

la lame. Les modifications nombreuses qu'on a fait subir à cet instrument nous paraissent peu importantes. Nous nous servons d'une aiguille de Dupuytren, dont nous avons fait élargir la lance, afin qu'elle s'applique sur une plus large surface du cristallin.

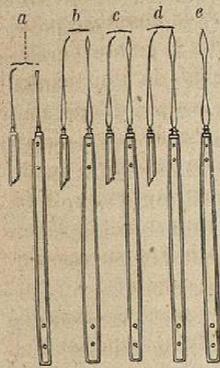


Fig. 438.

Position du malade, du chirurgien et de l'aide. Le malade est assis et le chirurgien se tient debout en face de lui ou assis sur un siège plus élevé. On peut opérer le malade dans son lit; mais cette position, plus gênante pour l'opérateur que la précédente, ne présente pas ici les avantages qu'elle a dans l'extraction. On opère de la main droite sur l'œil gauche, et de la main gauche sur l'œil droit; mais on peut toujours se servir de la main droite, en se plaçant, pour opérer l'œil droit, derrière le malade. Si les yeux sont très-mobiles, on fait bien de couvrir d'un bandeau l'œil qui ne doit pas être opéré. L'aide, placé derrière le malade, appuie la tête de celui-ci contre sa poitrine, en passant l'une des mains sous le menton. Avec les doigts de l'autre main ou avec l'élévatoire de Pellier ou celui en fil d'argent, il soulève la paupière supérieure. L'opérateur abaisse lui-même la paupière inférieure avec l'index et le médius de la main qui ne tient pas l'instrument.

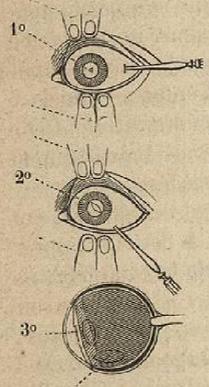


Fig. 439.

Procédés opératoires. On peut abaisser la cataracte en pénétrant dans l'œil par la sclérotique (*scléroticonyxis*), ou par la cornée (*kératonyxis*). Cette dernière manière d'opérer a été généralement abandonnée. Nous ne parlerons que des procédés par ponction de la sclérotique.

Abaissement proprement dit, dépression. C'est le procédé le plus ancien; il a pour but de pousser le cristallin directement de haut en bas. — *Premier temps.* L'opérateur tient l'aiguille comme une plume à écrire, la face concave en bas; il enfonce sa pointe à 0^m,004 du bord externe de la cornée et à 0^m,002 ou 0^m,003 au-

dessous du diamètre transverse de l'œil. On choisit cette partie de la sclérotique afin de ne blesser ni le muscle ciliaire ni les artères ciliaires longues (1^o fig. 439). — *Deuxième temps.* Quand l'aiguille a pénétré, on la fait tourner sur son axe, de telle sorte que sa con-

cavité regarde en arrière; en même temps on porte le manche vers la tempe, afin que la face convexe de l'aiguille corresponde à la face postérieure de l'iris, et qu'en poussant l'instrument on le fasse cheminer autant que possible entre l'iris et la capsule du cristallin. Le plus souvent l'aiguille pénètre dans le cristallin, celui-ci étant fréquemment appliqué à l'iris, et alors la chambre postérieure n'existant point; dans ces cas on fait sortir la pointe d'arrière en avant dans la pupille et on reconnaît à l'éclat de l'instrument qu'il est dégagé (2^o fig. 439). — *Troisième temps.* L'opérateur porte la face concave de la lame sur le bord supérieur du cristallin, presse sur lui, pousse la cataracte directement en bas et la maintient dans cette position pendant une minute environ (3^o fig. 439). — *Quatrième temps.* On retire l'aiguille en lui imprimant de légers mouvements de rotation, et en lui faisant reprendre successivement la position qu'on lui avait donnée en l'introduisant.

On pensait que le cristallin se trouverait ainsi placé de champ à la partie inférieure du globe, conservant son bord supérieur en haut, sa face antérieure en avant. Cette position n'est pas possible; en effet, la forme arrondie du globe fait que le bord inférieur du cristallin rencontre les tuniques de l'œil et s'infléchit en arrière, de sorte que sa face antérieure devient inférieure et que son bord supérieur regarde en avant. Dans ce procédé, la capsule n'est pas suffisamment ouverte et le cristallin remonte facilement.

Renversement ou réclinaison. Willburg est le premier qui ait proposé de renverser le cristallin, de manière que son bord supérieur devienne postérieur et que sa face antérieure se trouve en haut. Il suffit pour cela d'appliquer l'aiguille sur la partie supérieure de la face antérieure du cristallin et d'enfoncer ainsi ce corps dans la partie externe inférieure de l'humeur vitrée. Cette méthode, qui de nos jours a généralement remplacé l'abaissement direct, a donné lieu à un certain nombre de procédés.

Certains opérateurs, afin d'éviter les cataractes secondaires, ont cherché à abaisser le cristallin avec sa capsule. A cet effet, après avoir appliqué l'aiguille sur la face antérieure de la cataracte, ils ont espéré par quelques petites secousses successives pouvoir ébranler le cristallin et détacher la capsule de ses adhérences; puis ils l'ont renversé dans le corps vitré. MM. Bergeon et Goyrand ont cru arriver plus sûrement à ce but en décollant le cristallin dans toute sa circonférence avec l'aiguille avant de le renverser. On peut objecter à ces procédés que le cristallin abaissé sans sa capsule peut se résorber, tandis qu'entouré de sa membrane et logé dans le corps vitré, il y conserve son même volume et peut y entretenir ou y provoquer une inflammation. D'ailleurs, en appliquant

simplement l'aiguille au devant de la capsule et en renversant ainsi le cristallin, on traversera le plus souvent la capsule et l'on n'y fera qu'une déchirure linéaire, circonstance favorable au développement d'une cataracte secondaire.

Le plus grand nombre des chirurgiens recommandent d'inciser largement la capsule, afin que ses lambeaux se rétractent et laissent libre le champ de la pupille. Bretonneau conseille d'ouvrir d'abord les cellules antérieures du corps vitré, puis de passer la pointe de l'instrument au-dessous et en avant du cristallin, de rompre le feuillet antérieur de la capsule, et de pousser le corps opaque dans la direction de la voie qu'on lui a préparée dans le corps vitré. MM. Mackensie et Piltz incisent la capsule postérieure et l'antérieure, avec cette différence que le chirurgien anglais les ouvre toutes deux avant de renverser la lentille, tandis que M. Piltz n'incise la capsule antérieure qu'après avoir opéré la réclinaison. Nous croyons que la capsule postérieure se déchire d'ordinaire assez facilement par la pression seule du cristallin pour qu'il soit utile de l'ouvrir préalablement.

Voici le procédé suivi à la clinique ophthalmologique de Strasbourg. Après avoir porté l'aiguille sur la face antérieure du cristallin, comme il a été dit dans l'abaissement, l'opérateur tourne le tranchant contre la capsule du cristallin et y fait des incisions dans plusieurs directions. Il applique ensuite la face concave de l'instrument sur la face antérieure et supérieure du cristallin et renverse celui-ci dans la partie postérieure externe et inférieure du corps vitré. Si le cristallin se renverse de manière que son bord inférieur ne se détache pas de ses connexions normales, il peut remonter facilement pendant l'opération ou immédiatement après; pour prévenir cet accident ou y remédier, on passe l'aiguille à plat derrière la partie inférieure de l'iris, de manière à couper avec le tranchant les adhérences qui peuvent exister entre le cristallin et l'uvée ou le corps ciliaire, et à ouvrir la membrane hyaloïde; puis on abaisse la lentille.

Dans les cas où l'hyaloïde et la capsule postérieure résistent à la pression exercée sur le cristallin, celui-ci a une tendance à se rouler autour de l'aiguille. On passe alors avec l'aiguille derrière le cristallin, on incise le corps vitré, et après avoir replacé l'aiguille sur la face antérieure du cristallin, on le pousse dans la voie qu'on a ouverte.

Soulèvement (sublatio) de la cataracte. Le docteur Pauli (de Landau), ayant trouvé sur des yeux normaux le cristallin d'une pesanteur spécifique moindre que le corps vitré, a proposé de loger la cataracte dans la partie supérieure de l'humeur vitrée. Ce pro-

cédé n'a point été adopté. Nous avons vu cependant plusieurs fois le cristallin, pendant la pression que nous exercions sur lui pour le renverser, s'échapper vers en haut et en dedans. Nous l'avons alors refoulé dans ce sens et sans aucun inconvénient consécutif.

Accidents de l'abaissement. Ils arrivent pendant l'opération, ou ils sont consécutifs.

Épanchement de sang dans l'œil. Il est dû à la blessure d'un vaisseau ciliaire ou de l'iris. Il cache la pupille et rend l'opération plus difficile. On continue les manœuvres avec prudence dans la direction présumée du cristallin.

Passage du cristallin dans la chambre antérieure. Pendant la manœuvre de l'abaissement, le cristallin échappe quelquefois à l'aiguille, tourne autour d'elle et, franchissant la pupille, peut entrer dans la chambre antérieure. On cherche à le ramener derrière l'iris, en le piquant avec l'aiguille par sa face postérieure. Si on ne réussit pas, ou bien on incise la cornée pour l'extraire, ce qui expose à un écoulement abondant de l'humeur vitrée, ou bien on l'abandonne dans la chambre antérieure, où il peut déterminer une inflammation grave, mais où généralement il est résorbé en quelques semaines.

Vomissements. Symptôme souvent fâcheux, car il peut dépendre de la blessure de l'iris ou de la compression de la rétine et de la choroïde, le vomissement favorise la réascension du cristallin. On le combat par la potion de Rivière ou l'eau gazeuse, l'ingestion de petits fragments de glace, l'application d'un sinapisme sur l'épigastre.

Inflammation. Pendant les manœuvres de l'abaissement, l'iris peut être piqué par l'instrument ou froissé par le cristallin. Il en résulte une inflammation aiguë de la membrane, une iritis, qu'on combat par les moyens habituellement dirigés contre cette affection.

Une phlegmasie plus grave encore, celle de la choroïde, est déterminée par la piqûre faite à cette membrane par l'aiguille qui la traverse ou par la présence de la cataracte agissant dans le corps vitré comme corps étranger. La choroïdite peut se déclarer dès les premiers jours; elle peut aussi ne se manifester qu'au bout de plusieurs semaines. On la voit quelquefois céder au traitement, puis reparaitre pour céder de nouveau; et après des alternatives nombreuses pendant un ou deux ans ne disparaître complètement qu'à la suite de l'atrophie de l'œil. Ces choroïdites s'accompagnent de douleurs vives dans la région péri-orbitaire et dans tout le côté correspondant du crâne et de la face. Après chaque atteinte, la vue se trouve affaiblie, jusqu'à ce qu'enfin elle s'éteigne complètement. Si le traitement ordinaire de la choroïdite ne réussit pas rapide-