

Elle peut être *simple*, c'est-à-dire bornée à la lacération de la capsule; ou *compliquée* d'une excision de l'iris, c'est-à-dire de l'opération de la pupille artificielle, pratiquée séance tenante ou à des époques distantes.

A. — Discision simple.

L'œil étant convenablement maintenu, la pupille ayant été préalablement soumise à l'action de l'atropine, on pratique l'opération exactement comme nous l'avons indiqué plus haut dans les cas où la pupille est parfaitement libre, c'est-à-dire que l'on fait pénétrer une aiguille par le côté externe de la cornée jusqu'au centre de la capsule, et que l'on ouvre celle-ci dans l'étendue d'un millimètre environ, en ayant soin d'interposer, s'il se peut, dans la plaie une toute petite partie du cristallin, afin qu'il n'y ait pas de réunion immédiate. L'aiguille est aussitôt entraînée hors de l'œil; celui-ci est fermé et soumis à l'application de compresses d'eau froide.

En cas d'accidents inflammatoires on agit comme à l'ordinaire. Si les choses semblent tourner mal et que l'œil menace d'être compromis, on n'hésite pas à ponctionner la cornée, à extraire le cristallin avec un lambeau d'iris au besoin, comme nous l'indiquons plus loin à propos de l'iridochoroidite des opérés de cataracte.

Au contraire, si les choses marchent convenablement, que la plaie se referme, après quelque temps on peut recommencer la discision en procédant exactement de la même manière.

B. — Discision et pupille artificielle à deux époques distantes.

Lorsque le cristallin s'est résorbé par suite de la discision simple, il arrive assez souvent que la pupille est trop étroite pour que la vision s'accomplisse régulièrement, on a recours alors, à une distance convenable, à l'excision régulière de l'iris, comme dans la pupille artificielle ordinaire par déchirement (voy. tome II, p. 545, 548).

Ces discisions simples et ces discisions avec pupille artificielle à distance, sont généralement d'assez mauvaises opérations. Il est de beaucoup préférable, sous tous les rapports, c'est-à-dire pour rendre plus vite la lumière au malade, et pour lui épargner une série d'opérations dont le nombre demeure inconnu, de commencer par établir d'abord une pupille artificielle, en ménageant la cata-

racte, plus tard d'extraire celle-ci, ou, ce qui est encore préférable, de pratiquer ces deux opérations simultanément, comme nous l'avons dit plus haut à propos des cataractes secondaires adhérentes.

IV. — OPÉRATION DES CATARACTES SECONDAIRES ADHÉRENTES ET LIBRES.

Lorsque la cataracte a été opérée par abaissement, ou que le cristallin, à la suite d'un coup ou d'une blessure, s'est trouvé dans des conditions de résorption, il se forme assez souvent dans la pupille une opacité, qui est constituée soit par des exsudations sur la capsule, soit par cette membrane et le cristallin plus ou moins morcelé, soit enfin par le cristallin tout seul. Après l'extraction, la pupille se trouve aussi parfois oblitérée, en entier ou en partie, par les feuilletts capsulaires qui servent de point d'appui à des débris de cristallin, ou par des produits plastiques de nouvelle formation, que nous avons déjà décrits sous le nom de fausses cataractes, et dont nous ne devons pas nous occuper ici. De là trois sortes seulement de cataractes secondaires.

1° Cataracte secondaire capsulaire, antérieure ou postérieure (capsule transparente contenant des couches épithéliales opaques);

2° Cataracte secondaire capsulo-lenticulaire (capsule dans les mêmes conditions ou doublée d'exsudats et renfermant de notables parties de la lentille);

3° Cataracte secondaire lenticulaire.

Au point de vue chirurgical, ces cataractes doivent encore être divisées suivant qu'elles sont *adhérentes* ou *libres*, c'est-à-dire avec ou sans connexion exsudative les rattachant à l'iris.

La *cataracte capsulaire antérieure* qui suit l'opération ne ressemble pas à la cataracte capsulaire qui se développe spontanément. Dans cette dernière, le cristallin existant, la pupille est complètement obstruée, tandis qu'il est rare que çà et là on n'aperçoive pas sur les cataractes capsulaires secondaires quelque perte de substance, quelque ouverture à travers laquelle on voit le fond de l'œil. L'opacité secondaire qui prend presque toujours un point d'appui sur la circonférence de la pupille, dont elle ne cache le plus ordinairement qu'une partie, se reconnaît aisément à son petit volume, à sa forme aplatie, à des déchirures pratiquées sur le tissu qui constitue la tache; elle est ordinairement blanche, couleur de craie, et présente sous ce rapport les mêmes caractères

que ceux que nous avons décrits plus haut à l'article de la *Cataracte capsulaire* (voy. page 109 et suiv.) : il serait donc inutile d'y revenir. Elle est complète ou partielle, et, selon le cas, la vision est abolie ou seulement diminuée.

Elle est formée rarement, d'une manière absolue, par le feuillet antérieur de la cristalloïde, mais presque toujours par les deux hémisphères réunis de cette membrane : aussi serait-il mieux, dans les cas où ce dernier fait peut être constaté, de la désigner sous le nom de cataracte capsulaire *antéro-postérieure*. La cataracte *aride siliquieuse*, formée le plus souvent par les deux feuillets de la capsule, pourrait alors prendre ce nom, qui, certes, serait moins en dehors de la nomenclature ordinaire que celui qu'elle porte.

Presque toujours, dans la cataracte capsulaire secondaire, la pupille est déformée, et présente des angles plus ou moins nombreux aux endroits où l'iris est uni à la capsule par de fausses membranes. On la voit souvent, cependant, absolument libre d'adhérences avec la pupille et placée comme la cataracte lenticulaire, derrière cette ouverture qu'elle masque entièrement. Dans quelques cas rares, j'ai vu cette ouverture demeurer libre et régulière; mais alors la cataracte, roulée sur elle-même, flottait dans la chambre postérieure, et se déplaçant à chaque instant sous l'influence des mouvements de l'œil, pouvait passer d'une chambre dans l'autre, ou se tenir par moitié dans ces deux cavités.

La cataracte capsulaire antérieure secondaire se développe le plus ordinairement après l'abaissement; on la voit pourtant aussi à la suite de l'extraction. Elle est moins fréquente lorsqu'on choisit cette dernière méthode, parce que la capsule est largement ouverte par le cristallin au moment où il traverse la pupille, et aussi parce que l'inflammation des membranes internes survient moins souvent après l'extraction.

La cataracte capsulaire postérieure secondaire est loin d'être rare, si l'on entend désigner par là l'opacité des couches épithéliales adhérentes à la capsule; aussi est-il facile d'en constater l'existence. Cependant quelques auteurs déjà anciens affirment ne l'avoir jamais vue. Mais Pellier dans sa 76^e, dans sa 79^e et dans sa 93^e observation, rapporte des faits qui ne laissent aucun doute à ce sujet. L'observation 93^e est surtout très précise (1). Cette cataracte n'offre pas toujours une consistance fort grande,

(1) Pellier, *Recueil de Mémoires*, p. 274, 280 et 314.

ou une opacité très prononcée. On voit alors derrière la pupille une petite tache, d'un gris tirant un peu sur le blanc sale, et plus fréquemment une espèce de réseau très fin, une toile d'araignée, comme l'a dit Lefébure, se balançant au loin dans la chambre postérieure. Quelquefois l'opacité n'est constituée que par quelques filaments attachés à la partie supérieure de l'œil, et excessivement ténus, au bout desquels on voit pendre une petite plaque un peu plus épaisse et très mobile, qui gêne singulièrement la vision. Ces filaments sont très élastiques, constitués par une matière exsudative enveloppant quelques débris du cristallin, et nous verrons plus loin qu'il est indispensable de connaître cette particularité, lorsqu'il s'agit de les enlever du champ de la vision. Quelques-uns sont placés dans l'humeur vitrée, ce que l'on reconnaît facilement à l'œil nu, mieux encore avec l'ophthalmoscope.

La cataracte secondaire capsulo-lenticulaire est très commune après l'abaissement. Les déchirures que l'aiguille a pratiquées sur la cristalloïde ont ouvert cette membrane dans plusieurs endroits, et mis le cristallin en rapport direct avec l'humeur aqueuse. Là, il a subi des phénomènes d'imbibition qui ont contribué, par l'augmentation de son volume, à le faire remonter dans la pupille. Nul doute que si la capsule restait ouverte, le cristallin disparaîtrait à la longue; mais comme il se développe souvent de l'inflammation et une sécrétion plastique assez abondante, les ouvertures capsulaires se referment, et la résorption du cristallin est arrêtée. Cette variété de cataracte présente en général le même aspect que la capsulo-lenticulaire ordinaire; elle en diffère cependant parfois en ce que la lentille est déplacée (*cataracte luxée*), et qu'on voit dans la pupille, libre en partie, une portion de la circonférence du cristallin. De même que la capsulaire, la cataracte capsulo-lenticulaire qui suit l'opération est souvent adhérente à l'iris, et la pupille déformée ne peut être dilatée qu'incomplètement par la belladone.

Lorsque, dans la cataracte qui nous occupe, il reste en avant ou en arrière de la capsule une ouverture assez large pour que le cristallin se trouve en rapport direct avec l'humeur aqueuse, il se résorbe en très grande partie ou tout à fait, et les deux feuillets de la cristalloïde se rapprochent l'un de l'autre, de manière à se trouver en contact immédiat si la lentille disparaît complètement. C'est là alors cette variété de cataracte que nous avons rangée parmi les cataractes capsulaires, en la décrivant sous

le nom d'*aride siliquieuse*, qu'elle porte depuis Schmidt (voy. page 115). C'est celle qui fournit la meilleure preuve à l'appui de l'existence de la cataracte capsulaire postérieure. Si l'on dissèque la cataracte aride siliquieuse, on trouve entre les deux feuillets capsulaires quelques débris des couches intra-capsulaires de la lentille, mêlés rarement à des exsudations plastiques; et le feuillet antérieur est beaucoup plus épais, plus opaque que le postérieur, qui présente le plus souvent un très grand nombre de petites ouvertures. Cette différence dans l'aspect des deux hémisphères de la capsule s'accorde, au reste, avec celle que les anatomistes ont signalée à l'état normal (1).

La *cataracte lenticulaire secondaire* est une exception; elle survient dans les cas où, la capsule étant opaque, on aurait abaissé ou déchiré cette membrane, sans déplacer le cristallin demeuré jusque-là transparent, mais qui, soumis dès lors à l'action de l'humeur aqueuse, ne tarde pas à se troubler, circonstance qui produit la cataracte dont il est question. La cataracte lenticulaire secondaire disparaît presque toujours complètement par voie de résorption. Quelquefois cependant elle demeure dans la pupille, et il devient nécessaire de l'en éloigner par une opération: cela arrive plus particulièrement lorsque le cristallin a acquis une très grande densité, ou que de fausses membranes se sont développées à sa surface.

Lorsqu'il arrive, après l'abaissement, que le cristallin dépouillé de sa capsule remonte dans la pupille, cet accident constitue une variété très commune de la cataracte qui nous occupe.

ETIOLOGIE. — Les cataractes secondaires sont un des résultats de l'opération ou de blessures de l'appareil cristallinien. C'est après le broiement et l'abaissement qu'elles sont le plus fréquentes, surtout quand ces opérations ont été suivies d'une inflammation des membranes internes. La cataracte capsulaire secondaire, en général, s'observe lorsque, après une cataracte lenticulaire dans laquelle la capsule avait conservé toute sa transparence, cette membrane par le fait même de l'opération a servi en quelque sorte de point d'appui aux couches épithéliales de la lentille qui sont devenues opaques. C'est surtout quand la capsule a été mal divisée que ses débris s'attachent les uns aux autres, et prennent

(1) Giraldès, *Recherches sur l'organisation de l'œil*, thèse in-4. 1836.

une très grande densité. S'il arrive, comme après le broiement ou l'abaissement, qu'une très grande partie du cristallin soit restée enfermée dans la cristalloïde, on observe d'abord une cataracte capsulo-lenticulaire. et plus tard, si les débris de la lentille se résorbent, une cataracte capsulaire aride siliquieuse, qui contient quelquefois un petit noyau cristallinien desséché. Si la capsule a été largement divisée en même temps que la cataracte, comme cela a lieu dans un broiement bien fait, l'opacité persiste longtemps encore dans la pupille, mais elle disparaît peu à peu sous l'influence de la résorption, ce qu'on observe aussi assez souvent lorsque, la capsule étant enlevée, les rayons lumineux sont interceptés par un cristallin opaque peu consistant.

PRONOSTIC. — Ce que nous venons de dire de l'étiologie des cataractes secondaires suffirait presque pour en établir le pronostic, qui est en général très favorable. Il y a cependant quelques particularités sur lesquelles il sera utile d'insister un moment. Toutes choses égales d'ailleurs, les cataractes capsulaires secondaires, étant plus difficilement déplacées du champ de la vision, exigeront de la part du chirurgien beaucoup plus d'adresse que les cataractes lenticulaires et un choix très attentif du procédé qui leur est applicable individuellement, mais l'opération ne sera que très rarement suivie d'inflammation.

Il arrivera quelquefois, si l'on n'a pas su reconnaître exactement, par les signes anatomiques, le degré de résistance qu'offrent les adhérences de la capsule avec l'iris, que la cataracte ne pourra être en aucune façon déplacée, et qu'on aura fait à l'œil une blessure inutile. Cette remarque s'applique surtout aux cataractes capsulaires antérieures. Quant aux postérieures, qui le plus souvent n'adhèrent pas à l'iris, mais, semblables à du tulle très fin ou à une toile d'araignée, offrent une extrême élasticité, elles ne pourront pas dans beaucoup de cas être abaissées, parce qu'elles se laisseront entraîner dans tous les sens pour revenir tout aussitôt masquer la pupille. Il en est autrement des lenticulaires, qu'on éloigne aisément à cause de leur densité. Nous reviendrons sur ce point en nous occupant du traitement.

TRAITEMENT. — Il consiste dans l'emploi de moyens *médicaux* et *chirurgicaux préventifs* et de moyens *chirurgicaux curatifs*.

1^o MOYENS MÉDICAUX PRÉVENTIFS.

Pendant tout le temps que durera l'inflammation produite par l'opération, on ne songera pas à faire disparaître l'opacité secondaire par des moyens chirurgicaux, mais on se bornera à l'emploi de tel traitement médical qui semblera le plus convenable; on aura soin, surtout, de tenir la pupille ouverte par l'atropine pendant tout le temps que durera l'inflammation traumatique. Les frictions iodurées au pourtour de l'orbite, celles d'onguent napolitain, employées dans le but de combattre l'organisation des exsudats plastiques, sont de beaucoup moins efficaces que la dilatation de la pupille aidée d'un traitement antiphlogistique mesuré sur l'intensité du mal. Il arrivera, sous l'influence de la résorption, que de larges débris cristalliniens restés dans la pupille disparaîtront peu à peu, après une sage expectation, et que la vision, d'abord abolie, reprendra une étendue de plus en plus grande. Mais lorsque la cataracte tarde trop à se résorber, ce que l'on ne peut constater qu'après plusieurs mois, surtout dans les broiements, ou qu'on reconnaît qu'elle s'est organisée, on l'éloigne par une opération. Là, comme dans la cataracte lenticulaire ordinaire, l'extraction par la cornée est la règle, l'opération par l'abaissement à l'aiguille, l'exception.

2^o MOYENS CHIRURGICAUX PRÉVENTIFS.

(1.) Lorsque le cristallin semble vouloir se réunir au centre de la pupille après l'opération du broiement de la cataracte, j'emploie un moyen fort simple et qui me permet à la fois de détruire de nouveau la lentille en la morcelant, et en même temps de remplacer l'humeur aqueuse, sursaturée de molécules cristalliniennes, par une humeur aqueuse de nouvelle formation qui devra agir nécessairement avec plus d'énergie en faveur de la résorption (1).

(1) J'ai observé que la paracentèse de la cornée fréquemment répétée a une action puissante sur la résorption de la cataracte molle. Si on la pratique à la partie supérieure de la cornée dans certains cas d'hypopyons rebelles à tous les traitements, le pus se résorbe avec une remarquable rapidité. (Voy. Paracentèse, vol. II, p. 37.)

Le procédé est très simple :

Je maintiens l'œil à opérer entre l'index et le pouce de ma main gauche, quel que soit le côté cataracté, comme dans la figure 3, vol. II, p. 29; puis je saisis mon aiguille à paracentèse et je la fais pénétrer dans la chambre antérieure à la partie supérieure interne. Je retire rapidement l'instrument en desserrant un peu, ou je lâche tout à fait les paupières afin que par la disparition de la pression, l'humeur aqueuse, nécessaire pour tenir la cornée séparée de l'iris jusqu'au second temps de l'opération, demeure dans la chambre antérieure.

Cela fait, je prends un stylet fin (voy. vol. II, fig. 4, p. 30), je le glisse rapidement dans la plaie et de là dans la chambre postérieure; puis, par des mouvements convenables, je divise la cataracte dans tous les sens et je retire l'instrument. L'humeur aqueuse s'est échappée pendant les mouvements, et l'iris est venu s'appliquer contre la cornée. Je recommande au malade de tenir son œil fermé sous un bandeau pendant vingt-quatre heures; rarement j'ai besoin de recourir à un traitement antiphlogistique.

A partir de ce moment, la résorption du cristallin marche de nouveau et il n'y a pas de cataracte secondaire.

Voici deux observations dans lesquelles ce procédé a été appliqué avec succès :

Déchirure au moyen d'un stylet recourbé, et de la paracentèse d'une cataracte secondaire commençante. — Guérison.

Première observation. — Nicolas Salme, âgé de cinquante et un ans, de Noyères (Yonne), se présente à la clinique le 28 mai 1851.

Cet homme est affecté de cataracte sur les deux yeux; celle du côté gauche est complète, celle du côté droit incomplète. — Sa constitution est bonne, pas de douleurs de tête.

30 mai. — L'opération sur l'œil gauche est pratiquée à l'aiguille, elle ne présente rien d'anormal dans aucun temps. — Le cristallin est complètement abaissé, la pupille est libre dans toute son étendue.

2 juin. — Depuis l'opération le malade souffre de la tête, l'œil est rouge. — Saignée hier.

3 juin. — Même état; — deux ventouses, — une bouteille d'eau de Sedlitz.

8 juin. — L'inflammation qui menaçait d'envahir l'œil a cédé sous l'influence du traitement antiphlogistique employé, mais on remarque aujourd'hui la formation d'une cataracte secondaire, qui masque presque en totalité le champ de la pupille. Cette complication indique une nouvelle opération qui est faite de la manière suivante : Sur la partie médiane et externe de la cornée gauche est introduite l'aiguille à paracentèse, l'humeur aqueuse s'écoule lentement, et l'aiguille est retirée. Immédiatement après on engage, par la plaie de la cornée, un petit stylet d'argent qui sert au cathétérisme des points lacrymaux. Ce stylet, préalablement recourbé afin de faciliter les manœuvres nécessaires, pénètre dans la chambre antérieure, passe ensuite dans la circonférence de la pupille, et déchire, par de petits mouvements que le chirurgien exécute, les débris de capsule et de cristallin de la cataracte secondaire. Une portion de ces débris pénètre dans la chambre antérieure où ils sont mobiles et très appréciables ; l'un d'eux est à cheval sur la pupille.

9 juin. — Le malade ressent des élancements dans l'œil. — Pas de fièvre. — Une bouteille d'eau de Sedlitz.

13 juin. — Quelques débris ont diminué de volume, la résorption s'effectue, la vue n'est pas bien améliorée. — Il quitte l'infirmerie.

Du 15 au 20 juin, la résorption devient plus sensible, la chambre antérieure se nettoie.

23 juin. — L'œil est rouge, le malade accuse de la céphalalgie, les débris sont plus petits et plus transparents. — Photophobie légère. — Ventouses.

25 juin. — L'inflammation est notablement modifiée, le malade commence à distinguer les objets.

25 au 30 juin. — La vue reparait, le malade compte les doigts, reconnaît les personnes et y voit assez pour se conduire. La conjonctive est encore légèrement injectée, la cornée d'un poli parfait; la chambre antérieure est entièrement débarrassée des débris qui s'y trouvaient, elle paraît un peu plus grande que celle du côté opposé ; la pupille, dont la circonférence est aussi plus grande, est déformée, ses irrégularités ne sont pas trop marquées. A son côté interne et inférieur, on remarque, en regardant l'œil par en haut, une petite fausse membrane, qui ne dépasse pas d'un millimètre le niveau de la circonférence pupillaire.

Plus tard la vue est devenue très bonne.

Deuxième observation. — Madame Feuillet, âgée de trente-quatre ans, lingère, rue de la Petite-Friperie, n° 20, vient consulter au mois d'avril 1851. Elle se plaint d'un affaiblissement progressif de l'œil droit. Cet œil a été opéré de cataracte en 1832 par Dupuytren, qui employa la méthode par abaissement. A cette époque, l'œil gauche était aussi frappé de cataracte incomplète. Toutes les deux dataient de huit ans.

La malade a joui du bénéfice de l'opération jusque vers les derniers mois de l'année 1850; mais depuis, la cataracte gauche s'étant formée complètement, et l'œil droit étant devenu presque entièrement anesthésique, la vue est aujourd'hui abolie.

La pupille de l'œil opéré est immobile et très irrégulière. Elle a la forme d'un ovale placé obliquement, et occupant presque toute la hauteur de l'iris. Elle n'est séparée de la circonférence de cette membrane que d'un millimètre à peu près.

A l'œil gauche, on observe une cataracte complète avec mobilité pupillaire et strabisme convergent.

Le 8 avril, la cataracte gauche est abaissée. Pendant les premiers jours de l'opération, aucun symptôme inflammatoire intense ne survient, des douleurs de tête assez vives se manifestent. — Ventouses.

14 avril. — Formation d'une cataracte secondaire.

17 avril. — Inflammation des membranes internes, chémosis. — Ventouses nombreuses. — Calomel.

18 avril. — Scarification du chémosis. — Calomel.

21 avril. — Amélioration de l'œil. Salivation.

28 avril. — Trouble de l'humeur aqueuse, fausses membranes dans la pupille. Vue nulle. Paracentèse et déchirure des fausses membranes au moyen d'un stylet recourbé, comme cela a été décrit dans l'observation précédente.

29 avril. — Pas d'inflammation, la malade compte les doigts.

30 avril. — Le trouble de l'humeur aqueuse reparait, les deux tiers supérieurs de la pupille sont libres.

Mois de mai. — Pendant le mois de mai l'humeur aqueuse a repris sa transparence, les débris de la cataracte secondaire sont résorbés, la vue est devenue plus nette, plus forte, au point que la malade commence à faire son ménage sans porter de lunettes.

Mois de juin. — Cet état s'est amélioré d'une manière très avantagieuse. Aujourd'hui, 30 juin, la chambre antérieure, la

pupille, sont dégagées de toute fausse membrane. La circonférence de cette dernière est très régulière, mobile; la vue est bonne, et la malade se livre à toutes ses occupations sans la moindre gêne; elle ne peut cependant lire ni coudre sans le secours de lunettes.

L'application du stylet, dans ces deux cas, a prévenu la formation d'une cataracte secondaire.

(2.) Après les opérations de cataracte à l'aiguille, on voit trop souvent se développer des accidents inflammatoires accompagnés de névralgies terribles, et l'on constate qu'il y a, en même temps qu'une iritis plus ou moins violente, une exsudation plastique considérable dans la pupille. Cette exsudation enveloppe ou non des débris de cristallin, peu importe. Le point essentiel à constater, c'est que si l'on ne porte pas chirurgicalement secours à l'organe, il est à peu près perdu et le malade souffrira encore bien longtemps.

Pourquoi ces névralgies résistent-elles aux saignées, aux sangsues, aux narcotiques, aux mercuriaux, aux antipériodiques? Je crois l'avoir trouvé, et, pour sûr, j'ai, partant de cette idée, soulagé, sauvé quelquefois mes malades. Déjà, vers 1846, je mettais ce procédé en pratique (1).

L'exsudation prend un point d'appui sur la marge pupillaire tout entière; en se contractant comme à l'ordinaire, le tissu fibro-plastique entraîne l'iris enflammé vers le centre de la pupille, tiraille ainsi indéfiniment les nerfs iridiens et trouble mécaniquement la circulation de l'organe tout entier. Rompre ce tissu fibro-plastique avec une aiguille à cataracte, alors qu'il n'est pas encore organisé, c'est faire disparaître à la fois l'inflammation, les douleurs et la cataracte pseudo-membraneuse secondaire qui se formait. Il ne faut pas craindre ici l'inflammation actuelle de l'œil, car elle n'est que l'effet d'une sorte de corps étranger qu'elle a primitivement produit et qui s'organise actuellement dans la pupille.

(3.) Mais le déchirement à l'aiguille de ces exsudations n'est plus suffisant quand la pupille est en même temps obstruée par les débris d'une cataracte molle qu'on aurait broyée. Il faut

(1) Desmarres, *Mémoire couronné par l'Institut de Valence, loc. cit.* (1^{er} décembre 1851.)

extraire de ces derniers tout ce que l'on peut par le moyen suivant, quand il y a des douleurs qu'on ne peut abattre :

Le malade est couché; le chirurgien, placé derrière sa tête, relève les paupières avec un élévateur et plonge un couteau lancéolaire de Beer, à toute lame, dans la chambre postérieure à travers la cornée et l'iris, en haut et en dehors à 2 ou 3 millimètres de la sclérotique. Une curette est introduite dans cette ouverture; on extrait ainsi tout ce que l'on peut du cristallin, et l'on débarrasse à la fois la chambre antérieure d'un corps étranger, la pupille des matières qui l'obstruaient et le malade de ses douleurs. On a pour seul inconvénient, le plus souvent, une petite adhérence entre l'iris et la cornée; mais cela est sans danger en cet endroit, si l'on considère que le lieu de la ponction a été choisi en prévision de cet accident et qu'il n'en peut rien résulter pour la vue. La pupille, en effet, est peu déformée et dirigée vers l'axe du corps comme à l'état physiologique. On est obligé souvent, plus tard, d'enlever quelque débris.

J'ai soulagé et guéri bien des opérés par ce procédé que je ne saurais trop recommander. De même que pour l'autre, il ne faut pas se laisser arrêter par l'excès de l'inflammation pour l'appliquer, et faire comme s'il s'agissait d'un corps étranger à extraire de la chambre postérieure, ce qui est en effet. (Voyez plus loin, *Irido-choroïdite*).

3^o MOYENS CHIRURGICAUX CURATIFS.

Les distinctions que l'on établit généralement dans les cataractes secondaires n'ont pas toujours une importance extrême au point de vue de la pratique chirurgicale.

On doit se borner seulement à reconnaître : si la cataracte est *mince* ou *épaisse*; si elle est constituée par la capsule doublée à sa face interne par les couches intra-capsulaires devenues opaques ou à sa surface externe par des exsudats; si l'on peut penser qu'elle est friable ou au contraire résistante; si elle est en même temps formée d'une grande partie du cristallin et de la capsule ou de produits plastiques épais; si elle est ou non *adhérente* à l'iris et dans quelle proportion.

Le but de ces distinctions toutes pratiques est fort simple :

Dans les cas de cataractes secondaires peu épaisses et formées seulement par les couches intra-capsulaires adhérentes à la cris-