

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*.

pratique, est ici la règle, et si l'on réfléchit que le moyen le plus favorable pour arrêter les irido-choroïdites chroniques consiste à exciser l'iris, on ne devra pas craindre d'enlever d'abord un large lambeau de cette membrane pour faire place à la sortie de la cataracte et plus tard à l'entrée de la lumière, car cette perte de substance dans le diaphragme est un excellent moyen de prévenir l'inflammation traumatique du globe.

Les *symptômes* de la cataracte *complètement* adhérente sont faciles à reconnaître: La pupille est immobile, ordinairement étroite, frangée à ses bords, et elle ne se dilate pas ou ne s'ouvre que très incomplètement sous l'influence des instillations d'atropine. La pupille est blanche, blanc jaunâtre, remplie d'une matière exsudative qui caractérise la cataracte pseudo-membraneuse; et dans quelques endroits où la capsule est transparente, on constate les caractères ordinaires de la cataracte lenticulaire. Quelquefois, cependant, ces interstices n'existent pas, et l'on peut alors distinguer la cataracte capsulo-lenticulaire adhérente d'une fausse membrane pupillaire, ce qui n'a aucune importance, parce que dans toute opération ayant pour but de détruire la cataracte adhérente ou de remédier aux fausses membranes pupillaires, on doit d'abord, par prudence, exciser l'iris sans toucher au cristallin.

Les *symptômes* de la cataracte *incomplètement* adhérente sont très nets: tantôt c'est un simple point de la marge pupillaire faisant corps avec la capsule ou plusieurs synéchies à peu près régulièrement distantes les unes des autres, tantôt c'est une bandelette exsudative qui fixe une petite partie de la pupille à la cataracte que l'on distingue aisément à travers les parties encore libres et extensibles de cette ouverture (1).

(1) La cataracte peut encore être compliquée de synéchie antérieure partielle sans aucune adhérence à la capsule, ou avec adhérence à cette membrane.

Dans le premier cas, la cornée a été blessée ou ulcérée, et l'iris a fait une hernie partielle qui s'est guérie en déformant plus ou moins la pupille. En pareille circonstance, le chirurgien tiendra compte de la direction et du rétrécissement de la pupille: il aura donc soin, si cette ouverture est convenable encore, de se borner à l'opération simple de la cataracte; mais si elle est rétrécie ou trop oblique, il sera indispensable d'ouvrir une pupille artificielle, soit en déchirant l'adhérence iridienne antérieure, soit en excisant seulement l'iris dans sa partie libre, suivant la nécessité et le point de la cornée qui sera devenu opaque.

Dans le second cas, outre une ulcération ou une blessure de la cornée, il y a eu aussi une iritis sous l'influence de laquelle la partie de la pupille non engagée

1. Extraction.

Les procédés varient suivant que l'on a affaire à des cataractes complètement ou incomplètement adhérentes à l'iris.

Cataractes complètement adhérentes.

L'extraction des cataractes complètement adhérentes est une combinaison de l'opération de la pupille artificielle et de l'extraction ordinaire. On en exécute les deux temps principaux soit dans la même séance, soit à une distance plus ou moins éloignée, suivant que l'on juge que l'œil est ou non capable de résister à une manœuvre prolongée et aux accidents qui peuvent en être la suite. Dans le premier cas, on pratique l'opération de la pupille artificielle et de la cataracte en même temps; dans le second, on exécute d'abord une pupille artificielle et plus tard on détruit la cataracte.

A. — Opération simultanée de la pupille artificielle et de la cataracte.

Après qu'on s'est assuré que l'iris ne présente plus aucune trace de l'inflammation qui a produit les adhérences, et que celles-ci sont si étendues qu'il serait impossible ou dangereux d'essayer de les diviser et d'abaisser le cristallin (voy. *Abaissement des cataractes adhérentes*), on dispose le malade à subir l'opération dont voici le manuel:

Premier procédé. — Le patient est couché sur un lit et tout est disposé pour le premier temps de la même manière que s'il s'agissait d'exécuter l'opération de la pupille artificielle par le procédé du *déchirement* (voy. p. 544, vol. II) à la partie inférieure de la cornée.

Il n'y a aucune modification dans la manœuvre que nous avons décrite, sinon qu'il est indispensable de tenir l'incision de la cornée un peu plus longue afin que l'iris excisé dans une plus

dans la cornée est devenue adhérente à l'iris et compliquée encore de synéchie antérieure partielle. Là, on sera rarement conduit à déchirer la portion d'iris qui est adhérente à la cornée; cependant cette nécessité pourrait se rencontrer quand la synéchie antérieure est assez large et directement en bas. Dans la majorité des cas, il suffira de pratiquer une pupille artificielle sur la portion d'iris adhérente à la capsule, puis d'extraire la cataracte pour rétablir la vision.

grande étendue laisse un passage suffisant pour le cristallin. L'ouverture, du reste, sera plus grande chez l'homme âgé que chez les jeunes sujets, le noyau du cristallin ayant, après quarante ans, une densité plus grande. On la pratique avec le couteau à cataracte ou, s'il y a quelque difficulté, avec le couteau lancéolaire, en ayant l'attention de la tenir très rapprochée de la sclérotique.

Ce premier temps exécuté, on saisit l'iris avec la pince (voyez t. II, p. 547, fig. 50), et après l'avoir déchiré on l'excise. S'il y a du sang dans la chambre antérieure, on se hâte de l'en faire sortir en écartant doucement les lèvres de la plaie de la cornée, afin de juger en dernier ressort si l'on a affaire à une fausse membrane pupillaire seulement, ou à une cataracte lenticulaire adhérente. Le cristallin, dans le premier cas, est conservé puisqu'il est transparent, tandis que dans le second il doit être extrait.

Si l'on a reconnu que le cristallin est opaque, la capsule est ouverte aussitôt avec le kystitome de la manière accoutumée, et la cataracte facilement extraite si l'incision de la cornée est suffisante et la perte de l'iris assez grande. Mais si ces conditions n'ont pas été remplies, ou que la cataracte demeure fixée dans l'œil par l'épaississement de la capsule, on s'arme de la même pince qui a servi à l'excision de l'iris et l'on tient prêts le kystitome et la curette. Avec la pince on saisit la capsule et l'on essaie de la déchirer sur un ou plusieurs points, et avec le second on divise le cristallin et on l'attire à soi en le traversant d'arrière en avant dans son épaisseur. Si ces manœuvres ont réussi à le fragmenter, la curette, introduite autant de fois que cela est nécessaire, amène les débris au dehors, et l'on finit ainsi par avoir une pupille suffisamment étendue et noire. Dans ce cas, la moitié supérieure de la lentille, celle qui reste cachée derrière l'iris, est généralement conservée sans danger; cependant, si la manœuvre nécessaire pour l'enlever n'est pas trop laborieuse, il vaut mieux l'extraire dans la crainte qu'en produisant du gonflement elle n'entraîne des accidents capables d'entraver la réunion de la plaie de la cornée.

Mais si, malgré la manœuvre de la pince, celle du kystitome et de la curette, le cristallin demeure toujours adhérent, on essaie du crochet dont l'emploi a été décrit plus haut, et l'on parvient souvent à terminer l'opération avec facilité au moyen de cet in-

strument (voy. p. 223 fig. 25) et à extraire ensemble la capsule tout entière avec la lentille.

Toutes ces manœuvres doivent être faites lentement, avec la plus grande précaution et l'attention, tout en fixant l'œil, de ne pas exercer sur lui la moindre pression capable d'ouvrir ou de faire sortir le corps vitré.

Dans quelques cas où l'on peut reconnaître que la cataracte adhérente est molle, on doit modifier le procédé de la manière suivante: La ponction est faite avec le couteau lancéolaire et agrandie au besoin avec le petit couteau mousse, dessiné plus haut (voy. fig. 15, p. 188), mais tenue cependant au-dessous de la grandeur de la section nécessitée pour l'extraction ordinaire. La réunion de la plaie est ainsi plus certaine. L'iris étant excisé et la capsule ouverte, on glisse la curette derrière le cristallin de manière à pénétrer jusqu'au bord supérieur du noyau. Arrivé là, on le brise en deux moitiés latérales avec le bord tranchant de la curette que l'on ramène fortement vers la cornée. Ces deux moitiés sont ensuite extraites une à une, et l'opération rapidement achevée. (Voyez l'observation de madame la baronne de F...)

Le pansement est le même qu'après l'opération de la cataracte.

Voici deux observations dans lesquelles ce procédé a reçu d'heureuses applications :

1^{re} *Fait.* — M. le général Lopez, des îles Baléares, vint me trouver pour la première fois en 1854; il avait souffert depuis de longues années déjà de fréquentes iritis, sous l'influence desquelles les pupilles étaient devenues adhérentes aux capsules. L'œil gauche donnait encore assez de lumière au malade pour qu'il pût se conduire; mais la lecture était depuis longtemps impossible. L'œil droit était, à peu de chose près, dans le même état. On voyait de ce côté, sans qu'il pût rester le moindre doute, une cataracte lenticulaire incomplète.

Dans la situation malheureuse où il se trouvait, je lui proposai d'opérer ce dernier œil d'une pupille artificielle par excision, et je lui rendis ainsi assez de vue pour qu'il pût lire avec quelque difficulté et à l'aide de verres très-grossissants. Satisfait de ce résultat, il retourna en Espagne.

En 1855, il vint me retrouver, sa vue avait considérablement baissé dans l'œil opéré, et dans l'autre œil, elle avait tout à fait disparu. Des exsudats épais masquaient la pupille, et de ce côté

il n'était pas possible de savoir s'il existait ou non une cataracte.

Une pupille artificielle par déchirement fut pratiquée sur cet œil comme elle avait été sur l'autre; mais j'eus le regret de constater qu'il y avait là une cataracte lenticulaire assez avancée. La vue fut cependant assez améliorée pour que le général retournât encore une fois chez lui. Mais depuis l'an dernier, la cataracte s'est complétée, et la pupille artificielle que j'avais pratiquée dans l'œil droit s'est oblitérée, à ce point que la vue est complètement éteinte. Du reste, aucun noyau, aucune inflammation depuis l'année dernière.

Le 29 août 1856, je pratique l'opération suivant le procédé que je viens d'indiquer. Une ponction assez large est faite à la partie inférieure de la cornée avec le couteau lancéolaire ordinaire, puis l'iris est excisé, à droite et à gauche de la pupille artificielle en partie oblitérée, la capsule ouverte et le cristallin extrait en deux moitiés avec la curette sans grande difficulté. La pupille devient tout aussitôt très noire; mais nous remarquons, les docteurs de la Calle de la Havane, Hesse de Mayence, Delgado de Venezuela, Moricand de Genève, et moi, que la coaptation de la plaie kératique est impossible, parce que le corps vitré y fait hernie. Après quelques tentatives infructueuses de réduction et un certain temps d'attente pendant lequel l'œil fut doucement comprimé, je pris la résolution d'ouvrir l'hyaloïde, et tout aussitôt un tiers environ du corps vitré très ramolli ayant été expulsé, l'œil fut fermé. La plaie étant dans les conditions voulues, la guérison ne se fit pas attendre, et après quelques semaines le malade pouvait lire avec les verres à cataracte ordinaires n° 9, de Jæger.

2^e Fait. — Madame la baronne de Folgosa, de Lisbonne, m'est amenée le 22 août 1856 complètement aveugle; elle a souffert d'iritis qui se sont répétées très fréquemment, et les deux pupilles, comme dans le cas précédent, sont devenues adhérentes à la capsule. Du côté gauche, une exsudation très épaisse remplit la pupille, et la malade ne perçoit de ce côté qu'avec la plus grande difficulté la lumière d'une bougie approchée de 30 à 40 centimètres de son visage.

Dans l'œil droit, il y a, indépendamment des synéchies postérieures, une cataracte lenticulaire incomplète. La malade peut suivre de ce côté la bougie dans la chambre à plusieurs mètres de distance, et compte, bien difficilement il est vrai, mais enfin

peut compter les doigts quand on les rapproche à trois ou quatre centimètres de la cornée. Les yeux sont d'ailleurs parfaitement nets de toute injection.

La cécité date de quatre ans, et malgré ce laps de temps la malade est encore affligée au plus haut point, et son état est tel, sous ce rapport, que dans la crainte de la voir se livrer au désespoir, on est obligé d'établir autour d'elle une surveillance active.

Après avoir bien étudié l'état local et l'état général qui a présenté quelques complications actuellement éloignées, je me décide à conseiller, sur l'œil droit seulement, une opération, et j'engage au préalable les parents et la malade elle-même à consulter plusieurs personnes.

M. Cruveilhier est d'avis que l'œil gauche seulement peut être soumis à l'opération; mais il ajoute, dans sa consultation, que « l'opération lui paraît offrir bien peu de chances de succès, » et « qu'il préférerait la dépression; à l'extraction que l'œil droit ne doit pas être opéré, etc.. »

M. Nélaton craint au contraire la dépression qui exposerait à des accidents inflammatoires et névralgiques semblables à ceux qui ont existé autrefois, puis il conseille la kératonyxis avec perforation centrale du cristallin. « Cette opération, dit-il, présenterait-elle quelques chances de succès? Je dois dire que je ne l'ai jamais vue réussir dans les conditions où nous nous trouvons. Je ne connais aucun cas de guérison obtenue par d'autres chirurgiens, et je ne saurais donc engager madame la baronne à s'y soumettre. »

Un oculiste a été également consulté. « Dans l'œil droit, dit-il, l'opération de la cataracte est indiquée; impossible par abaissement et par extraction à cause des adhérences, du volume du cristallin, et de sa consistance demi-molle, elle ne pourra être pratiquée que par le broiement avec abaissement des fragments du cristallin morcelé. » Puis il prescrit un traitement général, préparation qui devra retenir la malade à Paris pendant cinq à six mois au moins, après quoi il verra si l'opération est ou non possible.

Si j'insiste sur ces détails, c'est dans le but de mettre en relief une opération qui a une très grande valeur pratique, et qui jusqu'ici n'a pas été suffisamment abordée, à cause des difficultés que l'on suppose à son exécution régulière.

La malade n'a été soumise à aucun traitement préalable; dans les quatre dernières années, des moyens convenables avaient été

employés, et j'en ai opérée de l'œil droit le 11 septembre 1856, avec l'aide des médecins nommés plus haut et de quelques autres encore.

Les paupières étant écartées et l'œil fixé comme à l'ordinaire, la cornée fut ponctionnée tout près de la sclérotique avec le couteau lancéolaire. L'incision terminée pouvait être évaluée aux deux tiers de l'incision à lambeau tout au plus. L'iris fut saisi le plus largement possible à l'aide d'une pince courbe, déchiré, entraîné au dehors et excisé sans difficulté. Une belle pupille artificielle fut le résultat immédiat de l'opération, et l'on put reconnaître alors que le cristallin était opaque dans une très grande partie de son noyau, ce qui d'ailleurs avait déjà été constaté par tous les consultants.

Armé d'une curette et d'un kystitome, je divisai d'abord la capsule en plusieurs points; puis introduisant la curette, la concavité en avant, derrière la lentille et suivant une ligne perpendiculaire, je tournai contre ce corps le bord tranchant de la curette en la faisant pivoter sur son axe, et en la ramenant fortement en avant vers la cornée. Je pus diviser ainsi en deux moitiés latérales le cristallin; extraire la moitié externe, puis l'interne, fut l'affaire d'un instant, et tout aussitôt la malade put compter les doigts à la distance de 60 à 80 centimètres, et reconnaître facilement plusieurs personnes de sa famille. On lui montra aussi quelques objets qu'elle nomma aisément. La plaie fut fermée, l'œil soumis pendant quarante-huit heures environ à l'action du froid, et le quatrième jour il fut entièrement découvert.

Aujourd'hui, 3 octobre, vingt-six jours après l'opération, la malade se conduit très aisément et, à l'aide du n° 4 à cataracte, distingue le nombre et la forme des personnes qui passent dans la rue (elle loge au premier étage). Avec le n° 2, elle voit à choisir des étoffes et de menus objets de toilette, de couleurs différentes.

Jusqu'ici elle ne peut lire des caractères ordinaires avec ces mêmes verres.

Deuxième procédé. Il est connu sous le nom de *procédé de Wenzel*.— Avant de l'appliquer, il faut être certain d'avoir affaire, non à une fausse membrane pupillaire, mais à une opacité de la lentille, compliquée d'adhérences à l'iris.

Le malade est couché comme dans le premier procédé. Le chirurgien, armé d'un couteau à cataracte, traverse la cornée et l'iris de dehors en dedans et pratique à la fois sur ces deux mem-

branes un lambeau semblable à celui que l'on fait dans l'extraction inférieure ordinaire, sauf qu'il doit le tenir plus petit.

Ce premier temps exécuté, c'est-à-dire l'iris et la cornée étant divisés sur un point parallèle, près de leurs attaches, une pince est introduite dans la chambre antérieure, ou une branche dans celle-ci, l'autre dans la postérieure, et l'iris, convenablement saisi, est entraîné au dehors et excisé.

Le cristallin est ensuite extrait de la même manière que dans le premier procédé, c'est-à-dire tout d'une pièce après la simple ouverture de la capsule, ou s'il y a des difficultés, avec le crochet ou la curette.

On peut modifier le premier temps de ce deuxième procédé en se servant du couteau lancéolaire, si l'on juge que l'humeur vitrée pourrait être ramollie. On enfonce cet instrument très près de la sclérotique dans la cornée et l'iris simultanément, puis on agrandit un peu la plaie en dedans et en dehors en le retirant.

B.— Opération de la cataracte et de la pupille artificielle à deux époques distantes.

Lorsque l'œil est dans de mauvaises conditions par suite des inflammations qu'il a subies, ce qui arrive si souvent dans les cas de cataractes adhérentes, il est prudent, surtout si la lumière modérée est mal supportée et que le globe s'injecte facilement, de ne pas pratiquer l'excision de l'iris et la destruction de la cataracte dans la même séance. On se borne alors à la première de ces opérations, et l'on attend un moment favorable pour extraire la lentille.

En agissant de cette manière, la vulnération est beaucoup moindre, et tel œil qui ne supporterait pas la manœuvre de la double opération simultanée est guéri quand on distance les deux opérations. D'ailleurs, après que l'iris a subi une excision partielle, on remarque que les inflammations s'éloignent et finissent par s'éteindre, que la lumière est mieux supportée, que l'œil ne rougit plus sous l'influence de la moindre cause d'excitation, et cet état, qui assure un heureux résultat pour l'avenir, compense bien l'inconvénient des deux opérations à distance.

Bien des fois, en pareille occurrence, j'ai tenu cette conduite et j'ai obtenu des résultats très satisfaisants.

Voici un cas dans lequel la pupille artificielle ayant été faite, l'extraction a été pratiquée un an plus tard :