

aqueuse et placerait l'iris devant le tranchant du couteau. L'incision étant faite, l'opérateur enlève la pince et l'aide lâche les paupières; celles-ci sont tenues fermées pendant quelques instants, afin de rendre le calme au malade et à ses muscles oculaires, très-disposés à se contracter pendant ce premier temps de l'opération. Quelques chirurgiens, qui opèrent les deux yeux à la fois, incisent la cornée du second œil avant d'aller plus loin sur le premier.

*Deuxième temps.* La paupière supérieure est relevée par l'aide au moyen des doigts. L'opérateur abaisse lui-même la paupière inférieure, et saisissant le kystitome de l'autre main, il en introduit la tige sous le lambeau de la cornée (fig. 433), puis retire lente-

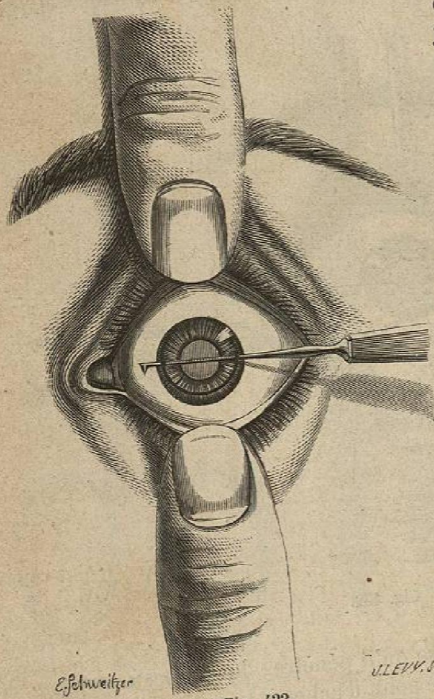


Fig. 433.

ment l'instrument du côté de l'angle externe jusqu'à ce que la pointe corresponde à la pupille; il incise ensuite la capsule du cristallin en plusieurs sens, retire l'instrument et ferme l'œil pendant quelques instants.

*Troisième temps.* On dit au malade de rouvrir l'œil et de le diriger vers le ciel; le cristallin s'engage alors dans la pupille et paraît entre les lèvres de la plaie, d'où il s'échappe ou est enlevé avec la curette (fig. 434). Si la cataracte ne sort pas spontanément, on presse légèrement le globe de l'œil de bas en haut, en refoulant la paupière inférieure entre lui et l'orbite. Cette pression est

indispensable dans les cas où l'opéré est chloroformé; car alors la contraction musculaire qui expulse le cristallin manque complètement.

*Quatrième temps.* On rouvre l'œil pour examiner si l'iris et le lambeau de la cornée sont bien placés, et s'il ne reste dans l'œil aucune partie de la cataracte. La curette ou la cuiller de

Daviel servent à replacer les parties ou à extraire les restes du cristallin.

*Kératotomie à lambeau supérieur.* Ce procédé ne diffère du précédent qu'en ce que l'on tourne vers en haut le tranchant du couteau, et que l'on incise par conséquent la demi-circconférence supérieure de la cornée. Les opérateurs qui préfèrent ce procédé, Jæger, Sichel, Desmarres, lui attribuent l'avantage de ne pas donner lieu à l'écoulement de l'humeur vitrée, de ne pas exposer les lèvres de la plaie à être dérangées par l'interposition du bord de la paupière inférieure et à être baignées continuellement par les larmes. Mais l'écoulement de l'humeur vitrée ne se fait que par la pression exercée sur le globe de l'œil par les doigts ou par la contraction des muscles, et a lieu alors, quel que soit le siège de l'ouverture faite à la cornée. Les deux autres avantages sont contrebalancés, et au delà, par les inconvénients du procédé. En effet, la kératotomie supérieure est bien plus difficile à faire sans tiraillement du globe de l'œil; dans certains cas elle est presque impraticable. Lorsqu'il se fait un prolapsus du corps vitré et de l'iris, la pupille est tirillée vers en haut, et se trouve souvent recouverte par la paupière supérieure; enfin, dans certains cas, le lambeau de la cornée se renverse et ne peut être maintenu relevé; l'œil est alors perdu. Ces inconvénients ont fait abandonner la kératotomie supérieure par des médecins qui la pratiquaient autrefois.

Nous ne parlerons pas de la *kératotomie oblique ou latérale*, de dehors et en haut vers en bas et en dedans; elle n'est plus pratiquée de nos jours.

*Kératotomie à lambeau cornéen et conjonctival.* Due à M. Des-

• SÉDILLOT. — Méd. opérat.

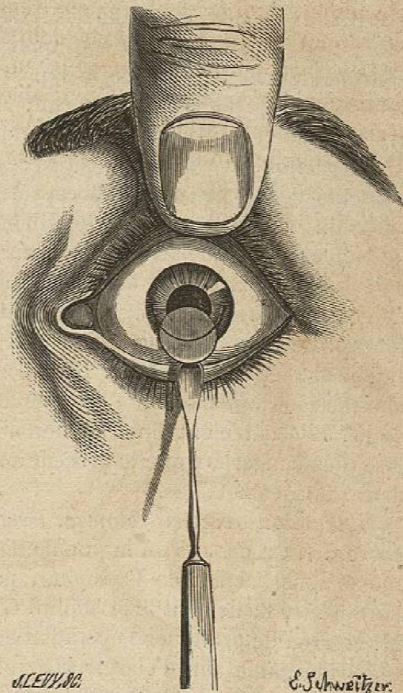


Fig. 434.

E. Schweitzer.

marres, elle consiste à comprendre dans le lambeau cornéen, soit inférieur, soit supérieur, une portion de la conjonctive continue au lambeau, d'une part, et adhérente au bulbe, de l'autre, de façon à former entre eux une sorte de pont membraneux. Ce procédé, connu sous le nom de *procédé sous-conjonctival*, est d'une exécution délicate et rend plus difficiles les derniers temps de l'opération; néanmoins il peut trouver son application lorsqu'une saillie trop considérable du globe oculaire expose le lambeau ordinaire à être refoulé par le bord libre des paupières, ou lorsqu'on a lieu de craindre une expulsion trop rapide du cristallin.

*Extraction du cristallin avec sa capsule.* Richter et Beer avaient conseillé de ne pas ouvrir la capsule, mais d'extraire le système cristallin en masse. A cet effet Richter exerçait, après la section de la cornée, de douces pressions sur l'œil afin de détacher la capsule du corps vitré et de la zone de Zinn; dans le même but, Beer cherchait à ébranler la cataracte au moyen d'une lance qu'il y enfonçait. De nos jours Pagenstecher et Wecker ont repris cette opération tombée en désuétude. Ils la combinent avec l'iridectomie en anesthésiant le malade. Ce procédé donne lieu, presque constamment, à l'écoulement d'une portion d'humeur vitrée. Il nous paraît être plus dangereux que le procédé ordinaire, et ne pas présenter des avantages notables.

*Extraction avec iridectomie. Procédés de MM. Mooren et Jacobson.* Il est des cas où la pupille ne se dilate pas suffisamment, même sous l'action de l'atropine, pour qu'on puisse espérer d'y faire passer facilement le cristallin. C'est ce qui a fait proposer par M. Mooren de pratiquer l'opération en deux fois: de faire d'abord une iridectomie afin d'élargir la pupille; puis, quelques semaines après, de pratiquer l'extraction. M. Mooren a même conseillé de procéder ainsi chez les vieillards décrépits, chez lesquels la cornée se sphacèle facilement. Cet accident n'arrivera pas souvent après l'iridectomie préalable, car alors l'extraction du cristallin ne nécessite pas une incision aussi considérable de la cornée.

Dans les rétrécissements de la pupille, le procédé de M. Mooren présente des avantages évidents; mais on se demande pourquoi alors on ne ferait pas d'un coup l'iridectomie et l'extraction. C'est ce que propose M. Jacobson, mais dans un autre but. Cet opérateur soutient que c'est l'inflammation qui fait échouer le plus souvent la kératotomie, et que cette inflammation a son point de départ dans la partie inférieure de l'iris, qui a été froissée par le passage du cristallin. La cornée se prend consécutivement, et la fonte de cette membrane ou un phlegmon oculaire peuvent en être la suite. Pour prévenir ces accidents redoutables, M. Jacobson emploie le chloro-

forme chez tous ses cataractés; puis, après avoir fait l'extraction par kératotomie inférieure, il saisit avec une pince la partie inférieure de l'iris, la tire au dehors et en fait l'excision. Nous ne concevons pas pourquoi on ne ferait pas plutôt l'iridectomie avant la sortie du cristallin, afin d'éviter le froissement de l'iris. C'est ce que nous pratiquons toutes les fois que la sortie du cristallin présente ou menace de présenter de la difficulté à cause de l'étroitesse de la pupille. Quelques chirurgiens pensent qu'il convient de généraliser cette pratique, qui a toujours l'inconvénient de produire une difformité de la pupille, d'abolir la contractilité de l'iris et de rendre par là l'œil trop impressionnable à une lumière vive.

*Procédé de Wenzel.* Dans les cas graves, où le bord pupillaire de l'iris est adhérent dans une grande étendue ou dans toute sa circonférence à la capsule cristalline, il serait impossible de faire sortir la lentille à travers la pupille rétrécie et même de faire par l'iridectomie préalable une ouverture suffisante. On emploie alors le procédé suivant: en même temps qu'on taille le lambeau de la cornée, on en fait un semblable, un peu plus petit, à l'iris; il suffit à cet effet d'enfoncer la pointe du couteau à travers la cornée et l'iris, et de faire avancer l'instrument derrière l'iris, puis de dégager la pointe à travers l'iris et la cornée au côté opposé. Ce premier temps achevé, on saisit avec une pince le lambeau de l'iris et on l'excise avec les ciseaux. La capsule du cristallin ayant nécessairement été incisée par le couteau, la lentille se présente spontanément à la plaie.

*Accidents propres à la kératotomie inférieure et supérieure.* Pendant la section de la cornée, un mouvement latéral ou rétrograde de la lame fait écouler l'humeur aqueuse; l'iris vient se placer devant le tranchant du couteau; il est impossible d'avancer sans entamer cette membrane. L'opérateur presse alors avec un doigt sur la cornée, afin de comprimer l'iris, de faire contracter cette membrane, qui se retire plus ou moins de la lame de l'instrument. Il est rare cependant qu'en achevant l'incision on n'enlève dans ces cas une portion du bord de l'iris. Au troisième temps on éprouve quelquefois de la difficulté à extraire le cristallin; cela tient à la non-incision de la capsule, au resserrement de la pupille ou à l'insuffisance de l'ouverture cornéenne. Il serait dangereux de presser fortement sur le globe de l'œil; on risquerait de provoquer l'écoulement de l'humeur vitrée: il faut introduire le kystitome pour inciser largement la capsule. Si la pupille est trop rétrécie, on ferme les paupières et on attend quelques instants; si malgré cela l'étroitesse persiste, on incise l'iris d'après quelques auteurs; mais il vaut infiniment mieux saisir cette membrane avec une petite pince, en