

Si la capsule était adhérente à l'iris, l'opération devrait consister en une combinaison, variable selon les cas, de la pupille artificielle et de l'extraction.

3° *Cataractes secondaires.*

Ces cataractes sont de deux sortes : ou bien la capsule demeurée en place a adhéré à l'iris par de fausses membranes, ou bien les débris de la capsule antérieure rétractés ont sécrété une matière analogue au cristallin ; mais alors la cataracte occupe la circonférence, et laisse généralement la lumière pénétrer au centre.

Dans tous les cas, il faut extraire, soit la capsule, soit les fausses membranes. On fait une petite incision à la cornée, par laquelle on introduit les *serretèles*, et la capsule saisie, on cherche à l'entraîner au dehors. Si elle résistait trop fortement, on se bornerait à exciser avec des ciseaux courbes la portion attirée hors de la plaie de la cornée.

On a conseillé aussi d'introduire les *serretèles* par la sclérotique ; mais l'opération offre ainsi moins de facilité et plus de péril.

4° *Cataracte congénitale.*

La cataracte congénitale, limitée d'abord au cristallin, est généralement molle, quelquefois tout à fait liquide ; mais, en vieillissant, elle change de caractère.

Chez certains sujets, le cristallin devient dur. Selon M. Desmarres, cette variété se rencontre presque toujours sur des enfants de cinq à six ans. Il est plus commun de voir le cristallin amoindri par l'absorption, en même temps que les deux lames de la capsule deviennent opaques ; plus tard enfin, le cristallin a disparu en entier, les deux lames de la capsule se confondent en une seule ; l'œil, privé d'action, n'acquiert pas son volume accoutumé, et la faculté visuelle finit par se perdre. Ces phénomènes sont à peu près accomplis à l'âge de douze ans. De douze à quinze ans, suivant Saunders, l'opération ne restitue guère aux malades que la sensation confuse de la lumière ; de là l'urgence d'opérer de bonne heure, du premier au deuxième mois, selon Lawrence ; suivant Middlemore, du sixième au dix-huitième mois. Cependant M. Desmarres dit avoir opéré un vieillard de soixante-douze ans, d'une cataracte congénitale de l'œil droit, et lui avoir rendu la vue. Il eût été bon de dire quel degré de vue. Du reste, l'œil gauche avait toujours été bon jusque-là.

Chez les enfants, l'œil étant extrêmement mobile, et la cornée plus épaisse et plus rapprochée de l'iris, l'extraction est absolument contre-indiquée, du moins par le procédé ordinaire. Si l'on était sûr que la cataracte fût liquide, on pourrait essayer l'écoulement par le procédé de Pellier ; M. Desmarres semble aussi recommander la dissection de la capsule ; mais en général l'abaissement ou le broiement offre plus de sécurité. Le manuel opératoire est le même que chez l'adulte ; seulement l'enfant doit être maintenu avec plus de soin. On le couche sur une planche étroite ; on l'y fixe à l'aide d'une bande roulée, qui le prend des épaules jusqu'aux pieds, en serrant surtout les genoux et les coudes, pour s'opposer à tout mouvement ; et on le place ainsi sur un lit ou un meuble d'une hauteur convenable.

Passé l'âge de douze ans, la cataracte étant devenue membraneuse, on l'opère comme telle, en faisant à la cornée une petite incision propre à laisser passer des *serretèles*, avec lesquelles on attire la cataracte au dehors.

M. Desmarres insisté sur la nécessité, chez les jeunes enfants, lorsque la cataracte est double, d'opérer les deux yeux dans la même séance, afin de leur rendre à la fois la même force visuelle, et d'éviter le strabisme ou la perte d'un œil pour la vision. Plus on se rapproche de la naissance, plus on a de chances d'atteindre ce but ; chez les sujets de quinze mois, et à plus forte raison plus tard, on ne réussit à rendre une bonne vue qu'à un seul œil, l'autre restant toujours dévié.

Du reste, cette opération paraît tout à fait bénigne dans le très jeune âge ; M. Desmarres dit n'avoir jamais vu d'accidents sur les enfants de quelques semaines, même de deux à trois mois.

Un peu plus tard, après l'opération la mieux réussie, on a à lutter contre l'habitude des enfants qui se dirigent plutôt avec le toucher qu'avec les yeux, et il faut faire l'éducation de la vue. Dupuytren avait recours à un moyen fort simple : il fixait les mains de l'enfant derrière le dos, et lui ôtant ainsi le secours d'un sens, le forçait à se servir de l'autre.

Art. VI. — De la formation d'une pupille artificielle.

Anatomie chirurgicale. — L'iris, tendu comme un voile entre la cornée et le cristallin, est éloigné de 2 millimètres environ de la première vers son centre, et s'en rapproche jusqu'au contact à sa circonférence. En arrière, il est contigu à la capsule cristalline, en

sorte qu'il est difficile de ne pas léser celle-ci, même en agissant sur l'iris par sa face antérieure, et que la lésion en est inévitable quand on agit par la face postérieure. Enfin l'iris est continu par sa grande circonférence au cercle ciliaire et aux procès ciliaires.

La texture de l'iris est peu connue. Une apparence de fibres rayonnées à sa grande circonférence, et circulaires près de la pupille, a fait croire depuis longtemps à l'existence de deux muscles antagonistes. Des faits nombreux démentent cette hypothèse : tantôt on a vu une pupille artificielle créée au milieu des fibres radiées offrir des mouvements de dilatation et de resserrement (Janin); plus souvent la section de ces fibres ne produit aucun écartement de la plaie; en sorte que ces vues anatomiques sont de nulle valeur pour fonder une méthode opératoire. Seulement il importe d'ajouter que quand l'iris est parfaitement sain, ou quand l'oblitération de la pupille, soit congénitale, soit accidentelle, est de date peu ancienne, on peut, jusqu'à un certain point, compter sur cette faculté de dilatation et de resserrement. Mais quand l'oblitération est très ancienne ou provient d'une inflammation chronique, ces propriétés sont ordinairement perdues, et plus sûrement encore si l'inflammation a amené des adhérences entre l'iris et la capsule du cristallin.

L'opération de la pupille artificielle se pratique lorsqu'il y a oblitération congénitale ou accidentelle de la pupille, ou encore quand l'opacité centrale de la cornée ne permet plus à la lumière de traverser la pupille naturelle. On fait alors une ouverture à l'iris, soit par une simple division, soit en le décollant à sa circonférence, soit en attirant et retenant une portion de son tissu au dehors, ce que l'on appelle *enclavement*; et enfin par excision.

Le sujet est placé comme pour l'opération de la cataracte, soit assis, ou couché; toutefois il est plus sûr de l'opérer couché qu'assis. On écarte pareillement les deux paupières; mais les releveurs métalliques sont plus sûrs que les doigts, et l'on préfère même les releveurs pleins, appliqués par-dessous la conjonctive. Enfin l'œil est fixé au besoin, soit avec des pinces, soit avec la pique de Pamard.

PREMIÈRE MÉTHODE. DIVISION DE L'IRIS. — Elle se pratique d'abord de deux manières, par incision ou par déchirure. L'incision compte ensuite de nombreux procédés, selon la forme et la direction qu'on lui donne, mais surtout selon qu'on fait usage de l'aiguille, des ciseaux, ou du couteau à cataracte.

1^o *Incision avec l'aiguille. Procédé de Cheselden.* — Il se servait

d'une espèce d'aiguille plus large et moins pointue que celle à cataracte, et n'ayant de tranchant que d'un côté. Il la plongeait au travers de la sclérotique, à un millimètre du rebord de la cornée transparente, lui faisait traverser presque toute la chambre postérieure; arrivé aux deux tiers et à la partie postérieure de l'iris, il retournait la pointe contre cette membrane, de façon à la couper en travers et en entamer assez, en retirant l'instrument, pour faire une incision horizontale, de laquelle il devait résulter une prunelle oblongue plus ouverte dans le milieu qu'aux deux pointes, à peu près figurée, mais à contre-sens, comme celle des chats (Morand).

Sharp a modifié le procédé de Cheselden, en enfonçant l'instrument d'arrière en avant dans la chambre antérieure, pour inciser l'iris d'avant en arrière.

D'autres ont porté l'aiguille à travers la cornée et divisé l'iris en divers sens; Jungken a même recommandé une incision cruciale.

2^o *Incision avec les ciseaux.* — Elle exige, au préalable, une division de la cornée; les procédés varient selon l'étendue de cette division et la forme de l'incision irienne.

Procédé de Janin. — Il ouvrait les deux tiers de la cornée avec le couteau de Wenzel, comme pour l'extraction de la cataracte; puis, soulevant le lambeau, il traversait l'iris avec la pointe d'une branche de ciseaux courbes et fins, et incisait d'un coup cette membrane dans une direction verticale.

Maunoir pratiquait d'abord la même incision à l'iris, mais à travers une section de la cornée limitée en général à 6 millimètres, étendue tout au plus au quart de la circonférence de cette membrane. Si cependant l'incision verticale de l'iris ne lui paraissait pas suffisante, d'un second coup de ciseaux il la transformait en V.

3^o *Incision avec le couteau. Procédé de Wenzel.* — Il ouvrait la cornée comme dans l'opération de la cataracte; mais arrivé à un millimètre à peu près de l'endroit où devait se trouver la pupille, il faisait pénétrer la pointe du couteau dans l'iris, l'en faisait ressortir à 3 millimètres plus loin, traversait la cornée de l'autre côté, et, en taillant un lambeau semi-circulaire sur cette membrane, taillait du même coup un lambeau semblable, mais plus petit, sur l'iris.

En général, Wenzel introduisait ensuite par-dessous la cornée des ciseaux fins, à l'aide desquels il tâchait de saisir et de couper d'un seul coup le lambeau de l'iris. M. Velpeau arrêta l'opération

à la formation de ce lambeau, sans recourir à aucune sorte d'excision.

4° *Déchirure*. — L'incision avec l'aiguille est quelquefois très difficile ; l'iris flasque et flottant fuit devant l'instrument, et se laisse plutôt déchirer sous la pression que diviser par le tranchant. De là un résultat purement accidentel d'abord, qui a fini par s'élever au rang de procédé. Une déchirure simple équivaut en effet à peu près à une incision ; une déchirure à lambeau à une incision en V ou en demi-cercle. J'ai obtenu moi-même un très beau succès à l'aide d'une simple déchirure par l'aiguille. M. Laugier, dans un cas d'occlusion de l'iris après l'extraction de la cataracte, divisa la cornée, porta l'aiguille sur le lieu de l'ancienne pupille, et y fit un trou par déchirure ; l'opération réussit de même. Enfin, nous verrons la déchirure associée par M. Desmarres avec l'excision.

DEUXIÈME MÉTHODE. DÉCOLLEMENT. — Scarpa pratiquait le décollement simple ; mais on l'a associé à l'incision, et comme il sera dit plus tard, à l'enclavement et à l'excision.

1° *Décollement simple. Procédé de Scarpa*. — On plonge l'aiguille à cataracte à travers la sclérotique, comme pour l'abaissement, et on la conduit jusqu'à la partie supérieure et interne de la circonférence de l'iris, près du ligament ciliaire. Alors on tourne la pointe de l'instrument en avant ; on traverse le bord de l'iris, de manière que la pointe paraisse à peine dans la chambre antérieure, de peur d'intéresser la cornée, et l'on presse sur l'iris de haut en bas et de dedans en dehors, parallèlement à sa surface antérieure. On détache ainsi l'iris de ses connexions ciliaires dans l'étendue qu'on juge convenable, depuis 6 millimètres jusqu'au tiers de sa circonférence. Si l'on n'obtient pas ainsi un décollement suffisant, on accroche l'iris aux extrémités de la scission déjà obtenue, pour l'agrandir avec plus de facilité.

D'autres ont préféré introduire l'aiguille par la cornée, ce qui n'a pas grande importance. Mais l'expérience ayant fait voir que l'iris, simplement décollé, est sujet à reprendre sa position et ses attaches, de là les procédés suivants.

2° *Décollement combiné avec l'incision. Procédé de Donegana*. — Il se sert de l'aiguille falciforme, qu'il introduit par la cornée ou par la sclérotique ; décolle l'iris comme dans le procédé précédent, puis incise la partie décollée de la circonférence au centre.

Comme l'incision de l'iris est fort difficile quand il n'est pas tendu,

M. Huguier procède à cette incision tout d'abord, et va ensuite décoller les deux lambeaux.

Je ferai ici la même remarque que pour l'incision simple ; et dans un cas où l'iris fuyait devant mon aiguille, j'ai obtenu un très beau résultat à l'aide d'une simple déchirure.

TROISIÈME MÉTHODE. ENCLAVEMENT. — Cette méthode a d'abord été pratiquée en vue de déplacer ou d'allonger la pupille naturelle ; on l'a ensuite appliquée à la fixation au dehors d'un lambeau décollé ou déchiré.

1° *Extension de la pupille naturelle. Procédé d'Adams*. — Quand l'iris est à l'état normal, avec la cornée opaque au centre, on fait à celle-ci une petite incision près de la sclérotique ; après quoi l'on provoque, par une légère pression, la procidence d'une portion de l'iris, qu'on attire au dehors avec des pinces, autant qu'il est nécessaire pour l'empêcher de rentrer.

Procédé d'Himly — La cornée divisée comme il a été dit, on va saisir avec un crochet le bord pupillaire de l'iris, et on l'attire entre les lèvres de la plaie.

Procédé de M. Guépin. — Après une incision de 5 millimètres à la cornée, il en excise un très petit lambeau avec un emporte-pièce de son invention ; laisse ensuite la hernie de l'iris s'y faire toute seule, ou la favorise en oignant la paupière supérieure d'extrait de belladone ; et retient l'iris au dehors en provoquant des adhérences à l'aide du nitrate d'argent, avec lequel il touche la hernie à partir du troisième ou quatrième jour.

2° *Enclavement combiné avec le décollement. Procédé de Langenbeck*. — Il fait, vers le centre de la cornée, une très petite ouverture, qui ne permette pas à l'iris de se retirer une fois qu'il aura été attiré au dehors. Par cette ouverture, il introduit un petit crochet renfermé dans un tube d'or, et qu'on peut très bien suppléer avec un petit crochet simple ou double. Il perce avec son crochet la circonférence de l'iris, et le décolle doucement dans l'étendue convenable, en attirant le lambeau dans la plaie de la cornée. Quand ce lambeau est assez engagé et assez fortement pincé par la cornée pour qu'on n'ait pas à craindre qu'il se retire, on ôte l'instrument, et l'opération est finie. L'iris contracte des adhérences solides avec la cornée, et la pupille ne saurait s'oblitérer. Comme le danger de déchirer l'iris est d'autant plus à craindre qu'on attire une plus grande portion de cette membrane au dehors, l'ouverture de la cornée doit

être aussi rapprochée que possible du lieu du décollement, assez loin toutefois pour que l'opacité qui surviendra ne nuise point au passage des rayons lumineux à travers la nouvelle pupille.

QUATRIÈME MÉTHODE. EXCISION. — Elle se pratique, ou bien à la faveur d'un lambeau taillé sur la cornée, qui permet de porter les instruments sur l'iris resté en place; ou bien en faisant sortir l'iris à travers une très petite incision de la cornée, pour l'exciser à l'extérieur.

A ce dernier procédé s'en rallient deux autres, consistant dans la combinaison de la déchirure et du décollement avec l'excision.

1° Excision sur place. — On pratique avant tout un lambeau semi-circulaire à la cornée comme pour l'opération de la cataracte; puis on fait relever ce lambeau et l'on attaque l'iris. Guérin le fendait en travers, puis de haut en bas, et réséquait les quatre angles avec des ciseaux. Sabatier rapporte à Wenzel un procédé beaucoup plus simple, consistant à saisir l'iris à son centre à l'aide d'une pince et à l'exciser avec des ciseaux courbes. Mais Wenzel préférerait tailler d'abord le lambeau iridien avec le couteau, comme nous venons de le dire (p. 443).

L'excision sur place peut convenir aux cas où l'on présume une altération du cristallin ou de sa capsule, et où l'ouverture faite à la pupille servirait en même temps à extraire la cataracte. Mais en dehors de cette complication, l'excision à l'extérieur est moins périlleuse et doit être absolument préférée.

2° Excision à l'extérieur. Procédé de Beer. — Il fait à la cornée, près de la sclérotique, une incision de 2 millimètres; l'humeur aqueuse s'écoule, l'iris fait hernie par la plaie; on le saisit avec une pince ou un crochet fin, et à l'aide de ciseaux courbes on l'excise au ras de la plaie.

Ce procédé est très beau et très simple; mais fréquemment la plaie est trop étroite, et l'iris ne s'y engage pas; de là le procédé suivant.

Procédé de Gibson. — Il ouvre la cornée dans une étendue de 6 millimètres; l'humeur aqueuse s'écoule et l'iris s'applique contre la plaie, souvent sans s'échapper au dehors. On exerce alors supérieurement et près du nez, avec l'index et le médius, une pression graduée sur le globe oculaire, jusqu'à ce que l'iris, faisant hernie, présente au dehors un petit sac du volume d'une grosse tête d'épingle. On en fait l'excision à l'ordinaire.

Walther a repris la petite incision de Beer, en y ajoutant la pression de Gibson. D'autres opérateurs, pour n'avoir pas une cicatrice opaque sur la cornée, commencent l'incision sur la sclérotique, à un ou 2 millimètres de la cornée, et la dirigent assez obliquement pour qu'elle pénètre dans la chambre antérieure sans entamer le cercle ciliaire.

Quand l'iris adhère à la cornée, la hernie n'a point lieu; on attire alors une portion non adhérente de cette membrane au dehors avec un petit crochet ou une pince. Quand la totalité ou la plus grande partie de la circonférence de l'iris adhère à la cornée, l'opération est plus délicate encore; il faut, après la section de la cornée, détruire ces adhérences avec le couteau à cataracte, et seulement alors attirer l'iris au dehors avec la pince ou le crochet.

Cette introduction du crochet ou de la pince, réservée dans les procédés qui précèdent pour les cas de nécessité, a été régularisée comme il suit par Jæger.

Procédé de Jæger. — Il fait une incision de 5 à 6 millimètres à la cornée, comme Gibson; introduit par la plaie une pince courbe, la concavité en avant, jusqu'un peu au delà de la tache de la cornée ou du bord de la pupille; ouvre la pince, entre les branches de laquelle l'iris s'engage aussitôt, le serre et l'attire au dehors pour l'exciser.

3° Excision combinée avec la déchirure. Procédé de M. Desmarres. — Quand la pupille est oblitérée ou l'iris adhérent, il porte la pince un peu au delà de l'opacité de la cornée ou jusqu'au niveau des adhérences, l'ouvre, saisit l'iris, le déchire par une traction brusque, puis l'entraîne rapidement au dehors sans autre secousse, et l'excise avec les ciseaux.

4° Excision combinée avec le décollement. Procédé de Jæger. — Ce n'est autre chose que le procédé de Langenbeck, avec excision du lambeau attiré au dehors. Seulement l'incision de la cornée, limitée à 2 ou 3 millimètres pour l'enclavement, doit en avoir 5 ou 6 pour faciliter l'excision.

Revenons maintenant sur quelques points de ces divers procédés.

D'abord, le couteau à cataracte ordinaire est excellent pour l'incision de la cornée, toutes les fois que cette incision se pratique en dehors; mais en dedans, la saillie du nez fait obstacle, et il faut alors des couteaux coudés, soit sur le plat, soit sur la lame. Quelques oculistes les remplacent par des couteaux dits *lancéolaires*, tran-

chants des deux côtés, soit à lame droite, soit avec la courbure désirée; le tranchant double n'a aucun avantage, et expose davantage à blesser l'iris.

L'incision de la cornée, comme la faisait Beer, est trop étroite, et peut compromettre l'opération; on a même conseillé, le cas échéant, de l'agrandir avec un ténotome mousse. Mieux vaut la porter du premier coup à 6 millimètres. L'incision commencée sur la sclérotique ouvre presque toujours quelques vaisseaux de la conjonctive, dont le sang vient masquer les parties: elle expose même à blesser l'iris et la capsule cristalline, et ne doit être conservée que pour des cas exceptionnels.

Un point très important d'ailleurs, c'est que l'incision de la cornée peut sans péril se pratiquer sur sa partie opaque. Faure et Lusardi ont montré que la cicatrisation ne s'y fait pas moins bien.

Après cette section, l'issue spontanée de l'iris simplifie beaucoup l'opération; sinon, le mieux est de la provoquer par une pression ménagée. Seulement il importe que l'excision soit suffisante; il faut donc, premièrement, attirer assez fortement l'iris au dehors; deuxièmement, en faire la section bien au ras de la plaie de la cornée, sans toutefois entamer celle-ci.

Lorsqu'on préfère porter une pince ou un crochet dans la chambre antérieure, il faut tâcher de retirer le couteau avec assez de promptitude pour que l'humeur aqueuse n'ait pas le temps de s'écouler. L'excision doit être aussi immédiate que possible; Jæger veut même que l'on tienne de la main gauche les ciseaux ouverts et rapprochés de la cornée, tout prêts à couper, avant de faire pénétrer la pince dans la chambre antérieure; mais, pour une opération aussi délicate, la main gauche n'offre pas assez de sécurité.

Quand la pupille est oblitérée, on excise la portion de l'iris qui se rapproche le plus du centre. Lorsqu'elle est ouverte, il faut, autant que possible, que l'excision entame une partie de sa circonférence.

Enfin, avant de faire le pansement, qui n'est autre que celui de la cataracte, il importe de s'assurer qu'il n'est resté aucune portion d'iris entre les lèvres de la plaie.

Appréciation. — Disons, avant tout, que l'opération de la pupille artificielle est peut être la plus incertaine de toutes celles qui se pratiquent sur les yeux. Non-seulement l'incision ou la perforation peuvent être oblitérées par l'inflammation et le rapprochement des bords de la plaie; mais il peut s'y former de toutes pièces une pseudo-membrane; et l'on risque encore de déterminer une cataracte

traumatique, sans compter le péril plus grave de l'inflammation de tout le globe oculaire.

Si nous abordons maintenant la comparaison des procédés, la division de l'iris est de tous celui qui mérite le moins de confiance. Elle a réussi cependant, mais dans des cas où la contractilité de l'iris permettait aux lèvres de la division de s'écarter, et où l'inflammation ne venait pas les rapprocher ensuite.

Le décollement souffre à peu près les mêmes reproches. Combiné avec l'incision, il semble réunir les avantages des deux méthodes, et réunit aussi bien toutes leurs chances d'insuccès.

Lorsque la pupille est libre, l'enclavement qui tend à l'allonger et à la déplacer est séduisant au premier abord; toutefois on cherche en vain quel avantage il a sur l'excision, et M. Desmarres a vu l'iris hernié déterminer un staphylôme partiel de la cornée. Quant à l'enclavement combiné avec le décollement ou la déchirure d'un lambeau de l'iris, trop évidemment c'est un procédé incomplet, et l'on ne voit pas pourquoi on s'attacherait à retenir au dehors un lambeau qu'il est si facile d'exciser.

L'excision l'emporte donc d'une manière générale sur les autres méthodes; quant au choix du procédé, à part ce qui en a été dit, il doit être dicté par les conditions spéciales de la cornée et de l'iris.

Art. VII. — Opérations qui intéressent tout le globe oculaire.

Ces opérations sont des résections de la cornée ou de la sclérotique, avec évacuation partielle ou totale des humeurs de l'œil, ou enfin l'extirpation de l'œil lui-même; j'ajouterai quelques mots sur la pose d'un œil artificiel.

1° De la résection de la cornée.

Elle se pratique dans plusieurs circonstances, comme pour évacuer l'œil dans le cas de suppuration profonde; mais surtout dans le cas de staphylôme opaque de la cornée. Je parlerai d'abord de cette dernière affection.

Le staphylôme de la cornée résulte d'une altération chronique avec ramollissement de la cornée, puis de sa propulsion au dehors par une sécrétion surabondante de l'humeur aqueuse. Lorsqu'il est léger et indolent, l'intervention de la chirurgie n'est nullement nécessaire; mais lorsqu'il a envahi toute la cornée, et qu'il proémine au delà des paupières jusqu'à exciter de vives douleurs, il est urgent de le réprimer.

Quelques-uns se bornent à l'inciser en travers : M. Nélaton, qui a adopté ce procédé, dit que la guérison est plus prompte et le moignon plus régulier. Mackenzie dit que l'incision n'est qu'un palliatif; il y a probablement ici une confusion. L'incision simple laissera revenir l'humeur aqueuse, sans aucun doute; mais l'incision avec évacuation du cristallin et d'une portion de l'humeur vitrée arrivera à très peu près au même résultat que la résection; seulement elle laissera subsister, en l'amoindrissant, la saillie du staphylôme.

La résection compte un assez grand nombre de procédés. Celse veut qu'on emporte seulement le sommet du staphylôme dans l'étendue d'une lentille; Scarpa en enlevait 8 à 9 millimètres; Carron du Villards en découpait, selon l'axe vertical, un lambeau pareil à un pepin de melon; d'autres ont réséqué la cornée presque tout entière; d'autres enfin portent le couteau jusque sur la sclérotique.

Le procédé opératoire est fort simple. On accroche le sommet du staphylôme avec une érigne, ou on le traverse avec un fil qui sert à l'attirer au dehors; au delà de l'érigne ou du fil, on taille un lambeau de la dimension voulue, avec le couteau à cataracte ou le bistouri ordinaire, et l'on achève la résection avec les ciseaux. Quelques-uns taillent le lambeau à la partie supérieure de la cornée, afin d'éviter, disent-ils, l'évacuation de l'humeur vitrée; d'autres regardent cette précaution comme tout à fait puérile.

Il paraît que quelques chirurgiens pensent avoir assez fait en réséquant la cornée, et songent à conserver le cristallin et le reste. D'abord, il est assez difficile, dans la majorité des cas, d'empêcher le cristallin de sortir, soit le jour même, soit un peu plus tard; mais il y a une indication positive de l'expulser, et d'expulser avec lui une partie de l'humeur vitrée, afin de réduire l'œil à un volume qui se prête mieux à l'application d'un œil artificiel.

Quant à la dimension et à la forme du lambeau à réséquer, je pense qu'on ne saurait établir de règle générale, et que l'on devra se décider d'après la forme et les dimensions du staphylôme lui-même.

Dans la suppuration profonde de l'œil, Blandin recommandait de pratiquer en même temps l'excision de l'iris; et en effet, souvent l'iris enflammé resserre ou ferme la pupille, et retient dans le fond du globe ou les humeurs ou le pus accumulé. Mais l'excision de l'iris complique le procédé d'abord, et ensuite ne prévient pas toujours l'inconvénient qu'on redoute. Je préfère donc recourir à la résection de la sclérotique.

2° Résection de la sclérotique.

Nous avons vu qu'elle a été plusieurs fois conseillée à la place de la résection de la cornée; mais elle n'est guère indispensable que quand le staphylôme s'étend jusqu'à la sclérotique. Le procédé ne diffère qu'en ce que le couteau doit agir en arrière de l'iris; une précaution assez importante est de ménager autant qu'on le peut l'insertion des muscles de l'œil à la sclérotique, afin de conserver toute leur action sur le petit moignon qui devra supporter et mouvoir l'œil artificiel. Du reste, leur section même n'enlèverait pas toute espérance de ce côté, attendu qu'ils se réuniraient à la cicatrice du moignon.

3° Extirpation du globe de l'œil.

Procédé ordinaire. — Le malade étant assis ou couché, le chirurgien fixe la tumeur avec les doigts, ou mieux encore avec des pinces de Museux qu'il donne à tenir à un aide. Il prolonge, d'un coup de bistouri, l'angle palpébral externe d'environ 3 centimètres vers la tempe, dissèque ensuite chaque paupière par sa face interne et les reverse en dehors: c'est le premier temps.

Dans le second temps, l'opérateur plonge son bistouri, tenu comme une plume à écrire, vers la commissure interne des paupières; pénètre en rasant l'ethmoïde jusqu'aux environs du trou optique, et rase de dedans en dehors la demi-circonférence inférieure de l'orbite, en prenant soin de diviser l'attache du muscle petit oblique. Arrivé près de l'angle externe, il reporte son bistouri à l'angle interne, et rase la demi-circonférence orbitaire supérieure, comprenant dans les parties à enlever la glande lacrymale. L'œil ne tient plus dès lors que par un pédicule formé des quatre muscles droits et du nerf optique. On les divise, soit avec le bistouri, soit avec des ciseaux courbes sur la lame.

Quel que soit l'instrument qu'on adopte, on a conseillé de le porter au fond de l'orbite en suivant sa paroi interne, sans doute de peur de léser l'ethmoïde. Desault préférerait avec raison suivre la paroi externe, qui est plus courte, plus oblique, et de tout point plus commode à l'opérateur.

Dupuytren commençait par détacher l'œil de la paroi supérieure de l'orbite, coupait son pédicule, renversait la tumeur sur la joue, et achevait de le disséquer inférieurement et de dedans en dehors.

Dans ce procédé, on divise les ramifications des artères ophthal-

mique, lacrymale, etc., ce qui amène parfois un écoulement de sang en nappe ; on fait de plus un grand dégât dans les muscles et le tissu adipeux de l'orbite. Bonnet a imaginé un procédé bien supérieur, en séparant le globe oculaire de la capsule fibreuse dans laquelle il est renfermé.

Procédé de Bonnet. — Les paupières largement écartées, on coupe le muscle droit interne avec les mêmes précautions que dans l'opération du strabisme ; puis glissant des ciseaux à travers la plaie, et les faisant pénétrer entre la sclérotique d'une part et la capsule fibreuse et les muscles de l'autre, on coupe circulairement tous les muscles droits près de leur insertion à l'œil. Cela fait, il ne reste qu'à diviser aussi près que possible de l'œil les deux obliques, puis le nerf optique ; l'œil est ainsi enlevé sans avoir intéressé aucun vaisseau, aucun nerf extérieur, et sans toucher au tissu adipeux.

M. Richet a indiqué un mode de préparation de la capsule fibreuse sur le cadavre, qui pourrait également s'appliquer sur le vivant, et serait une modification heureuse au procédé de Bonnet. Il divise simplement la conjonctive autour de la cornée, la décolle avec le manche du scalpel en suivant la capsule fibreuse jusqu'aux insertions des muscles droits, et achève ensuite ainsi que Bonnet.

Il va sans dire que ce procédé ne convient que quand le globe de l'œil est seul affecté. Si la dégénérescence s'étendait dans l'orbite, il faudrait rechercher et enlever avec soin toutes les parties altérées ; si les paupières même étaient prises, on commencerait par les cerner à l'aide de deux incisions en demi-lune comprenant toute leur épaisseur. Du reste, après ces opérations on a peu à craindre l'hémorragie ; l'artère la plus volumineuse est l'ophtalmique ; le sang s'arrête généralement de lui-même : sinon on en viendrait à bout par un tamponnement simple, ou avec les divers styptiques et le perchlorure de fer au besoin.

4° Pose d'un œil artificiel.

On peut appliquer un œil d'émail après l'ablation complète de l'œil ; mais la difformité n'est qu'à demi corrigée, l'œil artificiel ne participant point aux mouvements de l'autre. C'est surtout quand il reste un moignon muni de ses muscles que la prothèse oculaire triomphe.

Pour placer l'œil artificiel, il faut attendre que la cicatrice soit bien complète ; mais comme alors la conjonctive et même les paupières ont subi une rétraction plus ou moins forte, on ne saurait

placer du premier coup un œil comparable à l'œil sain. On commence donc par choisir un œil d'émail de 9 à 10 millimètres de longueur au plus, sur 7 à 8 millimètres de largeur. Le chirurgien le prend avec le pouce et l'index de la main droite, le trempe dans un verre d'eau, relève avec le pouce gauche la paupière supérieure, et glisse sous cette paupière ainsi relevée la partie la plus bombée de l'œil artificiel. Quand elle y est introduite, il la dirige un peu vers l'angle externe, laisse alors descendre doucement la paupière supérieure, abaisse vivement avec le doigt médius gauche la paupière inférieure qui se trouve encore cachée sous la plus faible partie de l'œil artificiel, appuie légèrement sur celui-ci avec le pouce droit, et l'œil est introduit.

Cet œil ne doit d'abord rester en place qu'une demi-heure, une heure au plus, selon que le malade le supporte sans douleur ni fatigue. Après quelque temps, le retour gradué de la conjonctive à son état normal permet d'en placer un second un peu plus gros. On augmente ainsi progressivement sa grosseur ; toutefois il n'est pas nécessaire d'arriver à un volume aussi considérable que celui de l'œil sain. Il est bon que l'émail flotte dans l'orbite derrière les paupières, et recouvre le bulbe de l'œil sans fatiguer ni presser fortement aucune de ces parties.

L'œil artificiel doit être enlevé tous les soirs, sous peine de voir l'émail promptement dépoli. Pour l'ôter, on se sert d'une longue épingle à tête un peu forte, ou mieux d'une aiguille d'or ou d'argent de la grosseur d'une aiguille à tricoter, et terminée par un petit crochet à tête arrondie. L'opérateur ou le malade lui-même tient cette aiguille comme une plume à écrire ; avec les doigts de la main gauche il abaisse délicatement la paupière inférieure, et fait passer entre elle et l'œil artificiel le crochet de son aiguille, qu'il glisse sur l'émail jusqu'à ce qu'il en rencontre le bord inférieur. Alors il rabaisse la main droite vers la joue, et sans tirer à lui, mais en se servant de l'aiguille comme d'un levier, il soulève l'œil artificiel, qui, n'étant plus soutenu par la paupière inférieure, glisse le long de l'aiguille, et tombe dans la main gauche qui a vivement quitté la paupière pour le retenir.

Aussitôt après l'extraction, il faut mettre l'émail dans de l'eau fraîche, pour qu'il y dépose le mucus épais dont il est enduit.

CHAPITRE II.

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'OREILLE ET SES DÉPENDANCES.

1° *Perforation du lobule de l'oreille.*

Cette petite opération peut se faire à l'aide d'un poinçon ordinaire, ou d'un trocart à hydrocèle; mais on se sert plus généralement d'un trocart à tige conique et décroissant jusqu'à la pointe. On en fait d'or ou de platine; l'acier est évidemment préférable.

On engourdit d'abord la sensibilité du lobule de l'oreille au moyen de légères pressions; puis on l'applique à plat sur un bouchon de liège tendre qui lui sert de point d'appui, et on le traverse d'un seul temps, avec assez d'effort pour que la tige et la canule pénètrent à une certaine profondeur dans le liège. On retire la tige et le bouchon; par la canule restée en place, on fait pénétrer un fil de plomb; puis la canule est retirée à son tour, et le fil de plomb, réuni en anneau par ses deux extrémités, est maintenu ainsi jusqu'à ce que la plaie soit convertie en une ouverture permanente.

2° *Excision du lobule.*

Boyer a vu cette partie démesurément longue et offrant une forme tellement irrégulière, qu'il en résultait une difformité réelle. Il marqua d'une ligne d'encre la limite de ce qu'il voulait enlever, et en fit l'excision avec des ciseaux. La plaie guérit promptement, et la difformité fut détruite.

3° *Otoplastie.*

La perte du lobule, ou même d'une partie du pavillon, peut se réparer par les procédés autoplastiques. Dieffenbach l'a tenté avec succès.

Procédé de Dieffenbach. — Le bord altéré de l'oreille étant régularisé et partout rafraîchi, on taille, selon le besoin, un lambeau de peau, ou en avant sur la tempe, ou à la partie supérieure de la conque, ou en arrière sur l'apophyse mastoïde, ou enfin au-dessous de cette apophyse. On le dissèque à la méthode de Celse, de telle sorte qu'il suffise de le tirailler un peu, sans tordre aucunement le pédicule, pour rapprocher son bord libre du bord mutilé de l'oreille; et on les réunit par des points de suture entrecoupée qui compren-

nent toute l'épaisseur de l'oreille aussi bien que du lambeau. On passe ensuite, derrière l'espèce de pont qui résulte de cette réunion, une bandelette enduite de cérat, pour prévenir le recollement de la peau disséquée, et l'on recouvre le tout de compresses imbibées d'eau de guimauve tiède.

Lorsque l'agglutination est bien faite, c'est-à-dire après trois ou cinq jours, ou même plus tard, on peut ôter les aiguilles. Mais ce n'est que du quinzième au trentième jour que la cicatrice est assez solide pour permettre, sans craindre de gangrène, de séparer totalement le lambeau du crâne. On a soin, en opérant cette division, de lui donner la forme convenable, d'en régulariser les angles, et de lui donner une largeur au moins de moitié plus considérable que ne l'est la perte de substance; puis on le panse à part avec des émollients. Il finit par se rétracter, s'épaissir, se durcir, prendre la forme d'un bourrelet; après avoir pâli d'abord, il acquiert une teinte rouge, et demeure longtemps plus coloré que le reste du pavillon.

4° *De l'oblitération et du rétrécissement du conduit auditif.*

L'oblitération du conduit auditif est congénitale ou acquise. Dans l'oblitération congénitale, tantôt le conduit manque totalement; quelquefois l'orifice existe et l'oblitération est plus profonde; cela est plus rare, et à peine en connaît-on trois exemples, qui encore laissent à désirer. Quant à l'oblitération par une simple membrane, décrite par Paul d'Egine avec l'opération nécessaire pour y remédier, et admise sans contestation jusqu'à nos jours, elle n'a jamais été observée. Miller, Dewar, A. Cooper, M. Guersant, ont essayé de pratiquer l'opération de Paul d'Egine, et ont constamment échoué; c'est un enseignement qui ne doit pas être perdu pour l'avenir.

L'oblitération acquise est également irrémédiable; c'est donc seulement aux rétrécissements du canal que s'adresse la médecine opératoire.

Or, il y a aussi des rétrécissements congénitaux; M. Gressy en a réuni quatre ou cinq exemples, où le conduit s'ouvrait à l'extérieur par un petit pertuis, admettant à peine une aiguille ou une tête d'épingle; mais ils sont beaucoup plus souvent le résultat d'une inflammation chronique. Dans tous les cas, on agrandira l'orifice extérieur, au besoin avec le bistouri; puis on y placera une tente, une bougie, une canule, jusqu'à ce que le conduit ait à peu près recouvré son calibre. Mais il faut savoir que le rétrécissement a une tendance presque invincible à se reproduire, et qu'on ne maintient