

confirmons, sans restriction aujourd'hui, l'opinion émise en 1857 par le congrès ophthalmologique de Bruxelles.

« Si par *cataracte* on entend l'opacité *spontanée* (ou survenue sous l'influence de causes dont l'action est jusqu'à présent restée inconnue) qui se produit plus ou moins rapidement dans la substance de la lentille cristalline, on peut répondre sans hésiter : Non, il n'existe, dans les annales de la science, aucun fait authentique, propre à démontrer qu'une cataracte ait jamais rétrogradé, ou se soit jamais arrêtée dans sa marche, sous l'influence d'un traitement médical quelconque. Si l'on applique la dénomination de *cataracte* aux opacités du cristallin qui sont la suite de lésions traumatiques, il existe des faits démontrant qu'un traitement antiphlogistique, institué avec énergie, est parvenu à arrêter le développement de ces opacités, à en empêcher la trop grande extension, ou même à les faire diminuer lorsqu'elles existaient déjà. Si enfin on étend le mot de *cataracte* aux opacités de la capsule, qui, dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire dans tous, ne sont que des dépôts consécutifs à une inflammation de l'iris ou de la membrane de l'humeur aqueuse, l'expérience a démontré que l'on peut souvent obtenir la disparition de l'opacité par l'emploi d'un traitement propre à ces dernières affections. »

Le TRAITEMENT CHIRURGICAL consiste à débarrasser la pupille de l'opacité qui empêche les rayons lumineux d'arriver à la rétine, soit en éloignant le cristallin de cette ouverture (*dépression*); soit en le retirant de l'œil (*extraction*), soit en le fragmentant (*broiement*); soit en lacérant la capsule, pour produire l'absorption de la substance lenticulaire (*discision de la capsule*). De là autant de méthodes qui trouveront leur description plus loin.

#### Indications et contre-indications de l'opération de la cataracte.

Pour que cette opération donne des chances de succès, il faut qu'elle soit faite dans certaines conditions locales et générales. L'existence d'autres circonstances la contre-indique formellement ou tout au moins en recule l'application.

On ne pratiquera pas l'opération, toutes les fois que l'œil cataracté est le siège d'un *travail phlegmasique* de quelqu'une des membranes : *kératite*, *iritis*, *hyperhémie chronique de la conjonctive*. L'*entropion*, le *trichiasis*, le *ptérygion* doivent être traités, avant qu'on songe à la cataracte. Si l'œil cataracté était indemne d'inflammation, et que l'autre œil fût enflammé, il serait rationnel de remettre l'opération après la guérison du dernier.

L'opération ne sera pas faite, s'il existe quelque altération grave de l'œil, telle qu'un *fungus médullaire de la rétine*, un *glaucome*, une *hydrophthalmie*, une *atrophie du globe*, une *affection générale* de l'économie; un état de *profonde débilité* pouvant amener des syncopes. L'existence de *quintes de toux*, de *vomissements*, sont des contre-indications formelles. On s'abstiendra aussi pendant la *grossesse*, l'*allaitement*, la période d'établissement et de cessation du *flux menstruel*.

La cataracte est accompagnée, pendant la première période de sa formation, de phénomènes qui annoncent une congestion rétinéo-choroïdienne.

Opérer pendant que ces symptômes existent, c'est courir les chances d'une phlegmasie grave; de là, le précepte, formulé par tous les auteurs, de n'opérer que lorsque la cataracte est arrivée à *maturité*, c'est-à-dire à un degré d'opacité tel, que le sujet ne distingue plus que la lumière des ténèbres, l'action hyperhémique des membranes profondes étant alors éteinte. Toutefois, comme les cataractes mettent communément plusieurs années pour arriver à cet état, et que pendant ce temps le sujet est privé de l'exercice de la vision, s'il s'agit d'un artisan, on est parfois contraint de se soustraire à la règle précédente.

La complication d'*amaurose* est une contre-indication à l'opération, qui ne procurerait en effet alors aucun bénéfice. Tant que le sujet distingue la lumière des ténèbres et l'ombre de la main que l'on fait passer devant l'œil, on est assuré que la rétine n'est pas anesthésiée. L'absence de ce signe est une forte présomption en faveur de l'*amaurose*, mais non une certitude absolue. Il en est de même de l'état d'immobilité ou de contractilité de la pupille. On interrogera les phosphènes dans les cas douteux.

L'existence de *synéchies postérieures* est généralement d'un mauvais augure, sous le rapport de la réussite de l'opération, parce qu'elles dénotent un travail inflammatoire antérieur que l'action chirurgicale peut réveiller. Les *opacités* de la cornée ne contre-indiquent pas l'opération, à moins qu'elles n'occupent la plus grande partie de cette membrane. Si la tache est à l'état de *néphélium*, on se comporte comme si elle n'existait pas; si elle se présente sous forme d'*albugo*, on associera l'opération de la cataracte à l'opération de la pupille artificielle.

La cataracte est parfois accompagnée de *strabisme*; l'expérience a appris qu'après l'opération de la cataracte, l'œil dévié se redresse parfois. Il n'est donc pas nécessaire de commencer par la strabotomie; celle-ci sera exécutée ultérieurement, si cela devient nécessaire.

L'*âge avancé* des malades, l'*ancienneté* de la cataracte ne contre-indiquent pas l'opération. Autrefois on choisissait de préférence le *printemps* et l'*automne* pour opérer. La plupart des praticiens se sont écartés de cette règle, et opèrent à toutes les époques de l'année, pourvu que le sujet soit bien portant, qu'il puisse être placé dans de bonnes conditions hygiéniques et qu'il ne règne aucune constitution médicale défavorable. Toutefois, la nécessité de tenir le malade au lit, pendant plusieurs jours après l'opération, porte le chirurgien à s'abstenir dans les temps *très-chauds* et *très-froids*.

**Lorsqu'un seul œil est cataracté, et que l'autre est sain, faut-il opérer?** Boyer, Jüngken, Rosas, etc., se prononcent pour la négative. Jæger, Riberi, Travers, Deval, A. Bérard, etc., sont pour l'affirmative. Nous partageons cette dernière opinion, et nous nous y conformons dans notre pratique. Les arguments invoqués en faveur de l'opération *remise* sont faciles à réfuter : c'est une erreur de croire que lorsqu'on fait l'opération sur un seul œil, ce dernier devient consécutivement strabique, à cause du degré inégal de réfraction des deux yeux; un verre à cataracte placé devant l'œil opéré rétablit l'égalité de réfraction dans les deux organes. C'est

une véritable hérésie chirurgicale, d'admettre que l'opération expose à l'inflammation, non-seulement l'œil opéré, mais encore l'œil sain. On a dit aussi, qu'en opérant successivement les deux yeux, il arrive souvent que l'inflammation se développant chaque fois, après l'action chirurgicale, les deux organes sont perdus; tandis qu'en opérant les deux yeux dans la même séance, s'il se développe des accidents inflammatoires, ils ont généralement moins d'intensité d'un côté, et on peut au moins sauver un œil. C'est encore là une considération purement théorique. Nous avons opéré les deux yeux dans la même séance, et les deux yeux ont été détruits par un phlegmon. Nous en avons opéré à des intervalles de plusieurs mois, et l'une des opérations réussissait, tandis que l'autre échouait par l'inflammation.

Un autre argument en faveur de l'opération pratiquée sur un seul œil, c'est qu'en retardant l'action chirurgicale, une cataracte primitivement *lenticulaire* devient *capsulo-lenticulaire*. Or l'opération offre moins de chances de succès dans la seconde espèce que dans la première, en raison des difficultés de débarrasser la pupille des opacités capsulaires, et de la vulnération plus grande de l'œil par l'introduction répétée de la curette.

**Faut-il opérer les deux yeux cataractés le même jour?** Demours, Dupuytren, Scarpa, Serres, attendent le rétablissement d'un œil, avant d'opérer le second. Boyer, Delpech, Forlenza, Jæger, Rosas, Roux, Wenzel, opèrent les deux yeux dans la même séance. Nous nous sommes toujours rallié à cette dernière pratique; persuadé qu'une opération *double* ou *simple* n'a pas sur le développement de l'inflammation consécutive l'influence qui lui est attribuée par les partisans de l'une et l'autre opinion; que s'il y en a une, elle est plutôt en faveur de l'opération simultanée. En effet, ce qui compromet le succès des opérations de cataracte, c'est l'inflammation; admettez qu'on échoue par ce terrible accident, dans un quart ou un tiers des cas, il tombe sous le sens que si on opère les deux yeux simultanément, on aura plus de chances de réussite absolue que si on n'en opère qu'un seul. Bien qu'il y en ait des exemples, que j'en aie eu dans ma propre pratique, de deux yeux opérés le même jour, et détruits par l'inflammation consécutive, il faut pourtant convenir que ces résultats sont exceptionnels.

L'opération faite dans une seule séance, sur les deux yeux, a un avantage qui ressort bien de ce qui se passe chez les sujets que l'on opère à un intervalle de plusieurs mois ou de quelques années, par suite du degré inégal de maturité des cataractes. Constamment j'ai observé, dans ces derniers cas, que ceux qui avaient supporté avec le plus de patience et le plus de résignation la première tentative opératoire étaient très-émus et parfois très-indociles à la seconde tentative.

**Traitement préparatoire.** Autrefois on faisait subir aux malades un traitement préparatoire consistant en saignées, purgatifs, pédiluves, application d'un vésicatoire volant à la nuque le jour même de l'opération. Tous ces moyens sont tombés en désuétude, parce qu'on est bien convaincu aujourd'hui qu'ils n'ont aucune influence sur les résultats de l'action opéra-

toire. Un traitement médical n'est vraiment utile, qu'autant qu'il existe quelque affection générale qui pourrait prédisposer à une phlegmasie de l'œil. Quelle que soit la méthode que l'on mette en usage, il y a avantage à dilater la pupille par l'instillation de l'atropine, avant d'introduire l'instrument; on se met ainsi à l'abri des blessures de l'iris. Pendant qu'on opère un œil, on ferme l'autre, en faisant rapprocher les paupières par les doigts d'un aide. La position respective du malade et du chirurgien sera indiquée avec chaque méthode en particulier.

**Méthodes et procédés.** L'opération de la cataracte s'exécute de diverses manières: tantôt on démasque la pupille, en portant le cristallin dans une autre partie de l'œil; c'est la méthode de la *dépression*. L'action chirurgicale s'exerce par la sclérotique ou par la cornée; de là deux sous-méthodes: dépression par *scléroticonyxis* ou par *kératonyxis*. Tantôt on enlève le cristallin; c'est la méthode de l'*extraction*, qui peut être exécutée à travers la sclérotique (*extraction scléroticale*), mais que presque toujours on pratique à travers la cornée (*extraction cornéale*). En agissant par la cornée, on peut tailler, aux dépens de cette membrane, un lambeau dont la base ou le sommet sont tournés en sens divers, ou faire une simple plaie linéaire. De là un certain nombre de procédés qui prennent leur nom de la direction du lambeau: *kératotomie supérieure*; *kératotomie oblique externe inférieure*; *kératotomie inférieure*; *kératotomie oblique supérieure et interne*; *kératotomie linéaire*. Dans d'autres cas, on fragmente le cristallin, tout en le laissant en place; c'est la méthode du *broiement*. On espère, en agissant de la sorte, que les diverses portions de la lentille divisée seront résorbées. C'est encore sur ce dernier résultat que l'on compte, en ouvrant simplement la *capsule* du cristallin, méthode de *discision*. Enfin quelques chirurgiens ont pensé que, dans les cataractes liquides, il est possible d'*aspirer* la substance liquéfiée du cristallin, au moyen d'un instrument particulier porté jusque sur cet organe: méthode d'*aspiration* ou de *succion*.

Le tableau suivant résume les diverses méthodes et leurs procédés.

Dépression..	{ Par la sclérotique..	{ Scléroticonyxis. Méthode sous-conjonctivale.
	{ Par la cornée.....	{ Kératonyxis. Kératonyxis par élévation du cristallin.
Extraction..	{ Par la sclérotique..	{ Scléroticotomie.
	{ Par la cornée ou kéra- totomie.....	{ Kératotomie supérieure. Kératotomie oblique externe inférieure. Kératotomie inférieure. Kératotomie oblique supérieure et interne. Kératotomie linéaire. Kératotomie kystotritie.
Broiement..	{ Par scléroticonyxis. Par kératonyxis.	
Discision de la capsule.	{ Par scléroticonyxis. Par kératonyxis.	
Aspiration ou succion.		