

et le staphylôme de la cornée, on veut seulement diminuer la masse des liquides (fig. 416).

La ponction est encore indiquée dans les cas d'ulcères profonds de la cornée lorsque l'on craint de voir survenir une perforation. On peut espérer arrêter les progrès de l'ulcération en faisant à son centre une perforation avec une fine aiguille.

VI. — De la ponction de la sclérotique.

Dans le glaucome aigu, dans cette affection caractérisée par la tension exagérée du globe oculaire, les douleurs périorbitaires violentes, l'obscurité de la vue, l'insensibilité de la cornée, l'excavation de la papille optique, etc., la lésion principale, la cause des accidents est pour moi, ainsi que je l'ai dit à la Société de chirurgie (1864) et au Congrès de Bordeaux (1872), la production

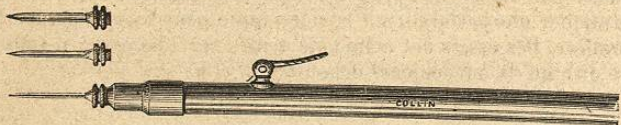


FIG. 417.

Aiguille à pompe de L. Le Fort.

d'un épanchement séreux entre la sclérotique et la choroïde. La ponction de la sclérotique, en permettant l'évacuation du liquide épanché, m'a fourni, dans les trois cas où j'ai rencontré cette affection, du reste assez rare dans nos services de chirurgie générale, une guérison des plus remarquables puisque la vue presque éteinte dans deux cas, très-affaiblie dans l'autre, a été rétablie en deux jours dans son intégrité complète. Cette petite opération est des plus faciles, une aiguille à cataracte un peu large suffit pour la pratiquer. Il faut éviter la blessure des artères ciliaires longues, éviter également les muscles droits, je fais donc la ponction au-dessus du bord supérieur du droit externe et à un centimètre environ du bord de la cornée. L'aiguille est introduite doucement, un peu obliquement d'avant en arrière pour ne pas blesser la choroïde, le tranchant de l'aiguille dirigé horizontalement. Lorsque la sensation de résistance vaincue montre qu'on a traversé toute l'épaisseur de la sclérotique, on tourne l'aiguille entre les doigts de manière à diriger le tran-

chant verticalement. On fait de cette façon haïller les bords de la plaie scléroticale et dans les deux cas j'ai pu voir le liquide séreux, transparent, s'écouler au dehors en soulevant à ce niveau la conjonctive. Il s'écoule en grande partie lorsqu'on retire l'aiguille, et ce qui peut en rester sous la conjonctive disparaît assez vite par absorption.

J'avais fait construire pour faciliter l'évacuation du liquide une aiguille creuse communiquant avec un corps de pompe en verre, dans lequel glissait un piston, mû par une pédale (fig. 417) et un ressort à boudin; mais la sclérotique se laisse difficilement traverser par une aiguille un peu grosse, et j'ai renoncé à son emploi pour revenir à l'aiguille à cataracte ordinaire.

Les ophthalmologistes n'ont pas voulu accepter ma théorie; mais au-dessus de toute théorie, il y a les faits et si les guérisons que j'ai obtenues, étonnantes par leur instantanéité ne justifient pas le bien fondé de la théorie, elles prouvent du moins l'efficacité du traitement. La sclérotomie que les oculistes emploient volontiers aujourd'hui, avec d'autres idées théoriques, n'est pas autre chose que la sclérotomie plus réduite que j'ai imaginée et pratiquée en 1872.

ARTICLE V

DE LA CATARACTE

On distingue de nombreuses variétés de cataractes, qui se rattachent à deux grandes espèces : la *cataracte cristalline* et la *cataracte capsulaire*. Je commencerai par en traiter séparément; après quoi il sera utile de dire quelques mots de la *cataracte secondaire* et de la *cataracte congénitale*.

I. — Cataracte cristalline.

La plus commune de toutes, elle se présente sous deux formes principales : la *cataracte dure* et la *cataracte molle*. Les procédés destinés à les détruire se rattachent à deux grandes méthodes, selon que le cristallin est laissé dans l'œil ou qu'il est amené au dehors. A la première se rattachent, comme méthodes secondaires, l'*abaissement*, le *broiement*, la *discission de la capsule*; à la seconde, l'*extraction* proprement dite, l'*écoulement* et l'*aspiration*.

Mais avant de décrire chaque méthode en particulier, il sera bon de s'arrêter à quelques préliminaires qui se rapportent à toutes. Ces préliminaires concernent : 1° la position du malade ; 2° celle du chirurgien et de ses aides ; 3° les précautions à prendre à l'égard de l'œil.

1° Le malade peut être assis ou couché ; mais dans l'un et l'autre cas, l'œil doit être exposé au grand jour, de telle sorte qu'il ne reçoive d'ombre ni du chirurgien ni des aides, et qu'aucun reflet provenant d'un faux jour ou d'une lumière trop vive ne trouble, pour l'opérateur, la netteté des objets. Quand le malade est couché, la tête trouve sur l'oreiller un point d'appui naturel ; quand il est assis, il faut, pour prévenir un mouvement inconsidéré en arrière, que la tête soit appuyée contre la poitrine d'un aide ou contre celle de l'opérateur. Quelques-uns le mettent sur un siège un peu bas, afin qu'assis eux-mêmes sur un siège peu élevé, ils n'aient pas trop à hausser la main ; d'autres préfèrent opérer debout, et font asseoir le sujet sur une chaise haute, afin de n'avoir pas trop à se baisser.

Le choix entre ces diverses positions est remis au goût ou aux habitudes de l'opérateur ; cependant il est généralement admis d'opérer le malade couché, condition indispensable toutes les fois qu'on a recours à l'anesthésie.

2° Le chirurgien opère donc debout ou assis. Il est nécessairement debout lorsque le malade est couché ; il est assis quelquefois, comme je viens de le dire, lorsque le malade est assis. Généralement il se place en face de l'œil à opérer ; il n'y a même aucun motif d'exception pour les chirurgiens qui opèrent de la main droite sur l'œil gauche, et sur l'œil droit de la main gauche. Ceci peut être permis aux véritables ambidextres ; pour les autres, l'emploi de la main gauche est un tour de force périlleux pour eux-mêmes, bien plus encore pour les malades, et qu'une routine opiniâtre a pu seule conserver jusqu'à ce jour. Pour ma part, j'opère toujours de la main droite, en me plaçant selon le besoin en avant ou en arrière ; dans ce dernier cas, la position debout est de rigueur.

3° Dans la plupart des opérations de cataracte, on amène la dilatation de la pupille à l'aide de la belladone ; soit en instillant entre les paupières, quelques minutes à l'avance, une ou deux gouttes d'une solution d'atropine.

Il convient aussi d'appliquer une bande sur l'œil auquel on ne veut pas toucher, à moins que la vue n'y soit également perdue.

Une affaire plus importante est de tenir les paupières écartées. On se servait autrefois du doigt de l'aide ou de l'élevateur de

Pellier sorte d'écarteur mousse, mais, le plus ordinairement, on se sert aujourd'hui d'instruments destinés à écarter mécaniquement et simultanément les deux paupières. Leur forme, leur disposition sont des plus variables ; nous pouvons en distinguer sur-

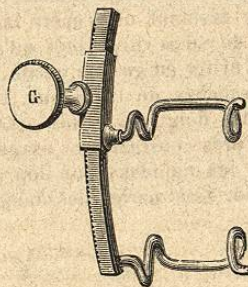


FIG. 418.

Écarteur sans ressorts et à engrenage.

tout deux variétés : les uns ont leur ouverture en dehors et de telle sorte que le ressort se trouvant en dedans, l'opérateur qui agit presque toujours par la partie temporale de l'œil n'est pas gêné par la présence de l'instrument (fig. 418). Les autres ont la jonction de leurs branches et le ressort en dehors, mais les

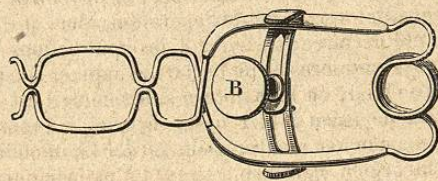


FIG. 419.

Écarteur des paupières pour l'angle interne. Les branches palpébrales sont à angle droit avec les branches du ressort.

branches sont recourbées de telle sorte qu'elles s'appliquent sur la tempe et laissent le passage libre aux instruments.

Quelles que soient leur forme et leur disposition, ces instruments, à côté de l'avantage immense de maintenir les paupières parfaitement écartées, ce qu'un aide ne fait ni aussi bien ni aussi

facilement, ont un inconvénient des plus graves, surtout quand il s'agit d'une opération de cataracte par extraction. Les deux branches de l'écarteur en pressant sur les culs-de-sac supérieur et inférieur de la conjonctive exercent sur l'œil une pression assez forte, et l'on peut sous cette influence après la déchirure de la capsule, et au moment où s'opère la sortie du cristallin voir survenir l'issue du corps vitré. Quoi qu'il en soit, malgré ce danger, qu'on peut éviter en grande partie en n'exagérant pas la divergence des branches de l'écarteur, l'ophthalmostat présente sur l'emploi des doigts de l'aide assez d'avantages pour qu'on en fasse à peu près constamment usage.

Faut-il anesthésier les malades qu'on doit opérer? La question prête fort à discussion. Sans parler des dangers de l'anesthésie

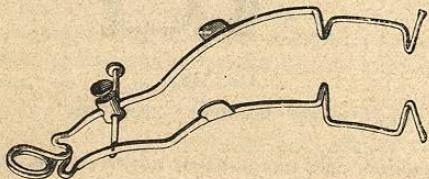


FIG. 420.

Écarteur des paupières par l'angle externe.

qu'il faut rendre complète, on a parfois l'inconvénient de voir le malade se réveiller vers la fin de l'opération, alors que la capsule cristalline a été déchirée; se livrer à des contractions exagérées des muscles des paupières et de l'orbite et amener ainsi une issue des humeurs de l'œil; ou bien encore si le sommeil est incomplet remuer la tête de façon à ôter toute sécurité à l'opération. Au contraire, le malade non endormi peut garder l'immobilité que lui prescrit le chirurgien. Mais trop souvent tel malade qui a protesté vivement de son courage, qui a promis la plus grande obéissance et la plus complète tranquillité, s'agite dès le début de l'opération, et, surtout au moment où il sent le cristallin sortir, il contracte ses muscles et chasse au dehors une portion plus ou moins grande de l'humeur vitrée. J'ai employé l'une et l'autre méthode; après avoir opéré sous le chloroforme, frappé par quelques-uns des inconvénients signalés plus haut, j'en avais abandonné l'emploi, mais l'expérience m'a montré que l'anesthésie était encore ce qu'il y avait de plus sûr dans l'opération de la cataracte, pourvu qu'on ait soin de la rendre complète.

Employant le chloroforme, il est naturel que l'opération soit faite sur le malade couché, et même, dans les opérations telles qu'iridectomie, iridotomie, extractions de fausses membranes, toujours je place le malade dans le décubitus dorsal, c'est la meilleure manière d'obtenir la fixité aussi complète que possible de la tête.

L'emploi de la cocaïne permet de ne faire porter l'anesthésie que sur l'œil. C'est un moyen fort utile pour beaucoup d'opérations. Je l'ai employée pour la cataracte et je ne m'en suis pas trop félicité. L'insensibilité n'était qu'incomplète, une fois j'ai eu de l'inflammation et il ne m'est pas prouvé que la cocaïne par l'excitation qu'elle amène sur la plaie cornéenne n'en ait pas été la cause productrice.

II. — Abaissement et réclinaison.

L'abaissement est une opération tellement abandonnée, tellement décriée par les ophthalmologistes qu'elle n'est même plus décrite dans les traités spéciaux. Si je la maintiens dans ce livre destiné à tous les praticiens, c'est pour des raisons qu'on trouvera plus loin.

Cette opération se pratique à l'aide d'une aiguille que l'on introduit, soit à travers la sclérotique, soit à travers la cornée. La forme de l'aiguille a beaucoup varié. Celle des anciens était ronde: puis on en a élargi l'extrémité en faucille ou en fer de lance; puis on a courbé le plat de l'aiguille, modifications à peu près insignifiantes. L'aiguille de Dupuytren est une tige fine de 4 centimètres de long, terminée par une pointe élargie en fer de lance, légèrement courbée sur le plat, et enfin montée sur un manche d'ivoire à pans, marqués d'une tache noire du côté qui répond à la convexité. Beer et Scarpa ne donnaient guère plus d'un millimètre de largeur à l'aiguille, Schmidt lui a donné 2 millimètres pour qu'elle soit moins exposée à s'enfoncer dans les cataractes molles.

On fait pénétrer l'aiguille par la sclérotique ou par la cornée.

1° *Abaissement. Procédé ordinaire.* — L'œil convenablement fixé, le chirurgien saisit son aiguille comme une plume à écrire, prend avec les deux derniers doigts un point d'appui sur la pommette, et présente l'aiguille à l'œil de manière que le manche soit incliné en bas et en avant, la pointe horizontale, la convexité regardant en haut, l'un des tranchants vers la cornée, et

L'autre vers l'orbite. Il enfonce ainsi perpendiculairement l'instrument dans la sclérotique, à 3 ou 4 millimètres de la cornée transparente, et un peu au-dessous du niveau de son diamètre transverse. Lorsque toute la courbure de l'instrument a pénétré, on lui fait exécuter un demi-tour sur son axe, de façon que la convexité regarde directement en avant, ce que l'on reconnaît à la tache noire du manche; on relève celui-ci, et on le porte un

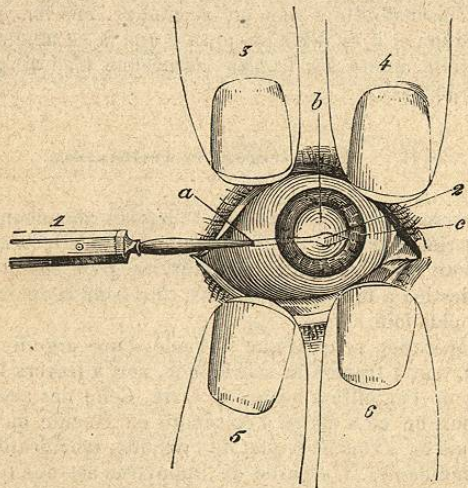


FIG. 421.

OPÉRATION PAR ABAISSEMENT.

1, manche de l'instrument sur lequel on voit le point noir indiquant que la convexité de la lance est par devant. — 2, lance vue en avant de la cataracte, a, lieu d'immersion de l'aiguille; — b, cristallin opaque; — c, iris retiré vers ses attaches par l'effet de la belladone. — 3, 4, doigts de la main gauche de l'aide. — 5, 6, doigts de la main droite de l'opérateur.

peu en arrière, afin que l'aiguille puisse remonter sans risque entre l'iris et la capsule lenticulaire, jusqu'à ce que sa pointe apparaisse distinctement à travers la pupille. Alors on la fait remonter au-dessus de la cataracte; on applique en plein la concavité de l'instrument sur le sommet du cristallin, et on l'enfonce par un mouvement de bascule, en bas, en dehors et en arrière, au-dessous de la pupille et du corps vitré. On le tient là fixé

une demi-minute pour l'empêcher de remonter; puis on dégage l'aiguille sans secousses par de légers mouvements de rotation; on la ramène à la position horizontale en inclinant le manche; enfin on tourne sa convexité en haut, et on l'extrait de l'œil par la même voie qu'on l'y a introduite.

Si, avant de retirer l'aiguille, on voyait le cristallin remonter, on le saisirait de nouveau pour l'abaisser un peu plus profondément. Reprenons maintenant les divers temps de ce procédé.

D'abord on a varié sur le point par où l'aiguille doit pénétrer. Fabrice d'Aquapendente le fixait à 2 millimètres; Maître-Jan à 4, d'autres à 5, 6, 7 et plus; Brisseau à 9 millimètres. Mais à 2 millimètres on tombe sur les procès ciliaires, là où les vaisseaux surabondent; à 7 millimètres on traverse la rétine. Le point préférable est à 4 ou 5 millimètres, où l'on est en avant de la rétine et à l'extrémité des procès ciliaires.

Il y a aussi de fortes raisons pour ne pas porter l'aiguille juste à l'extrémité du diamètre transverse de l'œil; l'artère ciliaire longue et les nerfs ciliaires se dirigent en effet d'arrière en avant en suivant la partie moyenne de l'œil, où une ponction risquerait de les blesser. On pourrait sans doute plonger l'aiguille au-dessus comme au-dessous, mais ce dernier point offre plus de commodité pour déprimer le cristallin au bas du corps vitré.

La direction donnée à l'aiguille, la convexité en haut, n'est au contraire justifiée en aucune manière, et il en est de même de la marche qu'on lui fait suivre de bas en haut entre l'iris et la capsule cristalline. A peine y a-t-il un intervalle sensible entre ces deux organes, et l'iris est exposé à être blessé. *Mieux vaut donc faire remonter l'aiguille en arrière, où le corps vitré est traversé sans nul inconvénient, et revenir par en haut entre l'iris et le cristallin.* D'une part, en effet, on ne rase l'iris que dans une fort petite étendue; et d'autre part, on peut déjà agrandir la voie de l'aiguille, en commençant à renverser le cristallin. Cette manœuvre est fort simplifiée en plongeant l'aiguille avec sa concavité en haut.

Quelques-uns, au lieu d'abaisser le cristallin directement, ainsi qu'il a été dit, appliquent la concavité de l'aiguille sur sa face antérieure, et le renversent par une sorte de bascule qui place sa face supérieure en haut et son bord supérieur en arrière; c'est ce qu'on a nommé *réclinaison* (fig. 422). Quelle est la valeur relative des deux procédés? Dans l'abaissement direct, on tend à enfonce le cristallin de champ derrière la pupille; dans la réclinaison, on l'enfonce dans le corps vitré. A la vérité, Gosselin regarde l'abaissement direct comme impossible;

toutes les fois qu'il l'a essayé sur le cadavre, ou le cristallin restait à sa place, ou bien il était enfoncé horizontalement dans l'humeur vitrée, soit en basculant en arrière comme dans la réclinaison, soit en basculant en avant, de sorte que son bord supérieur devenait antérieur; et déjà Sichel avait établi que l'abaissement ne produit autre chose qu'une réclinaison en avant. Dans l'un et l'autre cas, l'opinion générale est que le cristallin est logé dans le corps vitré; et dès lors, les deux procédés aboutissant au même résultat, on aurait pu employer indifféremment l'un ou l'autre.

Le cristallin doit-il être abaissé avec sa capsule ou sans sa capsule? M. A. Petit voulait qu'on abaissât le tout ensemble,

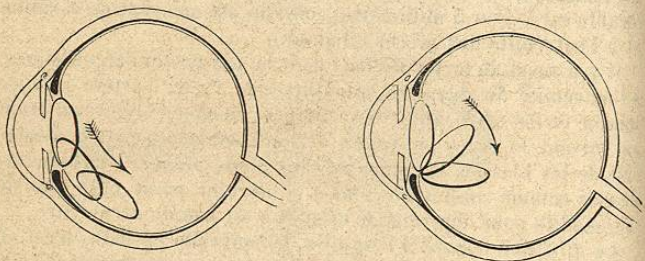


FIG. 422.

Déplacement du cristallin dans l'abaissement et dans la réclinaison.

mais le chirurgien est bien loin d'agir ici en maître; Gosselin, dans des expériences sur le cadavre, n'a jamais obtenu cet abaissement en masse, et le regarde comme *à peu près impossible*. Dès lors, la capsule se rompant toujours au premier effort, il serait inutile de s'en occuper. Mais Gosselin n'a expérimenté que sur des yeux sains, et nombre de fois on a vu le cristallin abaissé avec la capsule; ou bien encore, dans l'extraction, sortir enveloppé de sa capsule. Du reste, même sur le cadavre, la résistance de la capsule est très variable, en sorte que, chez les uns, la moindre pression suffit pour la rompre, tandis que chez d'autres il faut employer la pointe ou le tranchant de l'aiguille.

Les choses étant ainsi, que convient-il le mieux de faire: ou d'abandonner la rupture de la capsule au hasard, ou de la provoquer? en d'autres termes, de chercher à obtenir l'abaissement en masse ou l'abaissement du cristallin seul? D'abord, quand on

tente l'abaissement en masse, si la capsule garde ses adhérences naturelles, elle cède en apparence à la pression, mais remonte aussitôt à sa place. Gosselin lui-même, dans ses expériences, a observé trois fois une réascension opiniâtre du cristallin due à la résistance de la capsule; et même, en forçant l'abaissement, il est arrivé à déchirer la rétine. D'un autre côté, le cristallin abaissé en masse résiste beaucoup plus longtemps à la résorp-

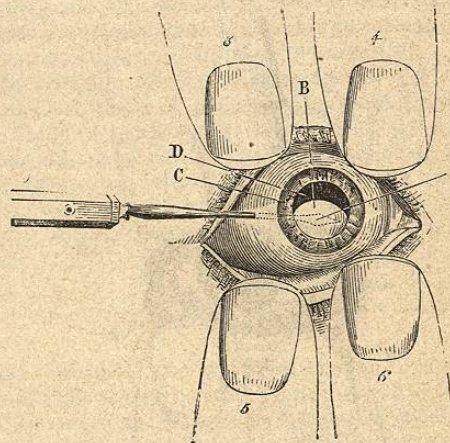


FIG. 423.

OPÉRATION PAR ABAISSEMENT.

1, manche de l'instrument dont la convexité est en avant ainsi que l'indique le point noir. — 2, lance posée à plat sur le tiers supérieur du cristallin. — B, cataracte un peu déprimée de haut en bas. — C, iris retiré vers le corps ciliaire par l'effet de la belladone. — D, partie supérieure de la pupille déharrassée de la cataracte. — 3, 4, doigts de la main gauche de l'aide — 5, 6, doigts de la main droite du chirurgien.

tion; il est donc là comme un corps étranger sujet à remonter, et Janin a extrait un cristallin enveloppé de sa capsule, lequel, abaissé plusieurs fois et remontant toujours, avait fini par passer dans la chambre antérieure. Au contraire, le cristallin dépouillé de sa capsule s'absorbe très rapidement: c'est même sur ce fait important qu'a été établie la méthode de la dissection de la capsule. Je pense donc que l'opérateur, pour ne rien laisser au hasard, doit diviser lui-même la capsule; de préférence *en bas et en arrière*, au point par lequel le cristallin doit s'échapper.

Cependant, même après avoir divisé la capsule, on voit fréquemment le cristallin abaissé remonter aussitôt qu'on cherche à retirer l'aiguille. Je ne veux pas parler des cas où l'aiguille est engagée dans un cristallin un peu dur et le ramène avec elle, mais de ceux où elle est tout à fait libre, et où le cristallin semble repoussé à son ancienne place par la densité du corps vitré.

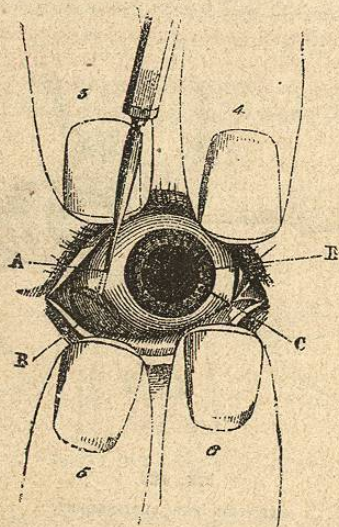


FIG. 424.

OPÉRATION PAR ABAISSEMENT.

L'aiguille a entraîné le cristallin en bas et en dehors dans le fond de l'œil. — A, est le point d'entrée de l'instrument. — B, le cristallin couché à plat sous l'aiguille, et vu à travers la sclérotique, qu'on suppose transparente. — C, iris. — D, la pupille redevenue noire.

Quelques chirurgiens ont tenté l'abaissement en portant l'aiguille à travers la cornée, ce qu'ils ont appelé *kératonyxis*. Le chirurgien, placé en avant ou à côté du malade, tient son aiguille la pointe en haut, et si l'aiguille est courbe, la convexité en bas, et l'enfonce ainsi dans la cornée au niveau du bord inférieur de la pupille dilatée; porte la lame sur le bord supérieur du cristallin, retourne l'instrument pour avoir sa concavité en bas,

et, en levant le manche, cherche à abaisser le cristallin derrière la pupille. C'est un de ces procédés où l'on semble avoir eu plutôt pour objet de faire autrement que de faire mieux. Je n'en dirai pas davantage.

L'abaissement réussit surtout dans les cataractes dures. Il n'y a guère qu'un accident à craindre dans l'opération : c'est que le cristallin s'échappe dans la chambre antérieure. On peut alors, ou aller reprendre avec l'aiguille pour le ramener en arrière; ou retirer l'aiguille, et, l'œil fermé, exercer une douce pression pour refouler le cristallin dans la chambre postérieure; ou enfin en faire l'extraction par une incision de la cornée.

Quand le cristallin n'est qu'à demi dur, il est sujet à se rompre sous l'instrument en plusieurs fragments. On tâche alors d'abaisser chaque fragment séparément, et l'on pousse les plus petits et les plus mous dans la chambre antérieure, où ils sont repris par l'absorption. Quand enfin le cristallin trop mou se laisse diviser par l'aiguille et ne peut être abaissé, c'est le cas de multiplier ces divisions; en d'autres termes, de pratiquer le broiement.

III. — Broiement.

L'aiguille enfoncée par la sclérotique ou par la cornée, comme pour l'abaissement, et la pointe arrivée au centre du cristallin, au moyen de mouvements circulaires imprimés à l'instrument, on réduit l'organe en parcelles qui se perdent dans l'humeur aqueuse. On peut encore découper avec le tranchant de l'aiguille et disperser ces fragments dans les chambres de l'œil, en laissant libre, autant que possible, l'axe de la vision. Un point important est de ne pas laisser l'aiguille dans l'intérieur de la capsule, mais de l'en retirer à chaque manœuvre de broiement, pour l'y reporter dans une direction différente. Ceci a pour objet de diviser la capsule antérieure, afin de mettre les débris du cristallin en contact avec l'humeur aqueuse où ils se résorberont plus vite. Si le cristallin était broyé dans sa capsule, sans division de celle-ci, la résorption serait très lente à se faire, ou même ne se ferait pas.

IV. — Dissection de la capsule antérieure.

Quelques chirurgiens, ayant bien compris que la condition essentielle de la résorption n'est pas tant de broyer le cristallin

que de lui ôter l'enveloppe protectrice de sa capsule, se sont bornés à diviser avec l'aiguille la capsule antérieure, en étendant et multipliant les divisions sur toute sa surface. La dissection de la cataracte se fait par la sclérotique ou par la cornée, mais la ponction par la cornée a cet avantage que l'on peut suivre plus facilement la marche de l'instrument. L'aiguille de Bowmann appelée *stop needle* est préférable à toute autre, parce que le renflement que porte sa tige en venant s'appuyer sur l'ouverture faite à la cornée, l'obture momentanément et empêche l'issue de l'humeur aqueuse. Elle doit être enfoncée au travers de la cornée vers le milieu de l'espace qui correspond au bord de la pupille dilatée et à la circonférence cornéenne; elle ne doit pas être enfoncée trop obliquement pour qu'elle ne vienne pas froisser les lames de la cornée dans les mouvements qu'on lui imprime pour la redresser et mener sa pointe au contact du cristallin. La déchirure de la capsule *doit être peu étendue*. Il ne faut pas oublier que la substance cristalline au contact de l'humeur aqueuse se gonfle et qu'un gonflement considérable peut amener de graves désordres par excès de tension intra-oculaire. On limite ce gonflement en ne faisant qu'une étroite dissection et l'on répète s'il y a lieu l'opération.

Nous apprécierons plus loin la valeur de ces méthodes quand nous aurons étudié l'opération de l'extraction.

V. — Extraction.

L'opération de l'extraction de la cataracte a subi de nombreuses modifications et nous pourrions diviser les procédés en trois grandes classes : 1° extraction à grand lambeau, méthode française ou de Daviel; 2° extraction linéaire; 3° extraction linéaire modifiée, ou méthode allemande. Ajoutons encore que l'opération se fait avec ou sans iridectomie concomitante. Nous décrirons tout d'abord avec les détails qu'elle comporte la méthode française ou de Daviel, car nous verrons qu'après s'en être fort éloignés les chirurgiens actuels s'en rapprochent beaucoup, bien qu'ils aient pour la plupart la prétention de l'avoir abandonnée et de pratiquer la méthode allemande.

A. — Extraction à grand lambeau.

Elle se fait par une incision qui taille sur la cornée un large lambeau demi-circulaire. La cornée a d'abord été divisée dans sa

partie inférieure (Daviel); puis Wenzel a proposé une incision oblique en bas et en dedans; et Richter a eu le premier l'idée de faire un lambeau supérieur. L'incision oblique est à peu près

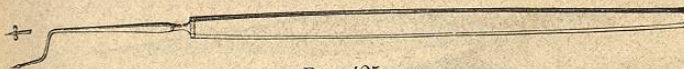


FIG. 425.

Pique de Pamard.

complètement abandonnée et l'on n'a conservé que la kératotomie inférieure et la kératotomie supérieure.

Quel que soit le point où l'on taille le lambeau, le sujet étant couché et anesthésié et les paupières écartées soit par les doigts de l'aide, soit par l'ophthalmostat, on procède à la section de la



FIG. 426.

Pince fixatrice (modèle Charrière).

cornée. Mais, comme l'œil sous la pression du couteau a de la tendance à fuir en dedans, il est essentiel de le fixer. Pamard a imaginé pour remplir cette indication une sorte de pique en forme de trèfle (fig. 425) dont la pointe s'enfonce dans la sclérotique à une profondeur que limite les deux renflements latéraux. L'ins-



FIG. 427.

Pince fixatrice ordinaire.

trument a l'inconvénient de ne pouvoir servir que pendant la section de la cornée, car sa pointe se dégage et il se déplace pour peu que l'œil se porte en dehors. Nélaton avait imaginé un crochet mousse qu'on plaçait dans le cul-de-sac vers la commissure externe; ces instruments, surtout le dernier, étant insuffisants, on a employé les pinces à griffes munies de plusieurs dents (fig. 427)