

Procédé par aspiration. M. Laugier a essayé de faire revivre un ancien procédé de succion, attribué par Haller à Albucasis. Applicable à des cataractes très-molles, dans lesquelles l'extraction linéaire réussit parfaitement, ce procédé n'a guère trouvé d'adhérents. La facilité avec laquelle s'altèrent les instruments nécessaires à cette opération, l'incertitude dans laquelle on se trouve souvent sur la constitution molle de toute l'épaisseur du cristallin, expliquent le peu de sympathie qu'a rencontré le procédé de M. Laugier.

Soins consécutifs. Immédiatement après l'opération, bon nombre d'opérateurs disent au malade de regarder un objet qu'on lui montre pour s'assurer si la vue est bonne. Cette tentative peut avoir de graves inconvénients : la tension des muscles pour fixer l'œil sur un objet peut rouvrir la plaie de la cornée, provoquer un écoulement de l'humeur vitrée, et, dans les cas d'abaissement, peut faire remonter le cristallin.

Les chirurgiens varient d'opinion sur les soins immédiats à donner aux opérés de cataracte. Les uns laissent l'œil pour ainsi dire libre, et se bornent à l'abriter par une compresse attachée au bonnet du malade et retombant devant les yeux; la plupart ferment les yeux au moyen de bandelettes de taffetas gommé ou de sparadrap de diachylon, ou en appliquant sur l'œil opéré de la charpie ou du coton, maintenus par un bandage contentif ou même compressif. Beaucoup d'opérateurs font des fomentations froides ou appliquent de la glace.

Après s'être assuré que le lambeau de la cornée est bien appliqué, que l'iris a repris sa position normale, qu'il ne reste aucune trace de la cataracte, on fera bien de fermer les deux yeux au moyen de deux bandelettes de taffetas gommé. Puis on appliquera sur l'œil opéré des compresses imbibées d'eau froide, ou bien on le couvrira de coton ou de plumasseaux de charpie. Le choix de l'un de ces deux moyens n'est pas indifférent. On fera des fomentations froides chez les individus forts, sanguins, calmes, dont les yeux ne sont pas agités par des mouvements incessants, dont les paupières ne se serrent pas continuellement par des contractions spasmodiques de l'orbiculaire. On continuera ces fomentations pendant dix ou douze heures; on les remplacera ensuite par une simple bande sèche, après avoir préalablement remis des bandelettes de taffetas gommé, si les premières ont été enlevées par les compresses mouillées. La glace est inutile, elle est souvent mal supportée; au bout de peu de temps les malades se plaignent de ce grand froid, qui leur est désagréable. Les rhumatisants, qui sont en grand nombre, les personnes sujettes aux érysipèles, aux névralgies, aux maux de

dents, au coryza, se trouvent fréquemment très-mal des fomentations froides, qui ne conviennent pas non plus chez les vieillards, dont on ne doit point restreindre la vitalité, de peur d'empêcher la réunion immédiate et de provoquer le sphacèle de la cornée. Pour tous ces malades on préférera le pansement sec, qui consiste à appliquer quelques bourdonnets de charpie ou une couche de coton maintenus par une bande. On rendra l'appareil légèrement compressif en mettant une couche de coton plus épaisse et en serrant davantage la bande pour immobiliser les yeux, dans les cas où le corps vitré a une tendance à s'échapper ou l'iris à faire hernie; le bandage compressif est utile aussi chez les individus qui contractent beaucoup leurs paupières et leurs muscles oculaires.

Il est toujours essentiel de fermer les deux yeux, les mouvements de l'œil sain entraînant ceux de l'œil opéré.

Le malade est couché sur le dos, la tête haute; on lui recommande la plus grande tranquillité; il ne doit ni parler, ni se moucher, ni mâcher, ni faire aucun effort. Un régime sévère, purement liquide (bouillon, lait) est prescrit pendant les deux ou trois premiers jours. Si le malade est agité, nerveux, s'il ne peut dormir, on lui donne deux ou trois cuillerées de sirop de morphine ou d'eau de laurier-cerise. Au bout de sept à dix heures le lambeau de la cornée est recollé, l'humeur aqueuse s'accumule de nouveau dans la chambre antérieure; après deux ou trois jours, la cicatrisation est faite, mais la réunion est encore faible et peut être détruite facilement.

A quelle époque faut-il lever le premier appareil? Trois jours après l'opération, selon Velpeau. Sanson voulait, au contraire, qu'on examinât l'œil tous les jours. En ouvrant les paupières, on produit toujours une certaine irritation de l'œil; les muscles se contractent, et la plaie, qui n'est encore que faiblement réunie au bout de vingt-quatre heures, peut se rouvrir. Si le malade n'a ni douleurs, ni tuméfaction des bords palpébraux, ni larmolement, nous laissons l'œil fermé pendant six à huit jours. Si, au contraire, des signes d'inflammation ou d'autres accidents se manifestent, nous examinons l'œil. Il est prudent de ne pas laisser les yeux libres au bout de la première semaine, mais de refermer les paupières et de ne leur rendre la liberté des mouvements qu'après une nouvelle semaine. On ménage alors la lumière au malade, et on le munit de conserves; il s'habitue peu à peu à se servir de son œil, et six semaines après l'opération il prend des verres bi-convexes (ordinairement entre les nos 5 et 8) pour distinguer les objets à une certaine distance. Ce n'est que trois ou quatre mois après

l'opération qu'il devra appliquer son œil à la lecture ou à un travail analogue, en se servant de verres plus forts (nos 2, 2 1/2, 3, 3 1/2 ou 4).

Accidents consécutifs à l'extraction. Inflammation de la cornée et de l'iris. Phlegmon oculaire. Dix à douze heures, quelquefois seulement deux ou trois jours après l'opération, des symptômes inflammatoires peuvent se manifester; le malade éprouve dans l'œil des élancements qui s'irradient quelquefois dans la région sus-orbitaire, et même dans le nez et la mâchoire supérieure; du larmolement et une tuméfaction des bords palpébraux survient. La conjonctive s'injecte, le lambeau de la cornée se ternit, puis suppure; peu à peu toute la cornée peut être affectée et se détruire. Si l'inflammation débute par l'iris, c'est surtout à la partie inférieure qu'elle est observée d'abord; c'est elle qui donne lieu aux fausses membranes, aux adhérences. De l'iris la phlegmasie peut gagner la cornée et les parties profondes de l'œil, et déterminer le phlegmon oculaire (ophthalmitis).

Ces accidents réclament un traitement antiphlogistique énergique. La réaction contre la doctrine de Broussais a produit de nos jours une exagération en sens inverse. On s'abstient trop des évacuations sanguines. Dans les cas dont nous parlons, la saignée générale et locale chez les individus forts, l'application des sangsues, répétée au besoin, chez les malades moins vigoureux, produit souvent d'excellents effets, et presque toujours un soulagement immédiat. Nous recommandons en outre les fomentations tièdes avec une infusion de feuilles de belladone, le calomel à l'intérieur; les instillations de solution d'atropine dans l'iritis; les ponctions répétées de la cornée et les cataplasmes dans le phlegmon oculaire. Lorsque l'inflammation est peu aiguë, ou que son acuité a été combattue, les vésicatoires volants au front, aux tempes, derrière les oreilles, rendent des services et combattent avantageusement les douleurs névralgiques qui siègent dans la région sus-orbitaire, aux tempes ou à la face; en cas de besoin, la morphine employée par la méthode endermique est mise en usage.

Défaut de cicatrisation et rupture de la cicatrice. Quelques jours après l'opération, la cicatrisation de la cornée n'est parfois pas complète ou la cicatrice s'est rompue par suite d'un effort du malade ou d'un choc accidentel sur l'œil. Un pansement légèrement compressif remédie le mieux à cet accident et hâte la cicatrisation.

Procidence de l'iris. Elle accompagne souvent le défaut de cicatrisation de la cornée; les contractions des muscles de l'œil, les efforts du malade peuvent la déterminer. Elle occasionne du lar-

moisement et une sensation incommode dans l'œil. Si la hernie est peu considérable, le bandage compressif la réduit souvent à une simple adhérence de la partie inférieure de l'iris à la cornée. Si le prolapsus comprend une partie notable de l'iris, il faut le couper afin d'empêcher que tout le bord pupillaire de l'iris ne soit entraîné dans la cicatrice et que par conséquent la pupille ne soit fermée.

Interposition du bord palpébral entre les lèvres de la plaie. Elle est rare, excepté lorsque le lambeau de la cornée s'enflamme, se tuméfie, fait saillie au-dessus de la lèvre inférieure de la plaie. Le moyen qui nous a le mieux réussi pour empêcher le bord palpébral inférieur de heurter le lambeau de la cornée ainsi tuméfié, consiste dans l'application du collodion sur la paupière inférieure et la région malaire, en restant à 5 millimètres du bord palpébral. La peau se rétracte, se ride, et le bord ciliaire s'éloigne du globe de l'œil. On renouvelle l'application tous les jours ou tous les deux jours, suivant que le collodion se détache plus ou moins vite.

Entropion. Certains sujets dont la peau est lâche finissent, à force de contracter leur orbiculaire, après l'opération de la cataracte, par renverser en dedans le bord palpébral. Les cils étant alors en contact avec le globe de l'œil, y entretiennent une irritation qui retarde la guérison. L'emploi du collodion comme dans le cas précédent remédie à cet entropion.

Sphacèle de la cornée. Les malades très-âgés, décrépits, sont exposés à cet accident. Le lambeau de la cornée n'a pas assez de vitalité pour se souder à l'autre lèvre de la plaie; il se ternit, se ramollit; la cornée se prend dans toute son étendue et finit par s'atrophier. Les fomentations stimulantes chaudes (camomille, arnica, quinquina) et l'administration des toniques, jointes à un régime réconfortant, sont alors indiquées, mais ne parviennent que rarement à arrêter les progrès de la gangrène et à sauver une partie de la cornée.

Abaissement. On peut comprendre sous ce titre les différents procédés opératoires qui ont pour but de déplacer la cataracte en l'éloignant de l'axe visuel. Le terme de *dislocation*, adopté par plusieurs auteurs, est plus juste, mais moins usité en France.

Instruments. Ce sont les différentes aiguilles à cataracte. Les unes sont droites, les autres sont courbes. Celles de Scarpa *a, b, c* (fig. 438), de Dupuytren *d*, de Beer *e*, sont les plus généralement employées. Elles se composent d'une tige longue de 0^m,030 à 0^m,035, fixée dans un manche, et terminée par une lance: toutes portent sur le manche un point de repère indiquant la direction de