

étant beaucoup plus rare que dans les autres méthodes. Dans l'abaissement, les suites fâcheuses, non moins graves, sont moins effrayantes d'abord et moins immédiates; l'ophtalmie interne ne se développe d'ordinaire qu'au bout de quelques jours, la réascension du cristallin ne se fait voir qu'à la levée de l'appareil, et la cataracte secondaire ne se manifeste que huit à quinze jours après l'opération et même plus tard. Après l'abaissement, l'opéré reste donc bien plus longtemps exposé à perdre la vue qu'après l'extraction. Il en est de même dans le broiement. Aussi longtemps qu'il reste un fragment de la cataracte dans l'œil, l'inflammation interne peut se développer; le succès se fait longtemps attendre; il est toujours incertain.

Nous ne croyons pas qu'il faille adopter le même procédé pour tous les cas; chacune des méthodes a ses indications et ses contre-indications. L'extraction nous paraît devoir être la règle générale. Nous pratiquons l'abaissement chez les enfants, qui après l'opération ne resteraient pas tranquillement couchés; chez les vieillards décrépits, dont les cornées ne se cicatriraient pas facilement, à cause du peu de vitalité des malades. Cette méthode est préférable lorsque la cornée est altérée dans une grande étendue, et dans les cas où l'œil est si profondément enfoncé dans l'orbite que l'extraction est presque impossible. Enfin le ramollissement du corps vitré, qui rend toutes les opérations chanceuses, n'empêche pas toujours le renversement de réussir. Dans tous les cas nous évitons autant que possible l'abaissement lorsque la cataracte est demi-molle; car on laisse toujours dans le champ de la pupille et derrière l'iris des parties de cristallin, qui souvent donnent lieu à de l'inflammation.

Le broiement est indiqué chez les enfants lorsque le cristallin est mou. La discision simple de la capsule leur est particulièrement applicable. L'absorption est active à cet âge et la cataracte disparaît promptement. Chez les adultes nous préférons opérer par l'extraction linéaire les cataractes molles. La discision de la capsule ou des fausses membranes est préférable dans les cataractes laiteuses et dans les cataractes secondaires filamenteuses.

Les localités peuvent influer sur le choix de la méthode opératoire. Lorsque les cataractés sont placés dans de grandes salles de chirurgie, où l'air est plus ou moins vicié par les émanations des plaies, par l'encombrement, où le bruit et la lumière ne peuvent être évités, l'extraction expose à plus de mauvaises chances que l'abaissement. Il ne faut surtout pas opérer par la première de ces méthodes à une époque où les plaies se compliquent facilement d'érysipèle. Les cataractés ne devraient pas, en général, se trouver

avec d'autres malades; ils devraient occuper des chambres uniquement destinées à les recevoir, et dans lesquelles régneraient le silence et l'obscurité si nécessaires à ces opérés.

Luxation du cristallin. Le passage du cristallin dans la chambre antérieure, ou spontané ou par suite de blessure, ainsi que le passage de la lentille au-dessous de la conjonctive après une rupture de la sclérotique ou du bord de la cornée, ne sont pas des accidents excessivement rares. L'extraction du cristallin est indiquée pour prévenir les accidents inflammatoires qui suivent ce déplacement.

Décollement de la rétine. Cet accident redoutable, qui ne peut être reconnu que par l'ophtalmoscope, et dont il n'a été obtenu que de rares guérisons par l'emploi des antiphlogistiques suivis des dérivatifs, a été combattu sans résultats dont il y ait lieu jusqu'ici de beaucoup se louer par des opérations que nous devons mentionner.

M. Sichel a ponctionné la sclérotique et la choroïde pour donner issue au liquide épanché entre celle-ci et la rétine. M. Legouest a répété cette opération avec une canule d'or aiguisée à son extrémité comme le sont aujourd'hui les trocarts-canules de Pravaz. M. de Græfe craint avec raison que l'amélioration ainsi obtenue ne soit passagère, l'épanchement devant se renouveler aussitôt que la plaie scléroticale se serait refermée. Il préfère établir une communication entre l'espace hyaloïdien et la cavité qui renferme le liquide épanché. A cet effet, il perfore la rétine décollée avec une aiguille à cataracte, très-large et très-tranchante, introduite par la région de la sclérotique qui correspond à l'épanchement; il perce par conséquent la rétine de la cavité de l'épanchement vers le corps vitré. On ne peut agir ainsi qu'autant que la portion de la sclérotique correspondante à l'épanchement est accessible à l'instrument, ce qui n'existe pas toujours.

Par un procédé applicable à tous les cas, M. Wecker perfore la sclérotique à 0^m,008 du bord supéro-interne de la cornée avec un trocard-aiguille et perce la rétine d'avant en arrière à travers le corps vitré; il agrandit ensuite l'ouverture faite à la rétine, afin d'établir une large communication entre le siège de l'épanchement et la cavité hyaloïdienne.

L'expérience prononcera sur la valeur de ce nouveau mode de traitement et sur l'un ou l'autre de ces procédés opératoires qui n'ont donné jusqu'à présent que des résultats négatifs; dans quelques cas, la vision s'est légèrement améliorée pour se perdre de

nouveau; dans d'autres, la vision est restée stationnaire; souvent, enfin, le mal a continué à progresser.

Extirpation de l'œil. Lorsque, par suite d'une violence extérieure, l'œil est pendant sur la joue (proptosis, chute de l'œil), si le globe oculaire n'est pas désorganisé, il faut le remettre en place, l'y maintenir, puis prévenir et combattre les accidents consécutifs; si l'œil était désorganisé, il n'y aurait qu'à diviser le pédicule qui retiendrait encore l'organe.

Il y a indication d'extirper l'œil quand il est cancéreux ou quand il est tellement embrassé par une tumeur de l'orbite qu'il est impossible d'enlever la tumeur sans sacrifier le globe oculaire. Cette cruelle détermination ne doit être prise qu'avec beaucoup de réserve: il est arrivé à Dupuytren et à d'autres chirurgiens d'enlever des yeux qui eussent pu être conservés.

Il y a encore indication d'extirper l'œil lorsqu'il est atrophié ou qu'il recèle un corps étranger, et qu'étant le siège de douleurs il entretient dans l'autre œil une irritation sympathique douloureuse.

Bartsch (1583) se servait d'une espèce de cuiller tranchante; F. de Hilden, d'un scalpel à deux tranchants, courbé sur le plat et tronqué à l'extrémité; Louis, de ciseaux également courbés sur le plat; Desault d'un simple bistouri.

Procédé ordinaire. Premier temps. Le malade est assis ou couché; sa tête est fixée. Si les paupières sont cancéreuses, on les circonscrit au moyen de deux incisions semi-elliptiques. Si elles sont saines, on prolonge, au moyen d'une incision, l'angle palpébral externe. — **Second temps.** On implante une érigne dans l'œil pour le fixer. Un bistouri est plongé parallèlement au plancher inférieur de l'orbite, du grand angle à l'angle externe, rasant les os ou le globe oculaire; on en fait autant pour la partie supérieure, en tâchant d'enlever du même coup la glande lacrymale. — **Troisième temps.** Il ne reste plus qu'à couper le pédicule formé des quatre muscles droits et du nerf optique; on y procède en suivant, à l'exemple de Desault, la paroi externe de l'orbite avec des ciseaux courbés ou un bistouri. Il faut craindre, comme cela est arrivé, de faire pénétrer les instruments dans les ouvertures du fond de la cavité et de perforer les os, qui sont très-minces. On commence la séparation de l'œil par en bas; si l'on commençait par en haut, on serait gêné par le sang coulant sur la partie inférieure de l'orbite. Il est nécessaire d'enlever la glande lacrymale, qui, laissée dans l'orbite, pourrait donner lieu à un larmolement fort incommode. Si l'on n'a pu l'emporter en même temps que le globe oculaire, on l'extrait ensuite.

Procédé de Dupuytren. Après avoir rasé la face supérieure du globe oculaire dégénéré, il divisait immédiatement le pédicule et achevait l'opération en rabattant l'œil d'arrière en avant.

Procédé de Bonnet. On ouvre la capsule oculaire sur le côté interne, de la même manière que pour l'opération du strabisme convergent. On coupe le droit interne et l'on introduit par la plaie des ciseaux courbés, avec lesquels on divise successivement le reste de la capsule, les trois autres muscles droits et les obliques, à leur insertion à la sclérotique. On achève l'opération par la section du nerf optique.

Ce procédé doit être préféré au procédé ordinaire toutes les fois que l'altération est bornée au globe de l'œil et n'envahit point le tissu cellulaire de l'orbite.

Pansement. Il n'y a pas à craindre d'hémorrhagie; des fomentations froides arrêtent l'écoulement du sang. On remplit l'orbite de boulettes de charpie. Un plumasseau, une compresse et un moiclé complètent l'appareil.

Pose des yeux artificiels. On faisait anciennement les yeux artificiels avec l'or ou l'argent. Aujourd'hui ceux que l'on fabrique avec l'émail sont d'une grande perfection. Pour appliquer un œil artificiel, on en porte le bord supérieur sous la paupière supérieure légèrement soulevée; on abaisse ensuite la paupière inférieure qui fixe la pièce en se relevant. Pour l'enlever, on abaisse la paupière inférieure, que l'on attire un peu en avant, et l'on fait basculer la coque d'émail avec la tête d'une épingle glissée au-dessous d'elle. Le sujet ôte lui-même tous les soirs l'appareil; il le met dans un verre d'eau pendant la nuit, et a soin de bien le nettoyer chaque jour. Le moignon du fond de l'orbite imprime à l'œil artificiel des mouvements semblables à ceux de l'œil naturel et dissimule parfaitement la difformité. Il n'en est plus de même dans le cas où la sclérotique et les muscles qui s'y insèrent ont été détruits. L'œil artificiel reste alors dans un état d'immobilité plus ou moins absolue, qui fait que le malade louche lorsqu'il ne regarde pas tout droit devant lui.

APPAREIL AUDITIF.

Oreille externe. Plaies du pavillon de l'oreille. Les plaies qui intéressent toute l'épaisseur du pavillon auriculaire réclament la suture.