

tration dans la chambre postérieure et l'issue du vitré peuvent se produire par l'enfoncement excessif de la canule dans l'œil. Il faut la maintenir dans le sac capsulaire et se méfier des mouvements intempestifs des patients au moment même de l'aspiration.

Il arrive que des débris bouchent la canule; un léger déplacement suffit parfois à rétablir sa perméabilité. Les complications postopératoires sont infectieuses, plastiques ou suppuratives et ne présentent que les indications habituelles.

#### IV. — Accidents et difficultés opératoires.

§ 506. — Les difficultés ou accidents opératoires dans l'extraction de la cataracte sont nombreux et variés. Ils tiennent aux particularités de la cataracte, à l'indocilité du patient, à l'inexpérience, à l'inattention ou à la maladresse du chirurgien.

*Ponction vicieuse de la cornée.* — Si la pointe du couteau n'est pas dirigée perpendiculairement à la surface de la cornée, l'instrument glisse dans son épaisseur sans pénétrer dans la chambre antérieure. Il suffit alors de retirer l'instrument, de redresser le manche et de ponctionner correctement.

*Piqûre de l'iris.* — La ponction étant un peu pénible à cause de la résistance de la cornée ou d'un défaut de la pointe du couteau, celui-ci pénètre trop brusquement dans la chambre antérieure et va blesser l'iris. L'accident est peu important. On n'a qu'à retirer très légèrement l'instrument, à le remettre en bonne direction et à terminer l'opération.

*Contre-ponction défectueuse.* — La pointe du couteau, au lieu de contre-ponctionner la cornée au point voulu, s'enfonce dans l'iris, trop en avant ou trop en arrière. Cet inconvénient peut résulter de la finesse excessive du couteau qui plie comme une lame trop mince et n'obéit pas à l'impulsion première. On retire encore légèrement l'instrument et l'on contre-ponctionne convenablement.

*Issue prématurée de l'humeur aqueuse.* — Durant les mouvements de pénétration, de bascule ou de va-et-vient du couteau, l'humeur aqueuse sort, la chambre antérieure se vide et

l'iris est projeté au-devant de l'instrument qui ne peut sectionner la cornée sans couper l'iris. On n'a alors qu'à continuer l'opération en passant sur ou à travers l'iris, mais l'iridectomie devient nécessaire.

*Kératotomie insuffisante.* — Si la section de la cornée est rarement excessive, elle peut être insuffisante pour l'issue facile du cristallin cataracté. On doit alors, avec des ciseaux courbés à branches fines et fortes, agrandir l'incision d'un côté ou des deux côtés. On pourrait aussi se servir de couteaux mousses et coudés, tranchants en dedans ou en dehors,

*Kératotomie irrégulière.* — La section de la cornée doit se faire assez vivement, par pression et d'un trait. La section en scie, avec va-et-vient, est défectueuse, donne une plaie irrégulière, plus sujette à l'infection, moins favorable à la coaptation exacte des lèvres de la plaie. Il n'y a, en tout cas, qu'à continuer l'opération.

*Kystitomie impossible ou insuffisante.* — La kystitomie au couteau se fait de bas en haut aisément avec la pointe. Il peut arriver que la capsule soit trop dure pour se laisser pénétrer ou, après pénétration, pour se laisser inciser. On emploierait alors le kystitome ou la pince kystitome; la section équatoriale pourrait devenir utile et, à la rigueur, l'ablation intracapsulaire être tentée. Avec le kystitome, il peut y avoir subluxation ou luxation du cristallin; l'ablation à la curette deviendrait avantageuse. Cette dernière méthode sera d'autant plus légitime que là où la pointe aiguë du couteau de de Græfe est impuissante, le kystitome aura peu de chance de succès.

Si la kystitomie linéaire était insuffisante, on la ferait cruciale; la kystectomie ou ablation capsulaire avec la pince devrait alors être préférée.

*Section défectueuse ou involontaire de l'iris.* — Elle se produit quand l'iris propulsé est blessé pendant la kératotomie, ou bien par suite de déchirure de l'iris ou d'un mouvement intempestif du sujet. On devra simplement ressaisir l'iris du côté mal taillé et régulariser la section.

*Issue brusque du cristallin ou du vitré.* — Dans certains cas d'hypertonie, chez des individus indociles, la tension excessive du globe ou un violent coup de paupière peuvent chasser brusquement le cristallin, et, après rupture de l'hyaloïde, amener le vitré au dehors de l'œil. Il n'y a qu'à dégager vivement pince et blépharostat et à faire une douce contention oculaire. Si l'on juge que l'iris est enclavé ou hernié, on revient quelques instants après, et on cherche à le réduire. Si la réduction ne s'opère pas on sectionnera l'iris au ras de la plaie; toutefois, si le corps vitré continuait à s'échapper, le mieux serait de maintenir l'occlusion de l'œil sous un bandeau légèrement compressif.

Quand le corps vitré, sans manifester de tendance à s'échapper davantage, restera enclavé dans la plaie devenue largement béante, on le sectionnera au ras de cette plaie d'un seul coup de ciseaux.

*Issue laborieuse du cristallin.* — Des pressions régulières, méthodiques, ne font pas toujours engager le cristallin à travers l'incision du sac. Si l'ouverture capsulaire est insuffisante, on la complète; s'il a des adhérences, on peut les rompre; si la plaie cornéenne est étroite, on l'agrandit; si, malgré tout, le cristallin ne sort pas ou que le vitré apparaisse, le mieux sera de terminer rapidement l'extraction à la curette, après toilette péri-oculaire et atropinisation. Lorsque le cristallin reste dans l'incision cornéenne étroite, il suffit de le saisir légèrement avec un petit crochet pour l'amener au dehors.

*Luxation du cristallin.* — La cataracte peut se déplacer en bas, par côté, en un sens différent de celui qu'on désire. Par de douces pressions combinées, on tâche de rectifier son mouvement. Si rien ne réussit, on doit faire l'extraction à la curette. La luxation en bas pourrait exceptionnellement autoriser le déplacement, l'abaissement complet, avec l'aiguille à cataracte. Dans un cas semblable, il survint du glaucome et nous dûmes, deux jours après, faire une extraction secondaire avec un petit harpon.

*Extraction incomplète.* — Le noyau restant dans l'œil doit être saisi avec la curette ou le harpon. Les masses corticales visqueuses seront expulsées par de douces pressions, avec la curette plate, ou encore au moyen d'injections tièdes boriquées ou chlorurées sodiques.

*Issue spontanée du vitré.* — Le vitré peut sortir de son enveloppe hyaloïde spontanément, par altération morbide; le fait est exceptionnel. Il n'y aurait qu'à faire, à la curette, l'extraction simple ou intra-capsulaire. Le vitré vient-il avant le cristallin, par luxation, traumatisme opératoire, il faut encore extraire à la curette. Enfin, si le vitré sort après le cristallin, il n'y a qu'à faire rapidement le pansement. Au besoin on régulariserait la plaie et on réduirait l'iris hernié si l'issue du vitré avait cessé.

*Hémorragie.* — L'hémorragie légère, au début, n'offre aucune importance. Quand le cristallin est extrait, on fait sortir le sang par de douces pressions ou on le laisse se résorber. Parfois, au contraire, une hémorragie profuse, rétinienne ou choroïdienne, expulse le vitré et entraîne la perte immédiate de l'œil. Il n'y a rien à faire alors qu'une douce compression, des injections d'ergotine ou de morphine sous la peau de la tempe. Les douleurs ultérieures peuvent, dans la suite, imposer l'énucléation ou l'évidement de l'œil, mais le cas est rare.

*Hernie et enclavement de l'iris.* — L'iris enclavé dans les angles de la plaie cornéenne, après iridectomie, doit être dégagé ou réséqué, car il pourrait devenir la source de cyclites graves. La cautérisation ignée devient parfois utile.

L'iris hernié sera sectionné sous peine de hernie définitive fâcheuse. Cependant, parfois, on pourra le remettre heureusement en place avec la spatule; toutefois, à la moindre menace de hernie, on pratiquera l'iridectomie.

*Enclavement capsulaire.* — Il était assez fréquent jadis avec l'opération classique de de Graefe et l'extraction avec iridectomie par une incision linéaire extracornéenne, mais il est rare aujourd'hui que l'incision se fait beaucoup plus en avant

par rapport à l'équateur du cristallin; il est d'ailleurs difficile de le constater sans un fort éclairage et on ne peut aisément le supprimer.

*Béance de la plaie cornéenne.* — Elle résulte de l'irrégularité de la section, de l'enclavement capsulaire, iridien, de débris cristalliniens ou de l'excès de tension du globe. Dans un cas d'extraction avec hypotonie extrême, une injection détersive provoqua une hypertonie subite et un bâillement de la plaie que rien ne put immédiatement corriger; le bromure à haute dose en vint à bout dans la journée.

*Blépharospasme.* — Il peut provoquer l'ouverture de la plaie ou sa réouverture, l'issue du vitré, des hémorragies. On les prévient, chez les sujets indociles, par le bromure de sodium ou de potassium, l'anesthésie, les opiacés. Au besoin, si on avait à craindre une indocilité absolue, chez un aliéné par exemple, la suture cornéenne pendant l'anesthésie générale pourrait être indiquée.

#### V. — Opérations secondaires.

§ 507. — Ces opérations sont appliquées aux cataractes secondaires, à la hernie de l'iris et à la maturation artificielle.

**Cataractes secondaires.** — 1° *Capsulaire simple.* On peut s'abstenir, mais si l'acuité est trop faible, une discision avec une ou deux aiguilles, des instruments spéciaux ou avec le simple couteau de de Græfe, est avantageuse.

2° *Capsulaire avec débris cristalliniens.* La dilacération avec deux aiguilles peut suffire. On emploie parfois des crochets introduits, par une incision, de chaque côté du diamètre horizontal. Il vaut mieux d'ordinaire adopter l'iridectomie ou l'irito-ectomie avec les ciseaux de de Wecker.

Da Gama Pinto vient de préconiser un nouveau et très ingénieux procédé de section de la membranule au moyen d'un couteau spécial introduit par la sclérotique, en arrière de l'iris, et sans que la chambre antérieure soit ouverte.

L'avantage de ce procédé est surtout de faire une plaie sous-conjonctivale et de ne pas introduire du vitré dans la chambre antérieure.

3° *Capsulaire avec débris et exsudats iriens.* L'iritomie transversale est indiquée si l'iris peut encore, après sa section, se rétracter; l'iritomie ou l'irito-ectomie semblent préférables dans le cas contraire.

La *discision* tiraille beaucoup le vitré et l'iris adhérent. Des hémorragies immédiates peuvent se produire, de l'iritis ou de l'irido-cyclite en devient la conséquence fréquente. L'infection est toujours à craindre. On doit donc employer les deux aiguilles de Bowmann et les manœuvrer de manière à éviter des tiraillements iriens.

L'*iritomie* ou l'*irito-ectomie* entraînent la section de l'hya-loïde et parfois une légère issue du vitré. L'hémorragie est peu redoutable et se résorbe spontanément.

**Hernie de l'iris.** — On peut parfois s'abstenir de toute intervention car la hernie, à la longue, s'affaisse et se réduit spontanément, en formant une cicatrice cystoïde; mais il vaut mieux, semble-t-il, favoriser le processus curatif. La cautérisation ignée, l'incision et, au début, l'excision régulière méritent d'être employées.

**Enclavement irien.** — Si l'iris fait saillie dans les angles de la plaie cornéenne, la cautérisation ignée, répétée au besoin, en amènera la destruction aseptique; si l'iris est enserré dans la cicatrice cornéenne, il vaut mieux faire la cicatrisonomie d'Abadie, ou l'ouléctomie de Panas, c'est-à-dire une sclérotomie détachant complètement les portions iriennes enclavées.

**Maturation artificielle.** — Elle a pour but de hâter l'opacification d'une cataracte incomplète. On a employé à cet effet la discision, l'iridectomie et le massage.

1° *Discision* (de Græfe). Elle peut être faite, mais il y a lieu de se tenir prêt à intervenir en faisant une aspiration ou une extraction linéaire si des accidents glaucomateux se produisent.

2° *Iridectomie et massage* (Förster). Après iridectomie, avec une curette à travers la cornée, on malaxe le cristallin. Le massage direct dans la chambre antérieure nous paraît trop dangereux pour être recommandé.

Il vaut mieux d'ailleurs faire l'extraction avec iridectomie et large incision des cataractes incomplètes, surtout si le sujet est âgé et la cataracte, pourvue d'un noyau. Des injections hori- quées tièdes détersives emporteront les débris, une discision ultérieure complétera au besoin le résultat.

*Les complications* sont celles de la discision ou de l'iridecto- mie : hémorrhagie, enclavement, infection. On doit y ajouter la luxation incomplète et des accidents glaucomateux.

#### VI. — Pansement de la cataracte.

§ 508. — *Avant l'antisepsie*, l'œil opéré était recouvert de topiques gras; la charpie jouait un grand rôle comme agent contentif, immobilisateur ou compressif, les agglutinatifs étaient fréquemment employés. *Depuis l'antisepsie*, les char- pies, gazes, ouates, imprégnées de principes divers, ont été tour à tour adoptées; la vaseline avait même remplacé l'axonge sur les compresses fenêtrées qui, dans certains cas, recou- vraient directement l'œil. Les bandes en toile, en flanelle, en gaze, en tarlatane complètent le pansement. De tout temps, l'occlusion a été pratiquée; ce n'est qu'à de rares intervalles que certains opérateurs l'ont momentanément abandonnée.

*Actuellement*, le pansement consiste ordinairement en des tampons de ouate ou de gaze antiseptiques.

Le but du pansement est d'être protecteur et contentif mais nullement *compressif*. On recherchait jadis cette condition du temps de de Græfe où les pansements « serrés » étaient en honneur. L'objet de tous les pansements actuels, taffetas, agglutinatifs, coques protectrices, est de couvrir l'œil en le protégeant contre les agents extérieurs.

On emploiera, suivant son idée, le pansement sec ou le pan-

sement humide; les pansements humides paraissent plus ab- sorbants et semblent préférés par les patients. Les meilleures substances de pansement seront les ouates ou gazes étuvées ou bouillies et qui ne renferment aucune substance antiseptique, car les gazes au salol ou à l'iodoforme paraissent sus- ceptibles de provoquer des éruptions d'eczéma palpébral. Nous rejetons volontiers les bandes, qui compriment et échauf- fent la tête, et nous employons avec profit des rondelles de gaze collodionnées à la périphérie, et maintenant exactement le pansement.

### CHAPITRE VII

#### MUSCLES

**Strabisme.** — La strabotomie a été d'abord indiquée par Stromeyer (1838) puis pratiquée par Dieffenbach, Jules Gué- rin, Cunier, enfin perfectionnée par Bonnet de Lyon. Aux premiers revient la myotomie, procédé défectueux et aban- donné qui consistait à couper le muscle dans sa portion char- nue; au dernier, la ténotomie, procédé actuel, qui détache simplement le muscle au niveau de son insertion tendineuse.

Nous indiquerons successivement le reculement et l'avan- cement des muscles, puis l'avancement et le reculement de la capsule.

#### I. — Reculement musculaire.

§ 509. — C'est le détachement de l'insertion para-cornéenne du muscle et de l'aponévrose de Tenon. Il amoindrit l'ad- duction et permet une abduction plus grande.

*Instruments.* — Écarteurs, crochets à strabisme, pinces, ci- seaux, sutures, anesthésie locale ou générale.