

vingt-deux ans environ, et de l'œil gauche depuis seize ans. Son œil droit, atteint de cataracte, fut opéré il y a dix-huit ans par M. le professeur Roux ; la vue rétablie pendant quelques mois, disparut peu à peu et ne revint jamais depuis. Un an après, la vue de l'œil gauche, faible déjà depuis longtemps, s'éteignit à son tour, et la malade, après avoir consulté un grand nombre de médecins, demeura aveugle jusqu'au 18 avril 1846, jour où elle sortit guérie de ma clinique.

Mon examen, fait pour la première fois le 15 octobre 1845, constate que les yeux sont dans les conditions suivantes :

Œil droit. — Il a le même volume et la même consistance qu'à l'état normal ; aucune membrane n'est injectée. La sclérotique et la cornée sont saines. L'iris est décoloré dans toute sa surface ; il a une couleur grisâtre sale, comme cela se remarque après les iritis chroniques. La pupille, libre dans toute son étendue, est complètement immobile ; le fond de l'œil est noir ; on ne voit aucun débris de la cataracte autrefois opérée par M. Roux. La vision est si complètement éteinte de ce côté, que la malade n'a aucune conscience de la lumière solaire.

Œil gauche. — Il présente de même son volume et sa consistance ordinaires ; lorsqu'on l'examine, il s'injecte avec une extrême facilité. La conjonctive est un peu rouge et offre quelques granulations ; la sclérotique et la cornée sont saines : la première rougit beaucoup quand la malade se place dans un jour un peu vif. L'iris est décoloré, de teinte sale, comme dans l'œil droit. La pupille, déformée, immobile, est fixée sur la capsule par de nombreuses bandelettes fibro-albumineuses (*synéchie postérieure*), de couleur blanchâtre tirant sur le gris. En bas et en dehors seulement, dans l'étendue de 2 millimètres, la marge iridienne a conservé sa liberté. La capsule est saine, à part les endroits où elle est adhérente à l'iris. Le cristallin est opaque (cataracte lenticulaire molle) de couleur blanc bleuâtre, et présente quelques stries convergeant vers le milieu de sa face antérieure. La vue est nulle ; la malade ne peut pas se conduire ; elle a conservé de ce côté la plus grande sensibilité à la lumière, et paraît en être affectée désagréablement.

L'opération par *extraction* présentant ici de grandes difficultés, puisqu'il faudrait, après avoir taillé le lambeau de la cornée, exciser une à une les brides attachant la capsule à l'iris, et peut-être même diviser cette dernière membrane depuis ses

attaches ciliaires jusqu'à la pupille, je ne m'y arrête point. Une opération si laborieuse sur un œil depuis tant d'années malade, pourrait-elle ne pas être suivie des plus graves accidents (1) ? *L'abaissement* offre-t-il plus de chances ? Sera-t-il possible de diviser avec l'aiguille des adhérences si anciennes et si nombreuses ? En admettant qu'on y parvienne, le cristallin déchatonné, jouant le rôle de corps étranger, ne réveillera-t-il pas l'inflammation interne qui a duré si longtemps, et l'œil opéré de cette manière ne sera-t-il pas frappé d'une amaurose complète et incurable, comme cela est arrivé pour l'œil droit ?

Il était évidemment impossible de ne pas redouter ces accidents ; aussi je me décidai à pratiquer la dilacération de la capsule d'après le procédé décrit plus haut.

Pendant huit jours les choses allèrent au mieux : l'œil était rouge, mais ne présentait point d'inflammation sérieuse, lorsque la malade se plaignit tout à coup de douleurs très vives partant du fond de l'orbite et s'irradiant vers le sourcil. Il y avait là évidemment tous les signes d'une violente ophthalmie interne au début. Ne voulant pas me reposer sur l'efficacité des saignées générales et locales, je prends le couteau lancéolaire et j'entr'ouvre la plaie encore mal réunie de la sclérotique. Il y a un soulagement marqué, et l'inflammation cède aussitôt, à ce point qu'après une demi-heure les douleurs ont complètement disparu. A partir de ce moment il ne survint plus d'accidents sérieux, et le cristallin se résorba en totalité, de sorte qu'à la partie inférieure interne de la pupille il y eut une très petite ouverture qui permettait de voir le fond de l'œil. Le 12 mars 1846, quatre mois après la dilacération de la capsule, la malade voyait de grands objets, mais ne pouvait passer conduire, la pupille étant et devant demeurer trop petite. Je lui conseillai, pour ce motif, d'entrer de nouveau à ma clinique, et le 23 mars je pratiquai en bas et en dehors une large pupille artificielle par excision. Après quelques signes d'inflammation que je fis disparaître par une saignée générale et par l'application d'une ventouse scarifiée à la tempe, la malade sortit guérie le 18 avril. Au bout de seize années de cécité complète, elle pouvait se conduire seule avec des verres biconvexes n° 9, et même

(1) L'expérience de ces dix dernières années m'a démontré que l'extraction avec excision de l'iris est bien préférable, surtout quand les yeux ont longtemps souffert d'ophthalmies (v. *Opérations des cataractes adhérentes*).

lire et coudre avec des lunettes biconvexes n° 2. J'ai revu cette malade en décembre 1846, sept mois après l'opération : la vision était toujours très bonne (1).

OBSERVATION DEUXIÈME. — *Amblyopie double, ancienne, suite d'une inflammation chronique des membranes internes. — Cataracte lenticulaire se développant et devenant complète en trois jours. — Discision de la capsule gauche. — Résorption du cristallin en quarante et un jours. — Paracentèse de l'œil pratiquée deux fois par la sclérotique. — Discision de la capsule droite. — Résorption du cristallin en deux mois. — Cataracte capsulaire secondaire partielle. — Rétablissement de la vision dans l'œil gauche.*

Guillou, âgé de trente-six ans, menuisier, demeurant à Paris, rue de la Monnaie, 6, m'est adressé par M. le professeur Guépin, de Nantes, avec la lettre suivante : « Mon cher confrère, je vous adresse pour votre dispensaire le nommé Guillou, menuisier, amaurotique, que j'ai ainsi soigné :

» Au début, ventouses scarifiées sur le cou et purgatifs répétés.

» La congestion cérébrale diminuée, vésicatoires ammoniacaux sur le cuir chevelu à peu près tous les deux jours, et un à deux purgatifs par semaine.

» Ce traitement ayant épuisé sa vertu, j'ai eu recours aux inoculations de sulfate de strychnine, qui ont donné de très bons résultats pendant près d'un mois. Alors le sulfate de strychnine et les vésicatoires ammoniacaux paraissant inertes, j'ai cautérisé la cornée tous les deux ou trois jours, ce qui a donné d'excellents résultats. Guillou a été à peu près aveugle, il y a eu des jours où il ne voyait pas à se conduire (26 août 1844). »

Lorsque j'examinai ce malade pour la première fois, le 31 août 1844, il portait tous les signes de l'amblyopie chronique. La choroïde des deux côtés était malade, ainsi que l'attestaient la coloration bleuâtre de la sclérotique et de gros vaisseaux variqueux, rampant dans le tissu cellulaire sous-conjonctival. L'iris, saillant en avant, offrait une décoloration manifeste ; la pupille était immobile et complètement adhérente à la capsule. Le fond de l'œil était noir, sauf pendant les exaspérations de l'inflammation interne, qui portait plus spécialement sur toutes les mem-

(1) Un an plus tard cet œil soumis à une opération fut atteint de phlegmon.

branes séreuses, et en particulier sur celle de l'humeur aqueuse et sur la capsule antérieure. Les deux yeux présentaient exactement les mêmes symptômes anatomiques et physiologiques. La vue était très mauvaise des deux côtés ; tantôt le malade voyait assez pour se conduire, tantôt il était complètement aveugle. Neuf mois se passèrent ainsi, sans qu'il y eût autre chose qu'une légère amélioration, qui se soutint plus longtemps que celles qui avaient précédé, et j'espérais que la disparition de l'inflammation permettrait à la vision de s'exercer, lorsque, le 18 juin 1846, le malade, que j'avais vu la veille, vint m'apprendre qu'il ne voyait presque plus de l'œil gauche. Je l'examinai attentivement, et je reconnus que les couches corticales postérieures du cristallin étaient devenues opaques. Le lendemain la surface antérieure de la lentille avait perdu sa transparence, et le surlendemain (20 juin) la cataracte était complète. Craignant que même chose n'arrivât à l'œil droit, j'admis le malade à ma clinique, et je l'opérai le 23 juin. Ici, comme dans le cas précédent, l'extraction et l'abaissement étaient également dangereux (voy. la note au bas de la p. 319) ; je me bornai donc à la dilacération de la capsule par le procédé décrit plus haut (voy. page 316).

Dans cette observation, de même encore que dans celle de mademoiselle Gengel, le huitième jour (1^{er} juillet) le malade fut pris de douleurs si vives, que l'infirmier vint aussitôt me prévenir. L'opéré était assis sur son lit, tenant sa tête entre ses mains, et poussant des gémissements. L'œil, jusque-là dans les meilleures conditions, était devenu fort rouge et larmoyant ; la sclérotique surtout était injectée ; les douleurs ne dataient que de deux heures. La paracentèse de l'œil me paraissant indiquée, je rouvris la plaie de la sclérotique avec un couteau à cataracte, et donnai issue à l'humeur vitrée. Le soulagement fut immédiat et dura trois jours ; mais après ce temps des douleurs ayant reparu avec l'inflammation, la paracentèse fut pratiquée une seconde fois. A partir de ce moment la résorption du cristallin se fit avec régularité, et le quarante et unième jour après la dilacération de la capsule, la vision était devenue assez bonne pour que Guillou pût se conduire avec cet œil.

Une cataracte s'étant développée plus tard dans l'œil droit, et étant devenue complète aussi en trois jours, la discision de la capsule fut pratiquée, et le cristallin se résorba après deux mois ; mais il survint une cataracte capsulaire secondaire partielle, qui

empêche encore aujourd'hui (1^{er} décembre 1846) le malade de voir de cet œil. (Guillou est mort en 1847).

TRAITEMENT APRÈS L'ABAISSEMENT, LE BROIEMENT DE LA CATARACTE ET LA DISCISION DE LA CAPSULE, SOIT PAR LA SCLÉROTIQUE, SOIT PAR LA CORNÉE. — Lorsque le malade est couché la tête haute, et que, si l'on n'a pas à craindre de douleurs rhumatismales, des compresses froides ont été appliquées sur ses yeux, comme nous l'avons dit plus haut en parlant du pansement, il doit demeurer dans l'immobilité la plus complète. Autant que possible, une seule personne se tiendra auprès de lui, afin d'éviter les causeries qui pourraient l'agiter, ou au moins tenir son attention éveillée. Si l'opéré est vigoureux, et que vers la quatrième ou la cinquième heure une sensation de chaleur incommode se fasse sentir dans l'organe, on pratiquera une large saignée, et l'on donnera douze à quinze gouttes de laudanum de Rousseau, dans une potion ou dans un peu d'eau sucrée. Quelques chirurgiens, à l'imitation de Guthrie, saignent toujours le malade immédiatement après l'opération; nous ne pensons pas que cet exemple doive être suivi dans tous les cas.

La chambre de l'opéré sera grande, bien aérée; on veillera à ce qu'il n'y ait point de courant d'air: les rideaux du lit ne sont point absolument nécessaires; dans l'été il vaut même mieux les faire enlever, pour que l'opéré soit le moins possible tourmenté par la chaleur. Cette chambre sera médiocrement éclairée; il est pour le moins inutile qu'elle soit absolument sombre. Du papier bleu collé sur les vitres, les persiennes étant laissées ouvertes, produira une obscurité suffisante.

Vers la sixième ou la septième heure environ après l'opération, surviennent quelquefois les vomissements dont nous avons parlé. On les calme, soit en administrant au malade quelques gouttes de laudanum dans un peu d'eau sucrée ou en lavement, soit en prescrivant la potion de Rivière, de l'eau gazeuse convenablement sucrée ou des antispasmodiques. Delarue conseille de faire des frictions sur la région épigastrique avec de la pommade ammoniacale (1); selon lui, elles feraient cesser l'accident qui nous occupe, aussitôt qu'une rubéfaction convenable aurait été obtenue. C'est un moyen que je n'ai pas encore expérimenté. Les vomissements

(1) Delarue, *Cours complet des maladies des yeux*, janvier 1820, p. 290.

disparaissent ordinairement après quelques heures. Pendant leur durée, on pourra faire glacer les quelques boissons acidulées qu'on prescrira dans les premières vingt-quatre heures.

Vingt-quatre ou trente-six heures après l'opération, on cessera les applications d'eau froide; un linge fin, simple, attaché au bonnet du malade, s'abaissera devant les yeux. Si la conjonctive et la sclérotique sont très injectées, et que des larmes brûlantes s'échappent des paupières, la saignée générale est indiquée. En même temps des frictions avec parties égales d'onguent napolitain et d'extrait de belladone seront faites toutes les heures autour du front et de l'orbite. Le calomel uni à l'opium sera administré selon la formule suivante :

Calomel	60 centigr.
Opium en poudre	20 —
Sucre pulvérisé	q. s.

Divisez en six paquets.

Le malade en prendra un paquet de trois en trois heures, pendant le jour.

Le chirurgien ne s'abstiendra point d'examiner l'œil opéré; pourtant il le fera avec mesure, et après avoir ordonné au malade de le tenir ouvert un instant à une lumière très modérée. Je n'ai jamais vu que cela occasionnât une inflammation plus forte. On continue le traitement antiphlogistique pendant tout le temps qu'il est nécessaire, comme si l'on avait affaire à une inflammation interne de l'œil, compliquée ou non de la phlogose des membranes externes. (Voyez *Iritis*, *Chémosis*, etc.)

Lorsque des douleurs très fortes accompagnent le début d'une violente ophthalmie interne, survenue immédiatement ou quelque temps après l'opération, si le malade est en proie à une vive agitation et que l'œil soit en danger, il y a un grand avantage à recourir promptement à la paracentèse de l'organe. On peut la pratiquer sur la sclérotique ou sur la cornée: dans le premier cas, on se sert d'un couteau lancéolaire assez large, ou tout simplement d'un couteau à cataracte; dans le second, il suffit d'avoir une aiguille à cataracte à lance très étroite (*Consultez les deux observations rapportées plus haut*, p. 317 et suivantes.) Lorsqu'on a fait sortir l'humeur aqueuse ou l'humeur vitrée, le malade, débarrassé à l'instant même de ses douleurs, recouvre la tranquillité, et l'œil, pâlisant peu à peu, semble devoir être bientôt guéri. Cependant,

dans la plupart des cas, l'inflammation n'est point éteinte par une seule ponction, et l'on doit en pratiquer une seconde, une troisième, une quatrième, au besoin, tout aussitôt que les signes de la phlogose reparaissent. D'ordinaire, après chaque ponction, il s'écoule trente-six à quarante-huit heures avant la réapparition des douleurs aiguës et des autres symptômes de l'ophthalmie interne. Pour que la paracentèse de l'œil après l'opération produise tout son effet, il est indispensable que le chirurgien l'emploie de bonne heure, autrement elle ne servirait plus qu'à soulager les douleurs, et nullement à conserver la vision. C'est surtout après le broiement qu'elle me paraît indiquée ; je suis convaincu, par de nombreuses observations, que c'est le meilleur moyen de hâter la disparition du cristallin par résorption, et cela s'explique par ce fait que l'humeur aqueuse hypersaturée de molécules cristalliniennes, est remplacée après la paracentèse par une sécrétion d'humeur nouvelle. Dans l'intervalle des ponctions, il est bon, mais non pas toujours indispensable, d'appliquer un énergique traitement antiphlogistique.

Si, après l'abaissement, le broiement ou la discision de la capsule, les choses se passent convenablement, le malade peut, au bout de vingt-quatre heures, quitter le lit, et se tenir assis dans un fauteuil. Autant que possible on le fera passer dans une pièce voisine, en lui recommandant de traîner les pieds à terre pour éviter toute secousse, et il y restera pendant le temps que l'on fera son lit et que l'on nettoiera sa chambre, où il ne reviendra que lorsqu'on en aura renouvelé l'air, et que la poussière en aura complètement disparu. Dès le lendemain de l'opération, la nourriture se composera de potages en suffisante quantité, et elle deviendra plus abondante de jour en jour. Dans les premiers temps on donnera de préférence des aliments qui n'exigeront point de mastication.

Jusqu'au cinquième ou au sixième jour, l'œil sera surveillé avec soin après l'abaissement, surtout si la cataracte est molle à sa surface ; il n'est pas rare qu'à ce moment des phénomènes de réaction apparaissent par suite du gonflement de la lentille dans l'humeur aqueuse, après son immersion au fond de la coque oculaire. Pour la même cause il est assez commun de la voir alors remonter jusqu'à un certain point dans la pupille. Dans ces cas, le chirurgien, de peur de voir l'inflammation s'élever trop haut, prescrira un traitement antiphlogistique sévère, et, au besoin,

aura recours à la paracentèse oculaire. On surveillera aussi très attentivement, pendant cinq ou six jours, l'œil opéré par broiement ou par discision de la capsule.

Si au huitième jour il n'y a point eu d'accident, il est rare qu'il en survienne ; c'est alors qu'on laisse pénétrer un peu de lumière dans la chambre, que l'on accorde au malade de s'y promener, à la condition qu'il n'imprimera point de secousses à sa tête, et que des aliments plus nourrissants lui seront permis. Après le quinzième jour, en admettant qu'il n'y ait point eu de réaction, il peut demeurer dans une chambre assez bien éclairée, pourvu qu'il s'y tienne le dos tourné à la fenêtre. D'ailleurs, si la lumière était trop vive, il s'en plaindrait lui-même, l'œil s'injecterait, et il serait toujours facile d'en modérer l'intensité. Après trois semaines ou un mois, s'il n'y a aucun accident, le malade peut sortir, en ayant le soin de porter des lunettes bleues, sans numéro, et complètement entourées de taffetas noir. Ce n'est que plus tard, vers le deuxième ou le troisième mois, qu'il prendra des verres biconvexes (voyez *Lunettes*).

Opération de la cataracte par succion ou aspiration.

Cette opération, connue dans l'antiquité, a été proposée de nouveau et exécutée par M. Laugier, professeur à la Faculté de Paris, en septembre 1847.

L'opération consiste à introduire dans l'œil une aiguille creuse, en forme de pompe, à piquer la cataracte, et, par un mécanisme que contient l'instrument, à faire passer dans celui-ci, en faisant le vide, toutes les parties liquides contenues dans la capsule du cristallin.

La manœuvre est des plus simples. Le chirurgien introduit l'aiguille dans l'œil, comme dans la scléroticonyxie et en dirige la pointe dans le cristallin en traversant la capsule postérieure. Ensuite, en pressant sur une détente, il fait le vide dans le tube qui sert de manche à l'aiguille. Si la cataracte est complètement liquide, elle disparaît à l'instant, et, en moins d'une seconde, la pupille reprend sa couleur, et la vue est rendue au malade.

Telle est du moins la théorie de l'opération qui certes a quelque chose de très séduisant ; malheureusement la pratique est bien différente. Introduire l'aiguille jusque dans le centre de la lentille est très facile, mais faire disparaître la cataracte l'est beaucoup

moins. Cela tient à ce que la cataracte liquide est fort rare et que, quand on en trouve un cas chez un sujet de plus de trente ans, il y a toujours dans la pupille un noyau qu'il faut abaisser avec la pointe de l'instrument.

On n'a réussi de cette manière qu'à enlever de la capsule la seule partie de la cataracte qui aurait pu se résorber facilement sans produire d'accidents inflammatoires, et certes il eût été de beaucoup préférable de recourir à l'extraction ordinaire ou au moins à l'extraction linéaire, qui ne présente pas de plus grandes difficultés d'exécution.

Mais cette opération a été exécutée aussi dans des cas de cataractes molles, et c'est là surtout qu'elle présente de sérieux inconvénients. Lorsque l'aiguille est parvenue dans la capsule et qu'on y fait le vide, même après avoir exécuté une sorte de broiement intra-capsulaire de la cataracte, ce n'est pas celle-ci qui passe dans l'instrument lorsqu'on y fait le vide, mais le corps vitré dont la densité est moindre que celle de la lentille. L'œil tombe dans un collapsus dont le moindre inconvénient est d'empêcher le chirurgien, faute d'une résistance suffisante, d'exécuter le broiement de la lentille qui est restée tout entière en place. Cet accident m'est arrivé plusieurs fois, et, entre autres cas, chez le nommé Bara dont j'ai cité plus haut l'histoire à propos de l'extraction (voy. t. III, p. 253). Une inflammation, d'abord à marche lente, s'empara des membranes internes de l'œil; des exsudations se développèrent dans la pupille, et plus tard des accès aigus de névralgie tourmentèrent cet homme pendant plusieurs années, et longtemps encore après que l'œil était complètement détruit.

En résumé, l'opération de la cataracte par succion est abandonnée, et je ne lui connais que le mérite d'avoir donné à M. Charrière l'occasion de faire une aiguille à pompe qui est véritablement un petit chef-d'œuvre. J'en ai donné le dessin ailleurs avec des figures représentant l'opération (1).

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*. — Atlas. Opérations qui se pratiquent sur les yeux, par le docteur Desmarres.

III. — OPÉRATION DES CATARACTES CAPSULO-LENTICULAIRES ADHÉRENTES (1).

On désigne sous le nom de cataractes adhérentes l'opacité du cristallin et de sa capsule compliquée d'adhérences entre cette membrane et l'iris.

Dans toute cataracte adhérente, l'iris a été enflammé à divers degrés, et le chirurgien doit toujours tenir compte de cette complication. On examinera donc, avant de choisir le procédé, l'état de cette membrane et les causes générales, spécifiques et autres, sous l'influence desquelles le mal s'est développé.

On recherchera surtout avec le plus grand soin l'époque depuis laquelle l'œil malade n'est plus atteint d'inflammation, et l'on aura soin d'ajourner toute manœuvre opératoire s'il ne s'est pas passé six mois, une année, de tranquillité parfaite. On devra, en outre, reconnaître qu'il n'y a pas de complication amaurotique, et, dans ce but, on fera toutes les recherches nécessaires au jour ordinaire et surtout à l'aide de la lumière artificielle. Le commémoratif sera étudié avec attention, parce que le malade qui aura conservé encore une sensation vive de la lumière pourra apprendre au médecin, en lui racontant ce qu'il a éprouvé au début des accidents ou plus tard, qu'une complication grave existe ou a existé du côté des membranes profondes : par exemple, une hydropisie sous-rétinienne, etc. Ainsi, si l'œil, atteint d'une cataracte adhérente, a cessé tout à coup, avant l'apparition de ce mal, de voir les objets dans leur totalité et ne les a perçus seulement que dans une moitié; qu'en outre le malade raconte qu'il a conservé quelque temps la faculté de voir seulement par le côté interne de la rétine, on a presque la certitude qu'un décollement de cette membrane a préexisté, et que l'opération de la cataracte n'aura qu'un résultat très incomplet, etc.

On aura ensuite à peser la valeur des procédés opératoires, en n'oubliant pas que les yeux ayant été enflammés à diverses reprises, on ne doit songer que le plus exceptionnellement possible à ceux dans lesquels le cristallin opaque sera abandonné dans la chambre postérieure. L'extraction, d'après les résultats de ma

(1) Voy. *Cataractes secondaires, pour l'opération de la cataracte capsulaire adhérente*.