Waldau et Foerster ont tous les deux inventé des pinces destinées à faciliter l'application de cette ligature. Bref, le nœud serré, on sectionne les chefs du fil à une certaine distance, et on applique un bandage compressif. Au bout de deux jours on coupe la portion d'iris saillante à l'extérieur et le nœud qui l'étrangle.

Stelwag de Carion, Wecker, de Græfe ont supprimé la ligature. Ils font à la sclérotique une section étroite à travers laquelle ils attirent l'iris au dehors.

Stelwag et Wecker l'y laissent vingt-quatre heures et l'excisent après. De Græfe l'excise séance tenante. Il faut que le trajet de la plaie soit long et étroit pour que le bord pupillaire y reste engagé. Quoique exposant moins que l'iridenkleisis aux phlegmasies oculaires, l'iridésis n'en met cependant pas complètement à l'abri.

§ 5. **Coréylisis.** — C'est le nom que l'on donne à l'opération qui a pour but de séparer le bord pupillaire de ses adhérences à la cristalloïde. Streatfield est le premier qui l'ait pratiquée.

On se sert pour diviser la cornée d'une aiguille à paracentèse ou

d'une aiguille particulière (broad-needle) et, pour saisir l'iris, de la spatule de Streatfield (fig. 206) ou du crochet de Weber.

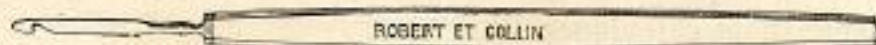


Fig. 206. — Spatule de Streatfield.

La ponction de la cornée se fait généralement à quatre millimètres du centre de cette membrane et doit avoir quatre ou cinq millimètres d'étendue. La ponction faite, à l'aiguille on substitue le crochet que l'on cherche à faire pénétrer entre l'iris et le cristallin. On exerce alors de légères tractions de façon à détruire les adhérences.

Immédiatement après l'opération, on instille dans l'œil une forte solution d'atropine. Si la pupille se dilate, on peut appliquer au bout d'un quart d'heure un bandage compressif que l'on renouvelle de temps en temps pour revenir à l'instillation d'atropine. Il ne faut appliquer le bandage que quand l'atropine a produit la dilatation.

Passavant, au lieu de se servir d'un crochet pour détacher les adhérences, emploie une pince à iris qu'il introduit par une ponction faite avec un couteau lancéolaire près de la circonférence de la cornée et dans la région occupée par l'adhérence.

La coréclisis est très-rarement applicable, parce que, dans les cas où elle serait de mise, elle est contre-indiquée le plus souvent par des phlegmasies iriennes ou choréidiennes.

ARTICLE VII

OPÉRATIONS EMPLOYÉES POUR LA CURE DE LA CATARACTE.

Sous le nom de cataracte, on désigne l'opacité du cristallin ou de la capsule cristalline. Le cristallin est, on le sait, une lentille biconvexe placée sur l'axe antéro-postérieur de l'œil, derrière l'iris, et logée dans une fossette de la partie antérieure du corps vitré. Il est enveloppé et maintenu par la capsule cristalline qui est elle-même fixée au corps vitré par la zone de Zinn. Il n'existe pas d'adhérence

entre le cristallin et la capsule, de sorte qu'après l'incision de cette dernière, il suffit d'une légère pression pour en faire sortir la lentille.

Selon la plupart des auteurs, il y aurait entre la face postérieure de l'iris et la cristalloïde antérieure un espace désigné sous le nom de chambre postérieure, chambre postérieure dont l'existence est niée par certains anatomistes.

Le cristallin se compose d'une couche corticale molle et d'un noyau plus résistant.

La cataracte siège le plus souvent sur le cristallin; l'opacité de la capsule est relativement rare. Elle peut exister seule ou coïncider avec une cataracte cristalline. De là trois variétés de cataractes :

- Cristalline,
- Capsulaire,
- Capsulo-lenticulaire.

Un point important, sous le rapport opératoire, c'est la consistance du cristallin cataracté; la cataracte est dure, demi-molle, molle ou liquide.

Je rappellerai ici que les cataractes capsulaires peuvent être produites par l'application sur la cristalloïde de pseudo-membranes dues à des phlegmasies anciennes (c'est la cataracte pseudo-membraneuse), ou bien provenir de dépôts inorganiques ou encore de l'altération des cellules épithéliales.

Je vais maintenant passer en revue les méthodes et les procédés opératoires usités pour la cure de la cataracte; je signalerai ensuite leurs avantages, leurs inconvénients, et j'exposerai à quels cas ils conviennent.

Les trois méthodes de traitement de la cataracte sont :

- L'abaissement;
- La dissection dont je rapprocherai le broiement;
- L'extraction.

L'anesthésie n'est le plus souvent pas employée lorsqu'on opère la cataracte, à moins que l'on n'ait affaire à un enfant ou à un malade tout à fait indocile.

Une précaution préalable, commune à toutes les méthodes, consiste à instiller quelques gouttes d'atropine dans l'œil un certain

temps avant l'opération, afin de dilater la pupille. Pendant l'opération, on couvre avec un monocle l'œil que l'on n'opère pas, à moins qu'il ne soit tout à fait insensible à la lumière.

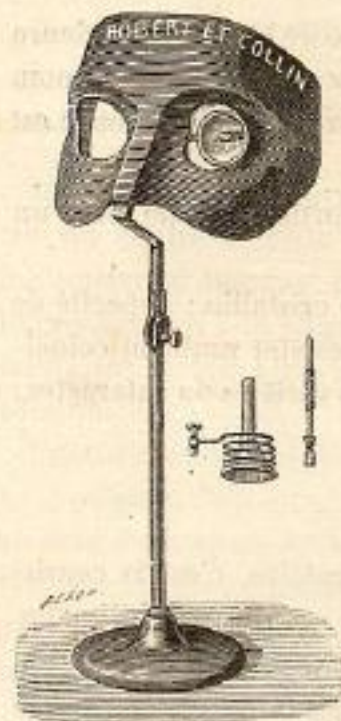


Fig. 207. — Ophthalmo-fantôme.

On peut à la rigueur, si le malade n'est pas endormi, l'opérer assis; mais il est bien préférable de l'opérer couché. Les ophthalmologistes se servent aujourd'hui, pour placer leurs opérés, de fauteuils à bascule (fig. 182) sur lesquels on peut leur donner une position à peu près horizontale et qui permettent d'immobiliser la tête d'une façon très-solide sans avoir recours à un aide.

(On peut s'exercer à l'opération de la cataracte en la pratiquant sur des yeux de porc fixés sur un ophthalmo-fantôme) (fig. 207).

§ 1. **Abaissement.** — On se sert, pour pratiquer cette opération, d'une aiguille courbe terminée par un fer de lance (fig. 208); les paupières sont maintenues écartées par un blépharostat; à défaut de cet instrument, un aide peut relever la paupière supérieure avec les doigts en la fixant entre le rebord orbitaire, ou bien avec un releveur, et le chirurgien abaisse la paupière inférieure avec les doigts de la main qui ne tient pas l'aiguille. On peut fixer l'œil en saisissant la conjonctive à l'aide de la pince de Waldau.

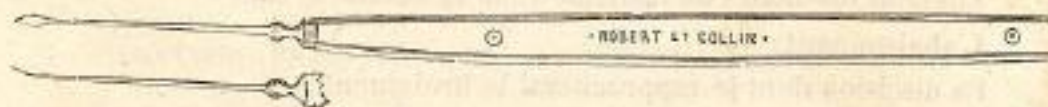


Fig. 208. — Aiguille à cataracte.

Pour opérer l'œil gauche, le chirurgien se place devant le malade et tient l'aiguille de la main droite; pour l'œil droit, s'il est ambidextre, il se placera encore devant le patient et manœuvrera l'aiguille de la main gauche. Mais, dans le cas contraire, il devra se

placer derrière le malade. Ce que je viens de dire s'applique à toutes les opérations de cataracte, quel que soit le mode opératoire.

Pour faire l'abaissement, on peut introduire l'aiguille par la sclérotique, et c'est le procédé habituel, ou bien par la cornée. Dans le premier cas, on opère par scléroticonyx, dans le second par kératonyxis.

A. *Scléroticonyx (œil gauche)* (fig. 209). — Le chirurgien placé devant le malade et tenant l'aiguille comme une plume à écrire avec

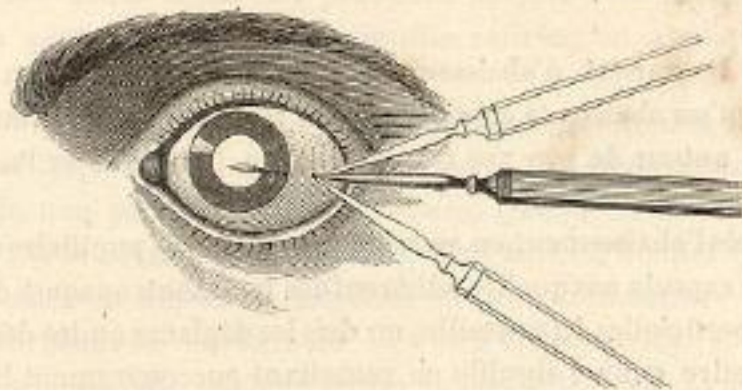


Fig. 209. — Opération de la cataracte par abaissement (Scléroticonyx).

les trois premiers doigts de la main droite, tandis qu'avec les deux derniers il prend un point d'appui sur la région malaire, enfonce l'aiguille dans le côté externe de la sclérotique, à trois millimètres au-dessous de l'équateur de l'œil et à quatre millimètres en arrière du bord externe de la cornée. En agissant ainsi, on évite de léser l'artère ciliaire longue dont la bifurcation se fait à quatre millimètres au moins en arrière de la cornée, au niveau de l'équateur de l'œil.

L'aiguille est enfoncée obliquement de bas en haut et de dehors en dedans, la convexité dirigée en haut. Puis, lorsque la lance a pénétré dans l'œil, en imprimant à l'instrument un mouvement de rotation sur lui-même on tourne la convexité de la lance vers l'iris, et on la fait cheminer derrière la face postérieure de cette membrane. On l'aperçoit dans le champ pupillaire, et elle est alors enfoncée dans les couches corticales du cristallin. On déchire la capsule transversalement ou verticalement avec l'aiguille conduite dans ce sens.

Pour abaisser le cristallin, la concavité de la lance étant appliquée sur la partie supérieure de la lentille, on la porte en bas, en arrière et en dehors, tandis qu'on fait basculer la portion extra-orbitaire de l'instrument autour du point de pénétration dans la sclérotique considéré comme centre. On maintient le cristallin ainsi abaissé pendant une demi-minute, et on relève ensuite l'aiguille. Quand le cristallin a de la tendance à remonter, on renouvelle la même manœuvre jusqu'à ce qu'il reste en place; il ne faut pas l'enfoncer trop profondément, de peur de léser les membranes de l'œil.

Dans la variété d'abaissement appelée réclinaison, en même temps qu'on abaisse le cristallin on lui imprime un mouvement de bascule autour de son axe transversal, de façon que sa face antérieure regarde en haut.

Si, après l'abaissement, on aperçoit dans le champ pupillaire des portions de capsule auxquelles adhèrent des fragments opaques des couches superficielles du cristallin, on doit les déplacer ou les déchirer.

On retire enfin l'aiguille en remettant successivement la lance dans les diverses positions qu'on lui a fait prendre pour l'introduire. On applique ensuite sur l'œil des compresses d'eau fraîche et on place le malade dans l'obscurité.

B. *Kératonyxis*. — On fait la ponction de la cornée au-dessous du diamètre transverse et à trois ou quatre millimètres du centre de cette membrane; on arrive sur le cristallin en passant par l'orifice pupillaire qui doit être très-dilaté.

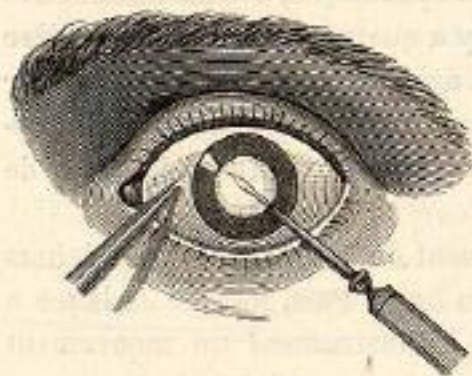


Fig. 210. — Discision.

§ 2. **Discision** (fig. 210). — On se sert pour la pratiquer d'une aiguille à discision. La plus usitée est celle de Bowman qui est pourvue d'un arrêt limitant la portion de l'instrument que l'on doit introduire dans l'œil.

Les paupières maintenues par un aide ou bien écartées par le blépharostat, le chirurgien saisit avec la pince de Waldau la conjonctive à la partie interne de l'œil; puis, du côté externe, il en-

fonce presque perpendiculairement l'aiguille à travers la cornée, au niveau du bord de la pupille préalablement dilatée. L'aiguille, qui a pénétré dans la chambre antérieure, est dirigée obliquement vers la partie supérieure du cristallin. On applique alors la pointe sur la capsule et, en évitant de pénétrer trop avant dans le cristallin, on divise cette membrane dans le sens vertical. Si on le juge nécessaire, à l'incision verticale on ajoute une section transversale. L'étendue de la division de la capsule est proportionnée au degré de mollesse de la cataracte; plus cette dernière est molle, plus l'incision peut être étendue. L'aiguille retirée, on applique un bandage compressif.

Il arrive très-souvent qu'une seule opération de discision suffise. Si l'on est forcé d'y revenir, il faut attendre, pour recommencer, que l'injection périkeratique ait disparu. Quand on réitère une ou deux fois la section de la capsule, il ne faut lui donner qu'une petite étendue ne dépassant pas deux ou trois millimètres.

A la discision, de Graefe, dans le but d'éviter l'iritis, a ajouté une iridectomie faite quelque temps auparavant; c'est ce qu'on a appelé la discision modifiée. De la discision je rapprocherai le broiement qui n'en diffère qu'en ce qu'après l'ouverture de la capsule, on cherche par des incisions multiples, en divers sens, à morceler le cristallin.

§ 3. **Extraction**. — A. Extraction à grand lambeau (de Daviel).



Fig. 211. — Kystitome de Boyer.

Il faut, pour pratiquer cette opération, un couteau à cataracte, une pince à fixation, une curette et un kystitome. On se sert gé-

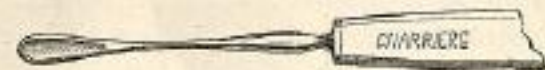


Fig. 212. — Curette de Daviel.

néralement du couteau de Richter (fig. 213), modifié par Beer (à tranchant droit) ou de celui de Zehender (à tranchant courbe);

bien des chirurgiens préfèrent aujourd'hui se servir du couteau inventé par de Graefe pour l'extraction linéaire périphérique.



Fig. 213. — Couteau de Richter.

Il est bon d'avoir sous la main, en cas de besoin, une curette, un couteau mousse, des ciseaux courbes.

Le lambeau doit comprendre à très-peu près la moitié de la circonférence de la cornée. On peut le tailler en haut (kératotomie supérieure), en bas (kératotomie inférieure), en bas et en dehors (kératotomie oblique).

La kératotomie supérieure est un peu plus difficile à pratiquer, mais en revanche le corps vitré a moins de tendance à sortir, et le lambeau est fixé par la paupière supérieure. La kératotomie inférieure est plus facile, mais, par contre, elle expose davantage à l'issue du corps vitré, au prolapsus de l'iris et, en outre, le bord libre de la paupière inférieure peut venir déranger l'application du lambeau.

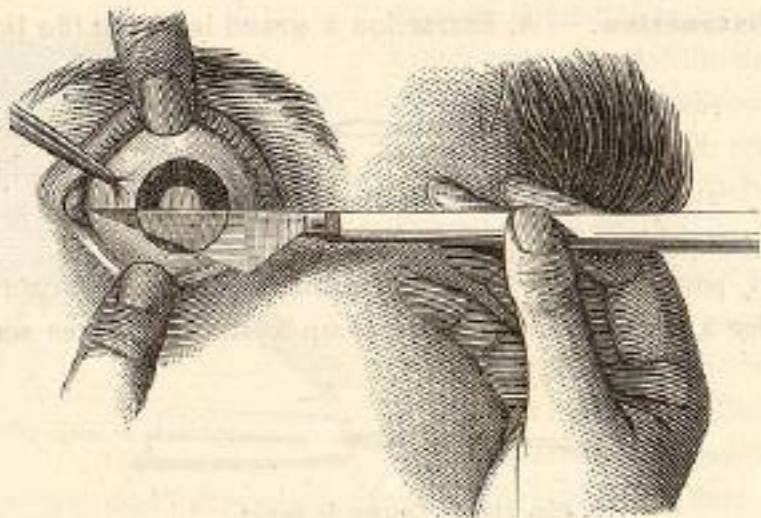


Fig. 214. — Extraction de la cataracte à grand lambeau (inférieur).

Kératotomie inférieure (œil gauche) (fig. 214). — Le malade étant

allongé, l'œil sain couvert par un bandage, un aide placé derrière écarte les paupières avec l'index et le médius d'une main pour la supérieure et les mêmes doigts de l'autre main pour l'inférieure. Il a soin de ne presser en aucune façon sur le globe oculaire; la paupière supérieure doit être maintenue contre le bord supérieur de l'orbite et la paupière inférieure contre le bord inférieur. (Aujourd'hui on préfère fixer les paupières avec un blépharostat.)

Le chirurgien placé en face du malade tient entre les trois premiers doigts de la main droite et comme une plume à écrire le couteau dont le tranchant regarde en bas, tandis qu'avec le petit doigt, il prend un point d'appui sur la région malaire, l'annulaire étant replié dans la paume de la main. De la main gauche il saisit avec la pince de Waldau un pli de la conjonctive du côté interne et immobilise ainsi l'œil dans une position convenable, c'est-à-dire regardant un peu en haut et en dehors.

Le couteau est enfoncé à un millimètre au-dessous du diamètre transverse de la cornée et à un millimètre en dedans de la circonférence de cette membrane, ou mieux à la limite extrême de cette circonférence et presque perpendiculairement à sa surface. Lorsque la pointe a pénétré dans la chambre antérieure, on redresse l'instrument en portant le manche en dehors et en arrière, et on enfonce transversalement et horizontalement la lame en avant de l'iris, de façon que la pointe vienne ressortir sur un point diamétralement opposé à celui où a été pratiquée la ponction. En vertu de la forme de l'instrument, en continuant à le faire cheminer dans le même sens, le lambeau se trouve taillé. L'opérateur retire alors le couteau, l'aide lâche les paupières, et on recommande au malade de les fermer doucement.

Meyer préconise la ponction faite en tenant le couteau parallèlement au plan de l'iris, après avoir déprimé la cornée avec la pointe. Cette conduite évite de changer la direction du couteau qui reste la même durant tout le premier temps de l'opération.

Desmarres ne taille pas complètement le lambeau; il laisse intact à la partie inférieure un petit pont de tissu cornéen qu'il divise ensuite avec le tranchant du kystitome ou des ciseaux courbes, après l'ouverture de la capsule. On évite ainsi

la sortie trop brusque du cristallin et l'issue du corps vitré.

Le malade étant un peu reposé, l'aide écarte les paupières avec précaution, le chirurgien immobilise l'œil avec la pince et introduit le kystitome, en dirigeant la convexité de l'instrument vers la cornée.

Lorsqu'il est arrivé vers le bord supérieur de la pupille, le tranchant est appliqué sur la cristalloïde antérieure que l'on divise de haut en bas et au besoin en travers, en évitant que, pendant ces mouvements, la tige du kystitome vienne s'engager dans les angles de la plaie de la cornée et soulever le lambeau. Il faut aussi éviter de faire pénétrer l'instrument trop profondément dans le cristallin. La section capsulaire terminée, on retire le kystitome en répétant en sens inverse la manœuvre que l'on a exécutée pour son introduction. On laisse les paupières se refermer.

Au bout d'un instant, l'opérateur écarte doucement les paupières, en soulevant la supérieure avec le pouce d'une main et abaissant l'inférieure avec l'index et le médus de l'autre main. Le malade doit en même temps regarder en haut.

Il n'en faut quelquefois pas davantage pour faire sortir le cristallin. Dans le cas contraire le chirurgien exerce une légère pression sur la partie supérieure du globe oculaire avec le doigt ou le dos de la curette, directement ou à travers la paupière supérieure.

Dans certains cas, il arrive que, malgré les manœuvres sus-mentionnées, le cristallin ne sort pas ; il faut alors en chercher la cause dans une des circonstances suivantes : dimensions insuffisantes de la plaie cornéale, de l'ouverture capsulaire ou rétrécissement de la pupille.

La plaie trop étroite de la cornée sera agrandie avec des ciseaux courbes ou un couteau à sommet mousse et à tranchant convexe. La capsule ouverte dans une trop petite étendue sera de nouveau sectionnée avec le kystitome. Enfin, si c'est l'ouverture pupillaire qui, par son resserrement, s'oppose à l'expulsion de la cataracte, on pratiquera une iridectomie.

En dernier ressort, on introduira derrière le cristallin une curette de Critchett (fig. 215) et on l'extraira de cette façon.

Après la sortie du cristallin, il faut pratiquer le nettoyage de l'œil,

et pour cela, par de douces pressions exercées sur le globe oculaire à travers la paupière supérieure et dirigées vers la plaie, on favorise l'issue des masses corticales, qu'il faut rendre aussi complète que possible.

Si quelques portions de capsule opaque persistent encore, on doit, autant que faire se peut, les enlever avec des pinces.

L'opération terminée, on applique sur l'œil opéré une compresse fine recouverte de charpie que l'on maintient avec un monocle.

L'accident le plus redoutable qui puisse se présenter pendant cette opération, c'est la sortie d'une portion considérable du corps vitré. Quand on le voit se présenter dans la plaie, il faut immédiatement laisser retomber les paupières et recommander au malade l'immobilité absolue de l'œil. Il est alors prudent d'extraire le cristallin avec une curette afin d'éviter les pressions sur le globe oculaire, pression dont on comprend sans peine tout le danger en pareille circonstance.

Je n'insisterai pas sur la kératectomie supérieure, ni sur la kératectomie oblique, en raison de la similitude de leur manuel opératoire avec celui de la kératectomie inférieure.

Ces opérations peuvent être appelées à grand lambeau pour les distinguer de celles qu'emploient depuis quelque temps certains chirurgiens, entre autres Liebreich, qui forment un lambeau plus petit, c'est-à-dire à sommet moins éloigné du centre de la cornée.

B. *Extraction à court lambeau.*—Liebreich se sert du couteau de de Græfe et place la ponction et la contre-ponction dans la sclérotique. Il fait un lambeau inférieur.

Lebrun, d'après Warlomont (article cataracte du Dictionnaire des sciences médicales), pratique un procédé analogue ; seulement il fait la ponction et la contre-ponc-



Fig. 215. — Curette de Critchett.

A. Vue de face.
B. Vue de profil.

tion sur la périphérie de la cornée, à un ou deux millimètres au-dessous du diamètre transverse, et, dirigeant vers la partie supérieure le tranchant du couteau, il vient terminer le lambeau à l'union du tiers moyen de la cornée avec le tiers supérieur.

Extraction à lambeau combinée avec l'iridectomie. — On excise l'iris sur le point où l'on doit faire sortir le cristallin, c'est-à-dire que, si l'on fait la kératotomie supérieure, on fait l'iridectomie en haut, et qu'on la pratique en bas, si l'on met en usage la kératotomie inférieure.

L'iridectomie a ici pour but d'éviter les iritis, en retranchant la portion d'iris qui serait contuse par le passage du cristallin.

Mooren fait en premier lieu l'iridectomie; puis, quinze jours ou un mois après, il opère la cataracte. Jacobson et Pagenstecher font les deux opérations dans la même séance. Ils taillent un lambeau cornéen s'étendant jusque dans la sclérotique, près des insertions de l'iris. L'iridectomie est pratiquée après la formation de ce lambeau et avant la section de la capsule. Quand on opère en deux séances, on peut faire la kératotomie supérieure, mais quand on fait le tout en une fois, il faut faire la kératotomie inférieure à cause des difficultés que présenterait dans ces conditions l'iridectomie faite en haut.

C. Extraction linéaire simple. — Inventée par Gibson et laissée ensuite de côté, elle fut tirée de l'oubli et modifiée par de Græfe. Les instruments nécessaires pour pratiquer cette opération sont : un blépharostat, une pince à fixation, un large couteau lancéolaire, un kystitome de de Græfe et une curette de Daviel, plus, en cas de besoin, une pince à iris et des ciseaux courbes.

Les paupières étant maintenues écartées par le blépharostat, le chirurgien fixe l'œil avec la pince de Waldau, en saisissant la conjonctive au côté interne de la cornée, et enfonce le couteau lancéolaire au niveau du diamètre transverse de la cornée, à deux millimètres en dedans de la sclérotique. On recommande de diriger d'abord le couteau perpendiculairement à la surface de la cornée, et ensuite, lorsqu'il a pénétré dans la chambre antérieure, de le conduire parallèlement au plan de l'iris; mais on peut aussi faire la ponction de la cornée en tenant de prime abord le couteau parallèlement à l'iris, pourvu que l'on prenne la pré-

caution préalable de déprimer la cornée avec la pointe de l'instrument au moment de faire la ponction.

Quel que soit le procédé employé, la pointe ayant pénétré dans la chambre antérieure est conduite parallèlement à l'iris et en avant de cette membrane, jusqu'à ce que la plaie externe ait une étendue de cinq à six millimètres. Si le couteau n'est pas assez large pour donner par sa seule pénétration les dimensions voulues à la plaie, on peut agrandir cette dernière, en pressant avec le couteau sur l'un des angles. Il est du reste bon, en tout état de chose, d'agrandir de cette façon les deux angles de la plaie interne de la cornée, afin de lui donner la même étendue qu'à la plaie externe. On retire ensuite le couteau en dirigeant la pointe vers la cornée pour éviter de léser l'iris.

Avec le kystitome introduit transversalement et la pointe en haut à travers la plaie, dont il déprime la lèvre externe, puis retourné et retiré en dehors, la pointe en arrière, lorsqu'il est arrivé à l'extrémité du diamètre transverse de la pupille, on divise la capsule transversalement.

La section de la capsule faite et le kystitome enlevé, quand la cataracte est suffisamment molle il suffit, pour la faire sortir, de faire entre-bâiller la plaie en pressant avec une curette sur la lèvre externe, tandis qu'avec le doigt on exerce une douce pression sur la partie interne du globe oculaire; la pince à fixation peut, pour cet usage, être substituée au doigt. Si, contre l'attente de l'opérateur, le cristallin cataracté avait un noyau dur qui ne pût sortir malgré les pressions, il faudrait en favoriser la sortie à l'aide de la curette de Daviel, engager la concavité en avant dans la chambre antérieure, et maintenir la plaie béante en appuyant par sa convexité sur la lèvre externe de la plaie et sur l'iris, ou bien, ce qui serait peut-être plus prudent, ne pas insister davantage, et considérer l'opération que l'on vient de pratiquer comme une simple discision, sauf à revenir plus tard à la discision ou à une opération appropriée.

Après ce procédé d'extraction linéaire simple dans lequel l'incision verticale est placée sur le côté de la cornée, je mentionnerai celui de Kochler qui divise cette membrane dans toute l'étendue de son diamètre transverse. Il se sert pour cela d'un

couteau long et étroit. Notta de Lisieux sectionne aussi transversalement la cornée, mais au-dessus de son centre.

D. *Extraction linéaire combinée avec l'iridectomie, extraction à curette.* — De Græfe, qui avait introduit dans la pratique l'extraction linéaire, eut l'idée d'ajouter l'iridectomie à cette opération, ce qui a le double avantage d'éviter les inflammations de l'iris provenant de la contusion de cette membrane et de permettre l'introduction d'une curette destinée à faire sortir le noyau du cristallin.

De Græfe pratiquait une section comprenant un quart de la circonférence de la cornée, du côté de la tempe, et excisait la portion d'iris correspondant au tiers moyen de la section de la cornée. Avec le kystitome, il ouvrait la capsule sur une grande étendue, puis il introduisait dans les masses corticales postérieures une large curette plate à bord tranchant; lorsqu'il avait bien embrassé la face postérieure du noyau dans la concavité de la curette, il la retirait et extrayait en même temps le noyau.

Waldau a fait fabriquer une curette très-large et à rebord très-saillant.

Critchett fait l'incision de la cornée plus étendue que celle de de Græfe et atteignant jusqu'à un tiers de la circonférence de cette membrane; il la place à l'extrémité supérieure du diamètre vertical et se sert à cet effet d'un couteau lancéolaire coudé. La curette qu'il emploie (fig. 215) est plate, mince et n'a de rebord saillant qu'à son extrémité. Ce procédé, plus difficile à pratiquer, a par contre l'avantage de masquer la pupille artificielle derrière la paupière supérieure et d'éviter ainsi les inconvénients que présente en pareil cas, au point de vue optique et cosmétique, la pupille artificielle placée sur tout autre point.

E. *Extraction linéaire périphérique. Procédé de de Græfe* (fig. 218, 219). — Les instruments nécessaires sont : un blépharostat, des pinces à fixation, un couteau de de Græfe étroit et pointu (fig. 216), une pince à iridectomie, de petits ciseaux courbes, un kystitome coudé à



Fig. 216. —
Couteau de
de Græfe.

tige flexible, une curette de de Græfe (en caoutchouc durci).

On divise la cornée à la partie supérieure ou à la partie inférieure, mais le plus souvent en haut, afin de dissimuler sous la paupière supérieure le vide laissé par l'iridectomie et d'éviter ainsi la petite difformité et surtout l'éblouissement qui résultent



Fig. 217. — Kystitome de de Græfe.

de cette excision faite sur une portion d'iris qui n'est pas en partie cachée par la paupière. Je vais donc décrire l'opération pratiquée à la partie supérieure.

L'écarteur étant placé, l'opérateur saisit la conjonctive avec la pince de Waldau au-dessous de la partie inférieure de la cornée et dirige l'œil en bas; avec le couteau de de Græfe, tenu le tranchant en haut, il ponctionne la sclérotique à un millimètre de la

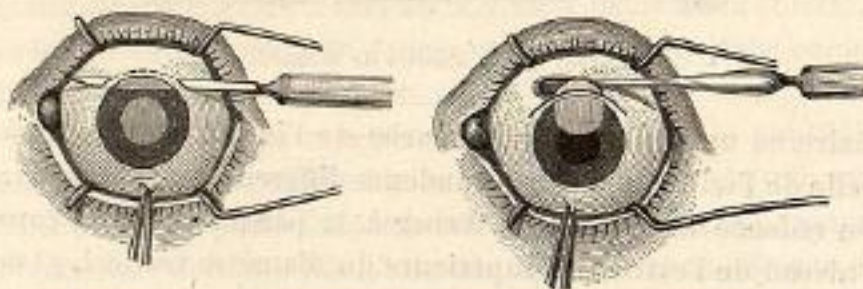


Fig. 218 et 219. — Extraction linéaire périphérique. Procédé de de Græfe.

circonférence de la cornée et à deux millimètres au-dessous de la tangente au sommet de cette membrane. Le couteau est dirigé vers le diamètre antéro-postérieur de l'œil, jusqu'à ce qu'il ait pénétré dans la chambre antérieure dans une certaine étendue, sept à huit millimètres environ; ensuite il est conduit vers le point où doit être faite la contre-ponction, c'est-à-dire le point symétrique à celui de la ponction. La contre-ponction faite, on dirige le tranchant du couteau un peu en avant, et on l'enfonce transversalement dans toute sa longueur en pressant sur l'angle supérieur des deux plaies, puis on le retire. Si cela ne suffit pas pour couper complètement la sclérotique, on pratique quelques mouvements de scie. Afin de ne pas avoir

un lambeau conjonctival trop long, au moment où l'on va terminer la section, on dirige le couteau plus en avant et même un peu en bas.

En opérant ainsi, de Græfe plaçait l'incision tout entière dans la sclérotique; on a reproché à la section ainsi placée de correspondre au corps vitré et d'exposer au prolapsus de ce corps. Aussi Critchett, tout en faisant la ponction et la contre-ponction aux mêmes points que de Græfe, conduit-il la section sur le limbe cornéal. Cette dernière pratique est celle qui a prévalu.

Procédé de Weber. — Weber a fait construire un couteau lancéolaire courbe sur ses faces (fig. 220) qui permet de faire l'incision



Fig. 220. — Couteau de Weber.



Fig. 221. — Curette de Weber.

linéaire en un seul temps. La courbe de l'instrument correspond à celle de l'œil. Il y a deux grandeurs différentes de couteaux.

On enfonce le couteau de Weber à la périphérie de la cornée, au niveau de l'extrémité supérieure du diamètre vertical, et on le fait cheminer dans la chambre antérieure jusqu'à ce que la pointe arrive à l'autre extrémité du diamètre vertical; on le retire alors, et la section linéaire est pratiquée. Cet instrument est généralement peu employé et considéré comme dangereux.

J'en reviens maintenant au manuel opératoire de de Græfe.

La section scléroticale faite, le chirurgien continuant à fixer l'œil avec la pince de Waldau déprime avec la pince à iris la lèvre supérieure de la plaie, et, à l'aide de cette pince, saisit l'iris dans l'angle externe de la plaie. Un aide l'excise à ce niveau, puis en dedans, avec les ciseaux courbes. Si l'opérateur n'a pas auprès de lui d'aide suffisamment expérimenté, il confiera à quelqu'un la pince à fixation et excisera lui-même l'iris. Cette excision se fait en deux ou trois coups de ciseaux.

L'iridectomie pratiquée, il faut s'assurer que le sphincter de l'iris est rentré dans la chambre antérieure et, au besoin, aider à sa rentrée en pressant doucement les angles de la plaie avec la curette.

Avec le kystitome, dont on a eu soin de couder la tige pour pouvoir le manier plus aisément, on ouvre la capsule crucialement ou bien de façon à avoir deux sections se réunissant en bas et se dirigeant en haut, l'une en dehors, l'autre en dedans.

Après la section de la capsule, on laisse le malade se reposer un instant; puis, avec le dos de la curette, on presse doucement sur la lèvre supérieure de la plaie, en faisant alternativement glisser la curette d'un côté à l'autre. Lorsque la portion la plus épaisse du noyau a franchi l'ouverture, on diminue la pression.

De Græfe a aussi préconisé, pour faciliter l'issue du cristallin, la pression exercée avec la curette appliquée sur la sclérotique au-dessous de la cornée.

S'il reste dans l'œil des portions de couche corticale, on laisse à l'humeur aqueuse le temps de se reproduire, puis on favorise leur sortie en écartant les lèvres de la plaie à l'aide de la curette, et en exerçant avec le doigt de douces pressions sur le globe oculaire, à travers la paupière supérieure.

On continue cette manœuvre, jusqu'à ce que la pupille apparaisse bien noire; reste alors à nettoyer la plaie et l'œil, en enlevant avec une pince les petits caillots qui peuvent s'y trouver. On évacue une dernière fois l'humeur aqueuse, et on affronte exactement les bords de la plaie. On termine par l'application du monocle sur l'œil opéré.

Il peut survenir pendant l'opération un prolapsus du corps vitré; s'il a lieu immédiatement après la section de la cornée, on enlève l'écarteur et la pince à fixation, on anesthésiera le malade et on continuera ensuite l'opération avec les plus grandes précautions, en supprimant le blépharostat et le remplaçant par les doigts d'un aide. Quand l'issue du corps vitré a lieu dans les temps ultérieurs de l'opération, on doit extraire le cristallin en le chargeant sur la curette. On se dispensera dans ces cas-là d'enlever les portions de substance corticale demeurées dans l'œil.

F. Extraction latérale de la cataracte. — Procédé de Galezowski. — Instruments: un blépharostat, une pince à pression, un couteau

coudé à angle obtus (fig. 222), une pince à iridectomie, un kystitome modifié et des ciseaux courbés. Les paupières écartées par le blépharostat, le chirurgien fixe l'œil avec la pince de Waldau



Fig. 222.—Couteau de Galezowski.

placée du côté interne, et tenant le tranchant du couteau dirigé en dehors, il ponctionne la sclérotique en dehors, à deux millimètres et demi du bord inférieur de la cornée.

Il fait la contre-ponction vers la limite supérieure de la chambre antérieure, et, dirigeant le tranchant du couteau en dehors, il divise la cornée au niveau de son bord externe et forme en outre un lambeau conjonctival de trois millimètres. La plaie a dix ou onze millimètres d'étendue. L'opérateur pratique ensuite l'iridectomie, incise crucialement la capsule et fait sortir le cristallin en pressant en dedans le globe oculaire avec la pince à fixation, tandis qu'il déprime avec la curette la lèvre externe de la plaie.

Galezowski attribue à son opération les avantages suivants : sortie facile du cristallin, réunion rapide de la plaie, absence de prolapsus du corps vitré, facilité de la manœuvre.

Le seul inconvénient qu'il lui reconnaisse, c'est l'étendue de la pupille artificielle.

G. *Extraction de la cataracte dans sa capsule.* — L'extraction de la cataracte dans sa capsule qui a été pratiquée par Sperino, Pagenstecher, Wecker, donne sans contredit, lorsqu'elle réussit, de très-beaux résultats, mais en revanche elle expose à de graves accidents qui ont fait repousser l'emploi de ce procédé par la presque totalité des ophthalmologistes.

Sperino emploie, pour extraire le cristallin dans sa capsule, l'extraction à lambeau ordinaire, moins la discision ; Pagenstecher pratique l'iridectomie. Delgado commence par introduire à travers la cornée un instrument spécial destiné à détacher et à mobiliser l'appareil cristallinien, puis il fait l'extraction linéaire périphérique de de Græfe.

Je terminerai l'exposition des méthodes de traitement appliquées à la cure de la cataracte en rappelant le procédé du professeur Laugier qui, dans les cas de cataractes complètement liquides, aspirait ce liquide à l'aide d'une aiguille à laquelle il avait fait adopter une petite pompe. Bowman a aussi inventé dans le même but une pompe terminée par une curette creuse qui permet au besoin d'extraire des parties solides, quand la cataracte n'est pas entièrement liquide.

Un mot maintenant sur les indications des méthodes et des procédés que je viens de passer en revue.

Je dirai d'abord que l'abaissement est à peu près complètement abandonné aujourd'hui, en raison des chances de phlegmasie des membranes profondes de l'œil que fait courir à l'opéré la présence du cristallin dans le corps vitré. On n'y aura recours que dans les cas de ramollissement avancé du corps vitré.

La discision est applicable aux cataractes corticales molles et, entre autres, à celles des sujets qui n'ont pas plus de vingt ans.

On peut aussi y recourir pour les cataractes zonulaires dans lesquelles l'opacité est trop étendue pour que l'iridectomie ou l'iridectomie puissent donner une vision suffisante.

Quand des synéchies postérieures ou d'autres circonstances font redouter une tendance de l'œil aux inflammations, on fait bien d'adjoindre l'iridectomie à la discision. Cette précaution devra *à fortiori* être prise, si l'on fait la discision pour des cataractes molles chez des individus d'un certain âge.

La discision avec deux aiguilles est mise en usage pour les cataractes molles et très-peu volumineuses.

Parmi les procédés d'extraction, l'extraction simple à grand lambeau, qui permet d'enlever les cataractes à noyau dur et à noyau volumineux, expose à une coaptation défectueuse et à l'infiltration purulente du lambeau, à la procidence et aux inflammations de l'iris. L'iridectomie prévient ces derniers accidents.

L'extraction à petit lambeau, d'une exécution plus facile, peut aussi donner lieu à la hernie de l'iris. De plus, si la cicatrice cornéale devient opaque, cette opacité se trouve située dans le champ visuel.

L'extraction linéaire latérale donne une plaie qui se cicatrise rapidement et n'expose pas à la suppuration de la cornée. En re-

vanche, elle ne permet d'extraire que des cataractes liquides ou complètement molles. Avec l'extraction linéaire transversale on peut enlever des cristallins durs, mais on s'expose à avoir une cicatrice opaque placée dans le champ pupillaire, des hernies de l'iris et des synéchies antérieures. Cette opération est du reste très-facile.

L'extraction linéaire combinée est applicable aux cas où le cristallin est peu volumineux et la substance corticale ramollie.

Elle peut être mise en usage pour les cataractes traumatiques; s'il y a un corps étranger dans le cristallin, on ira chercher la lentille avec la curette.

L'extraction linéaire périphérique est, en somme, d'une exécution assez difficile; elle donne une ouverture de dimensions telles que la sortie d'un cristallin volumineux est laborieuse; la réunion de la plaie qui en résulte est en général facile et rapide, et ce procédé est surtout indiqué pour les cas dans lesquels l'état général du malade ou celui des membranes de l'œil contre-indiquent l'opération à lambeau. Pour nombre de chirurgiens, il est devenu le procédé d'élection.

Contre les cataractes capsulaires pseudo-membraneuses qui correspondent à la pupille et s'accompagnent de synéchie postérieure quelquefois complète, on emploiera l'iridectomie.

Quant aux cataractes capsulo-lenticulaires, on divisera avec soin la capsule et on extraira le cristallin, ou mieux, avant ou bien après l'extraction de la lentille, on extraira la capsule en la saisissant avec une pince serretelle (fig. 223).



Fig. 223. — Serretelle de Desmarres.

Cataracte secondaire. — On désigne sous ce nom les opacités développées dans le champ pupillaire après l'opération de la cataracte, opacités qui sont constituées par des portions de capsule, des fragments de cristallin et des pseudo-membranes dues à l'inflammation de l'iris.

Dans les cas où la cataracte secondaire n'est pas adhérente à l'i-

ris et est constituée par un tissu peu résistant, la discision suffira.

Quand elle sera résistante et épaisse, on fera une section à la cornée, comme on le fait pour l'extraction linéaire, et avec une serretelle introduite par la plaie cornéale, on saisira la cataracte secondaire et on l'enlèvera.

Si la cataracte est adhérente à l'iris, on fera d'abord l'iridectomie et plus tard la discision, à moins qu'ayant à faire une opération avec iridectomie, on puisse, du premier coup, diviser la cataracte dans toute son étendue. On pourrait se servir pour cet usage des ciseaux de Wecker.

ARTICLE VIII

EXTIRPATION DU GLOBE OCULAIRE.

L'extirpation du globe oculaire, qui permet d'enlever en même temps que l'œil les néoplasies développées autour de lui dans l'orbite, se pratique de la façon suivante : les paupières étant maintenues écartées, on fixe l'œil avec un fil que l'on passe à travers, ou bien en le saisissant avec une pince à griffes.

Pour avoir plus de facilité dans la manœuvre, surtout si la tumeur à enlever est considérable, on fend avec le bistouri la commissure externe des paupières; puis, reportant le bistouri au niveau de l'angle interne de l'œil, on l'enfonce en longeant l'ethmoïde jusqu'auprès du trou optique, et on le conduit de dedans en dehors, en rasant le plancher de l'orbite. Arrivé au niveau de l'angle externe, on reporte l'instrument en dedans, et cette fois on dégage la partie supérieure du globe de l'œil, en cotoyant la voûte orbitaire. Selon que la glande lacrymale est malade ou saine, on l'enlève ou on la laisse en place. L'œil est encore retenu par les muscles droits et le nerf optique. Pour les diviser en arrière, on se sert du bistouri ou mieux des ciseaux courbes qu'il est préférable d'introduire du côté externe, comme l'a recommandé Desault.

Dupuytren commençait par détacher l'œil de la voûte orbitaire, coupait ensuite le pédicule et, rabattant l'œil sur la joue, achevait de le détacher à la partie inférieure.

Après l'extirpation de l'œil, on enlève, s'il y en a, les tissus pathologiques contenus dans l'orbite. Il suffit, pour arrêter l'hémorrhagie fournie par les artères que peut intéresser l'extirpation de l'œil, voire même par l'ophtalmique, de tamponner l'orbite avec des boulettes de charpie maintenues par un monocle.

Dans les cas où les paupières participeraient à l'altération, on circonscrit par une incision semi-lunaire à convexité dirigée vers le bord adhérent la portion de paupière malade, et on l'exciserait dans toute son épaisseur.

L'extirpation telle que je viens de la décrire est employée dans les cas où l'œil est atteint d'une tumeur ayant percé la coque oculaire et pénétré avant dans l'orbite. Quand, au contraire, c'est pour des lésions bornées seulement à l'œil que l'on en pratique l'ablation, on a recours à l'énucléation par le procédé de Bonnet.

Énucléation. — Procédé de Bonnet. — Cette opération se pratique avec un crochet à strabisme et des ciseaux courbes; ceux à pointes mousses sont préférables. Les paupières maintenues écartées, l'opérateur saisit transversalement un pli de la conjonctive du côté interne, comme pour l'opération du strabisme, et coupe ce pli d'un coup de ciseaux perpendiculairement à sa direction et près du bord de la cornée.

Avec le crochet mousse, il va chercher le muscle droit interne et le divise avec les ciseaux. Il sectionne successivement en haut, en dehors et en bas la conjonctive tout autour de la cornée, et coupe en même temps les muscles droits en les chargeant sur le crochet.

Fixant alors le globe oculaire en dedans avec la pince, il divise le nerf optique à l'aide des ciseaux courbes passés du côté externe; puis, avec l'index et le médius gauches introduits derrière le globe oculaire en longeant la paroi interne de l'orbite, il luxe ce dernier. Il ne reste plus alors qu'à couper les muscles obliques.

Cette opération n'a pas de retentissement, est suivie d'une guérison rapide et a, en outre, l'avantage de donner un moignon mobile qui peut imprimer des mouvements à un œil artificiel.

ARTICLE IX

PROTHÈSE OCULAIRE.

Yeux artificiels. — En dehors de l'avantage qu'offrent les yeux artificiels de masquer la difformité produite par l'absence ou l'atrophie d'un œil, ils maintiennent les paupières et facilitent l'écoulement des larmes.

L'œil artificiel est fixé en avant par les paupières. La condition la meilleure pour son application est la persistance d'un œil simplement diminué de volume; la concavité de la face postérieure de la pièce peut alors s'appliquer complètement sur la convexité de l'œil dont tous les mouvements lui sont transmis. Dans les cas où le globe oculaire a été énucléé, mais où on a conservé les muscles et la capsule, le moignon, je l'ai déjà dit, imprime à l'œil artificiel une certaine mobilité. Mais quand on a fait l'extirpation proprement dite de l'œil, c'est-à-dire, quand on a enlevé avec lui les muscles et la capsule, l'œil artificiel reste immobile, et cette immobilité, comparée aux mouvements de l'œil opposé, constitue une difformité choquante.

Les yeux artificiels dont on se sert aujourd'hui sont en émail.

Pour introduire l'œil artificiel, on soulève avec l'indicateur gauche la paupière supérieure, et on glisse au-dessous la partie supérieure de la pièce que l'on maintient avec le pouce et l'index droits. Avec la main gauche on abaisse la paupière inférieure, et on achève de placer la pièce.

Pour l'enlever, on se sert d'un petit crochet ou simplement d'une grosse épingle dont on passe la tête sous le bord inférieur de la pièce, après avoir abaissé la paupière inférieure. En pressant ensuite avec l'épingle sur la coque en émail, d'arrière en avant, on la fait sortir de l'orbite.