

maintenu par un aide ; d'autres aides écartent les paupières avec des éleveurs pleins de petites dimensions. L'enfant est-il plus âgé, on le couche également sur la planche, et on le fixe solidement par des tours d'une bande dont on multiplie les circulaires au niveau des coudes et des genoux. Quelques chirurgiens, afin de se débarrasser complètement des mouvements du petit opéré, emploient le chloroforme. C'est une pratique à rejeter, parce qu'elle force le chirurgien à distraire une partie de son attention sur les effets produits par l'agent anesthésique qu'il faut surveiller.

**Méthodes opératoires.** Elles diffèrent suivant la consistance de la cataracte, l'étendue de l'opacité. 1° Lorsque la cataracte est liquide ou très-molle, il est préférable de pratiquer la *discision de la capsule par kérationyxis* (p. 149). Si l'absorption du cristallin se fait trop longtemps attendre, on recommence l'opération, soit par la cornée, soit par la sclérotique. 2° Lorsque la cataracte est plus consistante, il est préférable de la *broyer*, par kérationyxis ou scléroticonyxis (p. 146). 3° Les cataractes congénitales qu'on opère à une époque plus avancée de la vie, vers l'âge de huit à neuf ans, peuvent être traitées par extraction. La *kératotomie linéaire* (p. 144) est préférable dans ces cas. 4° Lorsqu'on opère une cataracte *congénitale* chez l'adulte, il arrive souvent, comme nous l'avons dit, que la lentille est complètement résorbée ; la capsule est plus dense, serrée, coriace, et ne se laisse pas entamer par l'aiguille. De plus, chez quelques sujets, il y a des adhérences entre la capsule et l'iris. Dans les cas de ce genre, Hégésippe Duval procède à l'extraction de la façon suivante : après avoir taillé un lambeau de la cornée, il saisit avec une pince à branches effilées la cristalloïde antérieure et attire au dehors tout l'appareil cristallinien. G. Critchett se sert, dans le même but, d'une pince à canule ou serretête

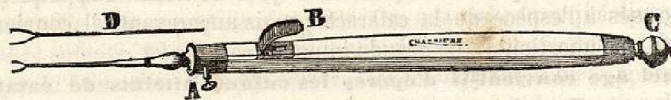


Fig. 195.

(fig. 195). 5° Lorsqu'il existe une *cataracte centrale*, c'est-à-dire que la portion périphérique du cristallin est restée transparente, Græfe, Pagenstecher et G. Critchett préfèrent conduire la pupille au-devant de la portion du cristallin demeurée transparente, c'est-à-dire établir une pupille artificielle.

#### CATARACTES SECONDAIRES.

On donne le nom de *cataractes secondaires* aux opacités qui se forment derrière la pupille après une opération de cataracte.

On en admet cinq espèces : la lenticulaire, la capsulaire ou membraneuse, la capsulo-lenticulaire, la fausse et la mixte. La cataracte *secondaire fausse* n'est autre qu'un exsudat plastique ou albumineux qui remplit la

pupille, et qui est le résultat d'une iritis développée après l'opération de la cataracte. Elle présente tous les caractères que nous avons décrits dans l'article *Fausses membranes pupillaires* (p. 69).

1° **Cataracte lenticulaire secondaire.** Elle résulte parfois de la réabsorption d'un cristallin cataracté, éloigné du champ visuel dans l'opération de l'abaissement ; ou bien encore, de la persistance de portions opacifiées de la substance corticale, après une extraction incomplète. C'est par un abus de langage que, selon nous, ces dernières opacités sont appelées *cataractes secondaires*. Toutefois, dans la pratique, il importe d'en tenir compte, parce qu'elles motivent des indications particulières.

2° **Cataracte capsulaire secondaire.** On ne doit considérer comme telle que l'*opacité* qui se montre dans une capsule *transparente* au moment de l'opération par abaissement, par extraction ou par discision. Envisagée de la sorte, la cataracte membraneuse secondaire est rare ; le plus souvent, l'opacité est constituée à la fois par la capsule et des débris de substance corticale qui se sont soudés avec elle. La cataracte membraneuse secondaire rentre donc dans la variété suivante.

3° **Cataracte capsulo-lenticulaire secondaire.** C'est l'espèce la plus commune, selon nous. La pupille est occupée par une sorte de toile blanche ou grisâtre, ou bien encore parsemée de parties d'un blanc chatoyant, assez souvent percée de très-petites lacunes. Dans quelques cas, la pupille n'est pas adhérente ; le plus souvent, il existe des adhérences entre le petit cercle de l'iris et l'opacité. Chez d'autres sujets, comme Scarpa l'a bien décrit, on aperçoit de petits flocons membraneux suspendus dans la chambre postérieure, au delà de la pupille ; de petits lambeaux triangulaires à base adhérente à la zone ciliaire, à sommet prolongé vers la pupille ; des amas de débris membraneux rassemblés dans la chambre antérieure au niveau de la pupille. Il n'est pas rare de rencontrer, après les opérations de cataracte par extraction, le centre de la pupille très-net et permettant l'exercice parfait de la vision, pendant qu'à la périphérie existe une opacité avec les caractères que nous venons d'indiquer.

4° **Cataracte secondaire mixte.** C'est une cataracte *capsulo-lenticulaire secondaire*, à laquelle s'ajoute une fausse membrane pupillaire, suite d'iritis.

**Causes.** On a vu précédemment (p. 93), qu'après les blessures de la cristalloïde antérieure, il se produit des opacités capsulaires ou capsulo-cristalliniennes. Les opérations de cataracte sont des blessures volontaires de l'appareil cristallinien. Il n'y a donc rien d'étonnant, lorsque la capsule est restée intacte en partie ou en totalité, comme cela se voit parfois dans l'abaissement et l'extraction, lorsque des portions de substance corticale sont restées accolées à la capsule, que toutes ces portions s'opacifient ; seulement, dans l'un et l'autre cas, la cause intime de l'opacification nous échappe. On a invoqué l'inflammation de la capsule sous l'influence du traumatisme ; mais rien n'est moins démontré que l'existence de la *capsulite* ; tout ce qu'on a décrit sous ce nom se rapporte à l'iritis. Deval explique la cataracte secondaire par le marasme, le défaut de nutrition des



vestiges de la capsule devenus plus épais, plus compactes, plus ou moins adhérents par des productions plastiques venant des parties voisines. Cette interprétation ne saurait s'appliquer aux opacités traumatiques accidentelles qui surviennent parfois avec une rapidité étonnante (p. 93). Il nous semble plus rationnel d'admettre que l'opacité est la conséquence de l'action exercée sur l'appareil cristallinien lésé par l'humeur aqueuse.

**Marche. Terminaisons.** Abandonnées à elles-mêmes, les cataractes secondaires persistent communément, et la vision demeure plus ou moins troublée, selon l'épaisseur et l'étendue de l'opacité. Il est rare que ces opacités se déplacent spontanément, ainsi que Gosselin en a observé un exemple.

**Traitement.** Il varie suivant l'espèce de cataracte secondaire. Lorsque l'opacité est partielle, qu'il existe une pupille, même petite ; lorsque l'opacité est formée par les débris de la substance corticale, on est en droit d'espérer une résorption graduelle, mais lente, des portions opacifiées. Maintenir la pupille dilatée par des instillations d'atropine, exciter la vitalité de l'œil par des collyres ou des pommades au nitrate d'argent, sont les seules indications à remplir. J'ai vu des opacités de ce genre se résorber après plusieurs mois du traitement précédent exécuté avec méthode. On alterne les instillations d'atropine et de solution de nitrate d'argent.

La cataracte secondaire est-elle assez étendue pour masquer entièrement la pupille, et celle-ci est-elle adhérente à l'opacité, il y a peu à compter sur les effets de la médication précédente, et on est contraint d'en venir à des moyens chirurgicaux : l'abaissement ou la déchirure de l'opacité, l'extraction, l'établissement d'une pupille artificielle.

**Abaissement.** Il se pratique par *sclecticonyxis*. Tous les chirurgiens qui ont mis cette méthode en usage savent les difficultés qu'on rencontre à accomplir les manœuvres, même en se servant d'une aiguille courbe. Les opacités qu'il faut déplacer sont tellement minces, si peu résistantes, qu'elles n'offrent pas de prise à la pointe de l'instrument, et elles sont à peine écartées du champ visuel, qu'elles reprennent leur place primitive.

**Extraction.** Elle peut être faite par la cornée ou par la sclérotique. L'extraction cornéale *linéaire* compte pour partisan Hégésippe Duval, qui recommande de diviser d'abord la capsule opaque avec l'érigne de Wenzel, puis de la saisir avec les pinces de Blœmer ou de Maunoir.

L'extraction scléroticale est généralement préférée aujourd'hui. Nous avons décrit précédemment (p. 128) le procédé de Stœber. Qu'il nous suffise de rappeler, qu'on éprouve parfois de grandes difficultés à saisir l'opacité pour l'entraîner au dehors, qu'elle s'échappe souvent entre les mors de l'instrument. Les docteurs Leport et Vauquelin ont imaginé une pince qui est utile dans les cas de ce genre ; chaque branche de l'instrument aboutit à une palette ; l'une des palettes est armée de six dents, l'autre est forée de six trous qui reçoivent les arêtes de la plaque opposée. L'opacité est ainsi saisie par une large surface, et si elle a trop de mollesse pour pouvoir être fixée par l'instrument, celui-ci produit au moins une perte de substance de la grandeur des palettes.

S. Furnari a proposé de se servir d'une *aiguille-pince*. L'instrument est introduit fermé dans l'œil ; il s'ouvre dans l'intérieur de l'organe pour saisir la cataracte et l'entraîner au dehors. Wilde (de Dublin) a fait subir à la serretète (fig. 194, p. 150) une modification qui permet de s'en servir comme d'une pince et comme d'un instrument coupant, de façon qu'on peut à volonté diviser la cataracte en plusieurs fragments ou la saisir pour l'entraîner au dehors. Cet instrument est appelé *ciseaux à canule* ou *ciseaux-aiguille*.

**Pupille artificielle.** Cette opération ne nous semble pas applicable aux cataractes secondaires, à moins qu'il ne s'agisse d'une *cataracte secondaire fausse*, c'est-à-dire d'une fausse membrane pupillaire. Si on excise une portion d'iris pour une cataracte secondaire proprement dite, on risque de trouver derrière la brèche une opacité qu'il faudra traiter de nouveau par l'une des méthodes précédentes.

## CHAPITRE VI.

### CHOLESTÉRIE DE L'APPAREIL CRISTALLINIER.

Les cristaux de cholestérine ont été rencontrés dans diverses espèces de cataracte. Les premières observations de *spinhéropie* de l'œil, dues à Jacob (de Dublin), étaient des faits de ce genre. Les cristaux de cholestérine occupent tantôt la lentille (Schmidt), tantôt la cavité de la capsule cristalline (Sichel), tantôt la surface de cette capsule (Guensburg).

## SECTION XVI.

### MALADIES DU CORPS VITRÉ.

## CHAPITRE I.

### ANOMALIES DU CORPS VITRÉ.

Au lieu d'offrir une certaine viscosité, l'humeur vitrée est parfois ramollie, sans que la masse ait augmenté de volume (*synchisis* congénital). D'autres fois, en même temps que l'humeur vitrée s'est liquéfiée, elle a augmenté de quantité : c'est l'*hydrophthalmie postérieure* ou *hydropisie* du corps vitré, coïncidant le plus souvent avec une hydrophthalmie de la