

aujourd'hui en grande partie abandonné. Ses rares partisans, parmi lesquels nous devons mentionner avec honneur M. Marius Desprès, de Saint-Quentin, qui dans un mémoire couronné par la Société de chirurgie en 1872 a tenté de le réhabiliter, ne forment plus qu'un très-petit groupe au milieu des partisans exclusifs de la méthode d'extraction.

II. *Extraction.* — Les débuts de cette méthode ont été des plus humbles. Les chirurgiens grecs ne la connaissaient pas. Ceux de Rome n'en avaient qu'une idée assez vague. Du temps d'Antyllus, certains opérateurs pratiquaient l'extraction. Quant à lui, jamais il n'y a eu recours. Galien (1) en dit quelques mots pour la rejeter et la signaler comme une mauvaise méthode. Pline (2) paraît un peu plus favorable à l'extraction de la cataracte que ses contemporains. Il leur reproche de négliger cette méthode qui *vaut mieux*, selon lui, que l'abaissement.

Les Arabes l'ont un peu mieux connue. Avicenne (3) l'avait probablement mise en pratique, car il signale comme un de ses principaux inconvénients l'issue du corps vitré.

Tous les chirurgiens du moyen âge, du XVI^e et du XVII^e siècle qui ont parlé de l'extraction, ne lui accordent qu'une médiocre importance. Fabrice d'Acquapendente entre autres (4) la proscribit sans hésitation.

C'est donc à une époque relativement rapprochée de nous, au XVIII^e siècle, que l'extraction de la cataracte fut érigée en méthode rationnelle, à peu près toujours applicable; encore n'y eut-on recours tout d'abord que dans des cas exceptionnels. Saint-Yves, en 1707, pratique l'ouverture de la cornée pour extraire ce cristallin luxé dans la chambre antérieure. En 1708, Pourfour du Petit fait une opération du même genre. Enfin, en 1752, Daviel (5) décrit l'extraction, fait construire les instruments nécessaires à son exécution et conseille d'em-

(1) *De usu partium*, cap. iv et vi, et *Meth. Med.*, lib. XIV, cap. xiii.

(2) *Hist. nat.*, lib. XXIX, cap. i.

(3) Lib. 3, fen. 3. *Tractatu IV*, caput 20.

(4) *Chirurg.*, caput xvi, *De suffusione*.

(5) *Mémoires Acad. de chirurgie*, t. V.

ployer toujours cette méthode, beaucoup plus rationnelle et tout aussi simple que l'abaissement.

La plupart des oculistes de la fin du siècle dernier adoptèrent ses conclusions.

Il s'en fallait de beaucoup pourtant que l'opération répondît aux deux indications formulées plus haut. Bien loin d'être facile à exécuter, l'extraction, telle qu'on la pratiquait alors, réclamait une dextérité et une habitude que possédaient seuls quelques privilégiés. Wenzel (1), par exemple, faisait avec le même couteau triangulaire la ponction, la kystitomie et la contre-ponction.

Il n'est point extraordinaire que le plus grand nombre des partisans de l'extraction s'en soient tenus à la kératectomie, telle que la pratiquait Daviel, sauf à faire la kystitomie dans un second temps.

D'autres ont cherché à modifier la direction de la section cornéenne. Au lieu de la faire dans un méridien périphérique, ils ont coupé la cornée selon un méridien se rapprochant plus ou moins de son centre. Pallucci, Wardrop, Gibson ont employé des procédés d'extraction linéaire, mais aucun d'eux n'a fait école (2). En France même, quelques chirurgiens la pratiquaient bien avant que de Graefe l'eût préconisée. Pour mon compte, j'ai vu souvent M. Nélaton, lorsque j'étais son interne, faire une section linéaire de la cornée et extraire ainsi les cataractes molles. C'est en Allemagne, néanmoins, que ces différents procédés ont été le plus généralement acceptés. M. Schuft, devenu plus tard M. de Waldau, propose de faire l'iridectomie dans toutes les extractions; M. Mooren accepte l'iridectomie en principe, mais la pratique quinze jours avant l'extraction. Jacobson recommande l'incision scléroticale. De toutes ces tentatives est résultée une méthode qui, pendant trois ou quatre ans, a compté pour partisans la plupart des oculistes français. Elle est connue sous le nom de *méthode d'extraction linéaire avec iridectomie*, ou méthode de de Graefe.

(1) *Traité de la cataracte*. Paris, 1786.

(2) Voy. Follin, *Archives générales de médecine*, 1866.

Il s'est produit dans ces dernières années une sorte de réaction contre l'iridectomie. Tout en conservant le principe de l'incision linéaire, beaucoup de chirurgiens rejettent la section de l'iris comme dangereuse ou tout au moins inutile. Lebrun, en Belgique, Liebreich en Angleterre, ont mis en usage des méthodes offrant toutes entre elles la plus grande analogie.

Au congrès ophthalmologique d'Heidelberg, en 1867, Kùchler a fait connaître les résultats d'une méthode qu'il emploie habituellement et que d'autres ont importée en France un peu plus tard sans en indiquer la provenance.

Depuis la discussion qui eut lieu à ce sujet à la Société de chirurgie, l'iridectomie semble avoir perdu des partisans.

Les chirurgiens qui ont préféré l'extraction à l'abaissement ont apporté à l'appui de leur opinion un certain nombre d'arguments sérieux :

1° L'extraction est plus rationnelle, puisqu'elle ne laisse pas dans l'œil comme l'abaissement le cristallin devenu opaque (1) ;

2° Elle expose à des accidents immédiats moins graves. On n'a point à craindre, comme dans l'abaissement, la blessure de la face postérieure de l'iris, la luxation du cristallin dans la chambre antérieure, le décollement de la rétine, des névralgies et des accidents nerveux plus graves et parfois mortels (2) ;

3° La méthode d'extraction seule met à l'abri des accidents consécutifs.

Cette dernière considération est sans contredit la plus puissante de toutes. Aujourd'hui que les phénomènes de la pression intra-oculaire sont bien connus, nous savons que l'abaissement amène des accidents dont le moins redoutable est le glaucome secondaire.

Par malheur, tout ne se borne point à la perte de l'œil opéré : l'ophthalmie sympathique est trop souvent la conséquence de l'abaissement, et suffit pour faire rejeter à tout jamais cette méthode. Les raisons sur lesquelles basaient leur choix les

(1) Voy. Basville, *An extractio lentis potior Depressione*, thèse de Paris 1752.

(2) Voy. au siècle dernier : Hoin, *Mémoires de l'Acad. de chir.*, t. VI.

chirurgiens qui comme Nélaton (1) ou J. Cloquet (2) employaient tantôt l'une et tantôt l'autre, disparaissent complètement. Nous en dirons autant des indications de la dépression formulées tout récemment par M. le professeur Jacolomi, de Naples (3), qui l'emploie chez les malades fortement impressionnables ou affectés d'un léger degré d'exophthalmie. Rien de tout cela ne peut entrer en parallèle avec les accidents redoutables que produit trop souvent le cristallin abaissé dans le corps vitré.

Pour mon compte, Messieurs, je donne la préférence à l'extraction avec une incision presque linéaire pratiquée très-près de la limite inférieure de la cornée.

Cette méthode répond assez bien aux deux indications déjà formulées.

1° *Son exécution est facile* ; elle l'est au moins autant que celle de l'extraction à grand lambeau de Daviel. Elle est plus simple que la méthode de de Graefe.

Quelles que soient, Messieurs, la bénignité et la facilité de l'iridectomie, elle complique à coup sûr l'extraction simple. L'opération devient plus longue, plus douloureuse, elle exige des instruments plus nombreux.

2° *Elle met le malade à l'abri des accidents immédiats et consécutifs*. On n'a point à craindre l'épanchement de sang dans la chambre antérieure ; la hernie de l'iris est aussi plus rare qu'avec l'iridectomie. D'un autre côté, cette section cornéenne présente un avantage considérable sur la section à grand lambeau. A mesure que l'humeur aqueuse se reproduit et refoule la cornée en avant, les deux lèvres tendent à s'affronter et à se réunir par première intention. Dans la section à grand lambeau, au contraire, la plaie a de la tendance à rester béante. Le lambeau mal nourri suppure en partie et se sphacèle. Dans les cas les plus graves, toutes les membranes de l'œil sont envahies et la panophtalmie arrive. Cette suppuration du globe

(1) *Thèse pour le professorat*. Paris, 1850.

(2) *Thèse pour l'agrégation*. Paris, 1823.

(3) *La Clinica*, 1875.

dans sa totalité a toujours été la pierre d'achoppement de la méthode d'extraction. Elle a donné anciennement un grand nombre de partisans à l'abaissement, et, malheureusement, la grande habileté opératoire est impuissante à conjurer un tel danger. Les meilleures statistiques de l'opération à grand lambeau ont toujours compté 10 p. 100 d'insuccès par phlegmon du globe de l'œil. Les faits publiés jusqu'à ce jour démontrent que l'incision linéaire met beaucoup mieux à l'abri de ces accidents.

Quant à l'emploi ou à la suppression de l'iridectomie, je vous ai déjà dit, Messieurs, que la question n'était pas entièrement jugée. Cependant, pour mon compte, je n'ai pas encore eu à me repentir de l'avoir abandonnée.

Jusqu'à là je ne vous ai parlé que des avantages de l'extraction linéaire sans iridectomie. Il faut bien avouer cependant qu'elle présente dans son exécution des difficultés qu'il est absolument nécessaire de diminuer.

La section de la cornée pratiquée avec le couteau ordinaire de de Graefe exige un mouvement de scie pendant lequel l'humeur aqueuse s'écoule le plus souvent, ce qui rend difficile la fin de l'opération.

L'iris se précipite en avant, vient faire hernie dans la plaie cornéenne et s'y enclave. Très-souvent, il se trouve en rapport avec le tranchant du couteau et est blessé. Je n'ai pas besoin de vous dire que la section et surtout la piqûre de l'iris expose à des iritis, toujours graves à la suite de l'opération de la cataracte.

Les praticiens expérimentés réussiront le plus souvent à éviter ces écueils, mais ceux qui sont moins exercés rencontreront là des difficultés réelles.

Il y a longtemps, Messieurs, que je m'étais proposé de les tourner; je crois avoir à peu près réussi. Les instruments que je vous ai présentés ont été construits pour remplir trois conditions :

1° Mettre la face antérieure de l'iris à l'abri du tranchant du couteau;

2° Rendre impossible l'issue de l'humeur aqueuse pendant la ponction et la contre-ponction;

3° Supprimer le mouvement de scie tout en permettant de tailler un petit lambeau.

Pour répondre aux deux premières, nous avons fait construire une aiguille destinée à faire la ponction et la contre-ponction (voyez fig. 21). Son extrémité pointue se termine en fer de lance. Sa tige est pourvue d'un arrêt du côté opposé. Une rainure est creusée dans toute sa longueur. L'extrémité de la pointe doit dépasser de 2 millimètres au moins le bord de la cornée. Un millimètre appartient à la pointe lancéolée, un autre à l'extrémité libre de la rainure. Du côté de celle-ci une petite croix parfaitement visible est gravée sur le manche de l'instrument. Elle montre à l'opérateur de quel côté se trouve la rainure, et lui évite toute recherche. Pour n'être pas gêné dans l'introduction on peut au besoin couder l'instrument du côté du manche.

FIG. 21. — Aiguille conductrice.



FIG. 22. — Couteau curviligne pour la section de la cornée.

Le couteau est assez semblable à celui dont M. Jaeger se sert sans conducteur. Il est taillé en biseau et courbe sur le plat. Sa

lame présente une forme intermédiaire entre celle du couteau droit de de Graefe et celle du couteau triangulaire de Beer (voyez fig. 22). Le bord inférieur qui doit s'engager dans la rainure est rectiligne; le bord supérieur, bien qu'un peu allongé, est au contraire convexe en approchant du manche. C'est lui qui est tranchant et coupe la cornée. Le bord inférieur du couteau doit dépasser de 0^m,002 le grand diamètre de cette membrane. Des deux faces de l'instrument, l'une est concave, l'autre convexe; la première regarde en avant, et c'est sur son degré de concavité qu'est fondé le mode d'action de l'instrument. Cette concavité de la face supérieure de la lame doit être en rapport avec celle de la face postérieure de la cornée; de même que la convexité de la face inférieure correspond à celle de la face antérieure de la cornée. Cette lame forme avec la tige et le manche qui la soutiennent un angle obtus du côté du bord tranchant. Le manche est prismatique et présente comme celui de l'aiguille de petites croix dont je vous ai déjà indiqué l'usage. De cette façon, la courbure du lambeau est déterminée d'avance. Voyons, Messieurs, comment nous pourrions remplir nos diverses indications si nous voulons faire la kératotomie inférieure, par exemple :

1° Nous avons abandonné l'usage du blépharostat qui prend son point d'appui sur le globe de l'œil. Il nous paraît toujours désavantageux, quel que soit le procédé employé. — Au moyen du rétracteur ordinaire, un aide maintient la paupière supérieure élevée; un autre, placé sur les côtés du malade, écarte de même la paupière inférieure. — Un troisième aide, bien exercé, saisit avec la pince ordinaire un pli de la conjonctive à 0^m,0025 environ du bord interne de la cornée. Il est indispensable que la pince soit très-bien construite. Si le ressort était trop lâche, elle s'ouvrirait d'elle-même; s'il était trop dur, elle serait fort difficile à enlever après l'opération;

2° Ces précautions prises, on introduit l'aiguille, en la saisissant comme une plume à écrire au moyen des trois premiers doigts, l'auriculaire prenant son point d'appui sur la pommette correspondante;

3° La pointe du couteau est engagée dans la rainure de l'aiguille introduite à l'avance. Elle est dirigée de manière à ce qu'elle y glisse sans difficulté, tandis que le bord tranchant taille son petit lambeau. Il suffit, pour faire la section, de le pousser directement comme dans le procédé à grand lambeau. Le mouvement de scie disparaît; l'humeur aqueuse ne s'écoule plus pendant la ponction et la contre-ponction, parce que les ouvertures faites par l'aiguille sont punctiformes et beaucoup trop petites pour donner passage au liquide. Elles sont d'ailleurs obturées par l'aiguille elle-même.

L'iris ne peut plus être blessé par la pointe du couteau, puisque celle-ci chemine constamment dans la rainure. De la sorte, Messieurs, nos indications se trouvent parfaitement remplies. On peut tailler dans la cornée un petit lambeau sans avoir à redouter aucun des inconvénients auxquels expose l'usage du couteau de de Graefe.

Ce principe de la section de la cornée en deux temps et sur conducteur n'a encore été appliqué jusqu'ici que je sache par personne dans les cas d'extraction pure et simple; toutefois, Pourfour du Petit avait mis en usage une aiguille *rainée* absolument semblable à celle que je viens de vous montrer pour extraire un cristallin luxé dans la chambre antérieure.

L'instrument lui servit à deux fins : 1° à embrocher le cristallin et à le fixer près de la limite de la cornée et de l'iris; 2° à conduire la lancette avec laquelle il coupa la cornée.

Quant au couteau, nous avons essayé tout d'abord de le faire un peu moins large et de l'employer sans conducteur; la section était difficile, la manœuvre peu commode; il n'avait ni les avantages du couteau triangulaire ni ceux du couteau droit. Nous y avons renoncé depuis longtemps lorsque nous eûmes l'idée de recourir à l'aiguille rainée. Avec elle, l'usage du couteau est rendu simple et facile. J'espère, Messieurs, que ces instruments pourront rendre de véritables services à ceux

d'entre vous qui n'auront ni le temps ni l'occasion de faire une étude spéciale de la chirurgie oculaire. J'espère qu'ils vous donneront cette confiance en vous-mêmes, nécessaire pour pratiquer avec de grandes chances de succès l'extraction de la cataracte.

ONZIÈME LEÇON

DES CALCULS VÉSICAUX DES ADOLESCENTS

MESSIEURS,

Les deux époques extrêmes de la vie sont celles dans lesquelles se développent de préférence les calculs. Sous ce rapport comme sous beaucoup d'autres, il existe une frappante ressemblance entre la pathologie des enfants et celle des vieillards. Encore ne doit-on pas oublier que dans l'échelle de fréquence, c'est le jeune âge qui vient en première ligne. Sur 1256 calculeux, Proust a trouvé 300 enfants de moins de 10 ans. La proportion donnée par Gross, de Philadelphie, est de 2334 enfants de même âge sur 6042 cas (1). A partir de 10 ans, le nombre des calculeux décroît sensiblement jusqu'à 14 ans, puis la maladie devient tout à fait rare. Nous avons eu cette année, comme vous avez pu le voir, deux fois l'occasion d'opérer des jeunes gens pour des calculs volumineux de la vessie. Il me paraît bon, Messieurs, de rapprocher ces deux cas l'un de l'autre et d'étudier, en me servant des données qu'ils nous fourniront, les calculs de l'adolescence et de la jeunesse en général. La chose sera d'autant plus facile que malgré les simi-

(1) Voy. Giraldès, *Leçons sur les maladies chirurgicales des enfants.*