

2° De tenir les mors dans une direction parallèle à la plaie pour éviter à la cataracte le frottement des lèvres de celle-ci ;

3° De tirer brusquement l'instrument au dehors, quand les deux conditions ci-dessus sont remplies, afin que la plaie de la sclérotique, en quelque sorte surprise, n'ait pas eu le temps de revenir sur la cataracte.

Si, malgré ces précautions, la fausse membrane ne sortait pas et demeurait engagée dans la plaie de la sclérotique, on ne s'en inquiéterait pas, car la pupille demeurerait nette, et il n'y aurait aucun mauvais résultat ; d'ailleurs on pourrait dès lors en pratiquer l'excision.

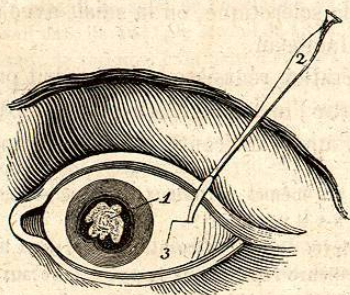
Si la cataracte est assez épaisse et qu'on juge qu'il soit impossible de la faire passer par une ouverture aussi petite que celle agrandie de l'aiguille à cataracte, au lieu de cette aiguille nécessaire pour séparer la fausse membrane de l'iris, on se sert d'un petit bistouri dont voici le dessin, et qui est assez sem-

Fig. 46.



blable au kystitome de Boyer. Après avoir débarrassé la fausse membrane de ses adhérences, c'est-à-dire, en manœuvrant avec ce petit couteau comme avec l'aiguille ordinaire, on agrandit la plaie scléroticale autant qu'il est nécessaire, observant qu'elle doit toujours être aussi petite que possible pour éviter la sortie d'une partie du corps vitré et les oscillations de l'iris après la guérison.

Fig. 47.



Ce temps est représenté dans la figure 47, où l'on voit la grandeur que doit avoir la plaie de la sclérotique. Cela fait, on extrait la cataracte avec la *serretèle*.

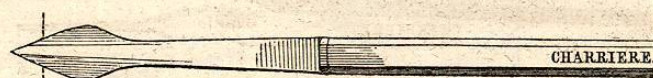
Deuxième procédé. — J'ai depuis longtemps renoncé à ce procédé qui n'est qu'une modification sans importance de celui de Quadri.

Le manuel s'exécute en trois temps :

1° La ponction ; — 2° l'introduction d'une pince ; — 3° l'extraction de la capsule opaque.

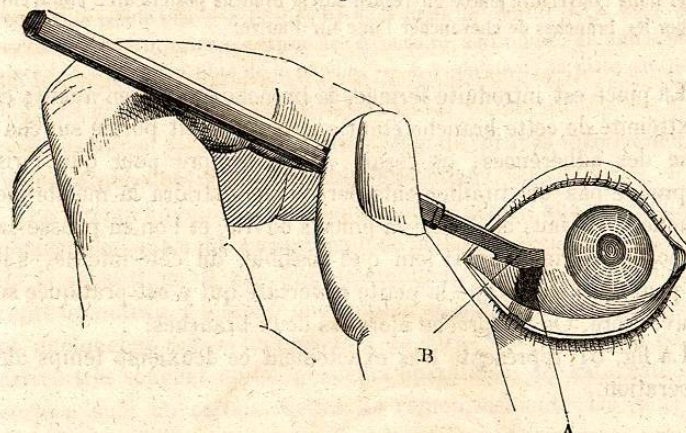
Premier temps. — Ponction. — Le chirurgien, armé du couteau lancéolaire (voy. fig. 48), tient cet instrument de la main

Fig. 48.



gauche pour l'œil droit, et réciproquement, de la main droite pour l'œil gauche, et l'enfonce dans la sclérotique, comme cela est représenté dans la figure 49. La plaie de la fibreuse doit avoir à peu près la largeur indiquée sur le couteau lancéolaire par les deux lignes *a, a*, dessinées près de sa pointe.

Fig. 49.

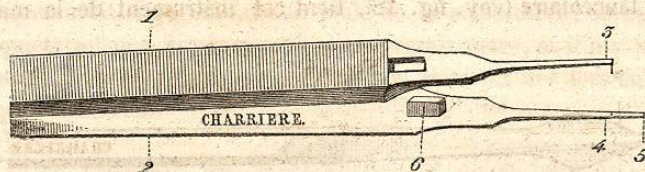


1 est le couteau lancéolaire dont la lame B, enfoncée dans l'œil, est vue en raccourci par sa face inférieure. A est l'incision de la sclérotique.

Deuxième temps. — Introduction de la pince. — J'ai fait exécuter la pince dont le dessin est ci-contre (voy. fig. 50), exprès pour cette opération, et cela dans le double but de ne me servir

que de deux instruments au lieu de trois, et de saisir la capsule plus solidement qu'on ne peut le faire avec des pinces très fines (je reviendrai plus loin sur l'inconvénient qu'il peut y avoir à se servir de pinces dont les branches sont trop faibles). Cette pince est composée de deux branches de longueur inégale.

Fig. 50.



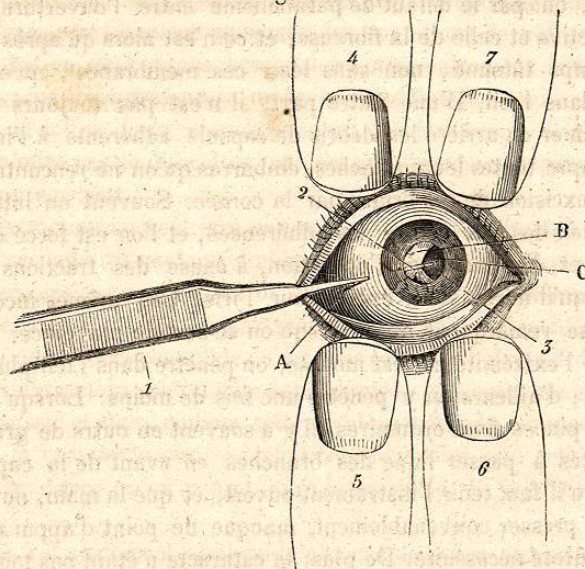
1 est la branche courte ou postérieure; — 2, la branche longue ou antérieure. A l'extrémité de la branche courte on voit une petite pointe aiguë 3, qui, lorsque la pince est fermée, vient s'engager dans une ouverture 4, pratiquée sur la branche longue. Cette pointe est destinée à traverser la capsule opaque, ou à lui présenter un obstacle tel qu'elle ne puisse pas échapper. — 4 et 5 marquent, sur la branche longue, le prolongement qui doit tout à la fois remplacer l'aiguille à cataracte, et servir de conducteur lorsqu'il s'agit de faire passer l'une des branches en avant de la capsule opaque, ce qui est assez difficile avec les pinces ordinaires. — 6 est un petit coin de fer destiné à s'engager dans l'ouverture placée en regard sur la branche postérieure, afin d'empêcher les branches de chevaucher l'une sur l'autre.

La pince est introduite fermée, la branche longue en avant; et l'extrémité de cette branche étant successivement portée sur chacune des adhérences, on essaie de les rompre pour que l'iris n'éprouve pas de tiraillements lorsqu'on extraira la membrane opaque. Cela fait, on laisse la pince s'ouvrir, et l'on en pousse la branche antérieure aussi loin que possible, du côté interne, s'il se peut, jusqu'à ce que la petite ouverture qui y est pratiquée se trouve libre. On rapproche alors les deux branches.

La fig. 51 représente très exactement ce deuxième temps de l'opération.

Troisième temps. — Extraction de la capsule opaque. — La capsule étant saisie, comme cela est représenté dans la figure 51, le chirurgien l'entraîne avec précaution du côté de l'ouverture scléroticale, et l'extrait aisément, si toutes les adhérences avec l'iris ont été rompues.

Fig. 51.



1, branche longue ou antérieure de la pince; — 2, portion de la branche longue placée en avant de la capsule opaque; — 3, petite ouverture destinée à recevoir la pointe placée à l'extrémité de la branche courte; — A, plaie de la sclérotique; — B, cataracte capsulaire secondaire déjà un peu entraînée par la pince; — C, portion libre de la pupille; — 4, 7, doigts de la main gauche de l'aide; — 5, 6, doigts de la main droite de l'opérateur.

REMARQUES. — Cette opération offre de graves inconvénients. Voici ce que l'on rencontre dans l'exécution :

Le *premier temps* ne présente, en général, aucune difficulté d'exécution, mais il s'accompagne de plusieurs accidents. La plaie de la sclérotique a une grande étendue, et au moment où l'on retire le couteau, il s'écoule une notable quantité d'humeur aqueuse, et quelquefois même une portion du corps vitré, quand, ce qui arrive très souvent après plusieurs opérations de cataracte, ce corps a subi un certain degré de ramollissement. De plus, il arrive assez fréquemment, malgré la précaution qu'on a prise de ponctionner au-dessus ou au-dessous du diamètre transversal de l'œil, qu'on blesse les vaisseaux ciliaires, et que les chambres se remplissent de sang.

Le *deuxième temps* est d'une exécution plus difficile. L'introduction de l'aiguille, si l'on se sert de cet instrument, est souvent

empêchée par le rapprochement des bords de la solution de continuité, ou par le défaut de parallélisme entre l'ouverture de la conjonctive et celle de la fibreuse, et ce n'est alors qu'après avoir longtemps tâtonné, non sans léser ces membranes, qu'on pénètre dans l'œil. D'une autre part, il n'est pas toujours facile d'entraîner en arrière les débris de capsule adhérents à l'iris, ni de rompre toutes leurs attaches, embarras qu'on ne rencontre pas dans l'excision de ces brides par la cornée. Souvent on lutte en vain bien des fois contre les adhérences, et l'on est forcé de les laisser et d'abandonner l'opération, à cause des tractions trop fortes qu'il aurait fallu exercer sur l'iris. Ces mêmes inconvénients se remarquent aussi lorsqu'on se sert de ma pince, mais comme l'extrémité en est mousse, on pénètre dans l'œil plus aisément; d'ailleurs on y pénètre une fois de moins. Lorsqu'on se sert de pinces fines ordinaires, il y a souvent en outre de grandes difficultés à passer l'une des branches en avant de la capsule, parce qu'il faut tenir l'instrument ouvert, et que la main, ne pouvant le presser convenablement, manque de point d'appui et n'a pas la sûreté nécessaire. De plus, la cataracte n'étant pas toujours assez résistante, glisse quand on exerce sur elle une certaine pression et échappe constamment. Trois ou quatre fois j'ai répété la même opération sur le même individu, sans résultat aucun, et j'ai été forcé d'en revenir à l'extraction par la cornée.

D'autres que moi n'ont pas été plus heureux. La faiblesse de la pince ordinaire est certainement une cause sérieuse d'insuccès. Les branches en sont d'une finesse extrême, et pour ce motif elles se touchent dans toute leur longueur, et n'exercent qu'une pression insuffisante à leurs extrémités, garnies de petites dents qui chevauchent presque toujours les unes sur les autres. Enfin, lorsque cet instrument ne saisit et n'entraîne pas du premier coup la cataracte, il devient indispensable de faire un assez grand nombre de tentatives, qui ont pour effet immédiat d'écarter les lèvres de la plaie scléroticale dans tous les sens, et d'ouvrir ainsi une large voie à l'évacuation des humeurs de l'œil. Après quelques manœuvres infructueuses, la coque oculaire s'affaisse sur elle-même, et tombe dans un collapsus tel qu'elle se couvre à l'instant de rides, s'aplatit et se cache profondément dans l'orbite sous les paupières, qui y sont elles-mêmes profondément enfoncées. Il devient alors impossible de continuer la manœuvre de l'extraction, et l'on ne peut pas, comme par la cornée, attirer la capsule au dehors

et l'exciser. Le lendemain, il est vrai, le globe a repris son volume ordinaire; mais l'humeur vitrée, sortie en grande partie, est remplacée par l'humeur aqueuse: les conditions de réfraction et de nutrition de l'organe seront donc nécessairement modifiées, et de plus l'iris présentera un tremblement très étendu.

L'extraction de la capsule opaque, dernier temps de l'opération, n'offre pas de difficultés, et n'est ordinairement accompagnée d'aucun accident.

L'extraction ne peut être employée pour les cataractes capsulaires secondaires par la sclérotique, ainsi que je l'ai dit plus haut, que dans les cas particuliers où elles présentent en même temps une résistance de tissu assez grande pour être facilement saisies, et des adhérences peu solides avec l'iris; ce qui équivaut à dire que là où l'extraction scléroticale est indiquée, le simple abaissement l'est aussi, et que, comme cette dernière méthode est incertaine, on a la voie de la cornée, infiniment plus sûre que celle par la fibreuse, parce qu'on y agit avec la serretète, le crochet et les ciseaux.

Elle est seulement applicable aux cas de corps étrangers dans le corps vitré. — Une fois j'ai pu extraire ainsi un éclat de capsule de fusil; l'œil est demeuré amaurotique. Je me propose de l'appliquer aussi à l'enlèvement des cysticerques du corps vitré.

Abaissement de la cataracte secondaire.

On fait pénétrer l'instrument comme à l'ordinaire dans la chambre postérieure, puis on essaie, par des mouvements de pression en arrière, de plonger l'opacité dans la partie inférieure et externe de l'œil; mais les choses ne se pratiquent pas toujours sans difficulté, et il s'en présente même ici d'assez sérieuses.

Presque toujours les cataractes capsulaires antérieures et capsulo-lenticulaires secondaires sont adhérentes à l'iris, et ne peuvent être abaissées en arrière sans que les brides qui les retiennent aient été préalablement rompues. Lorsque celles-ci ne cèdent pas à la pression exercée d'avant en arrière par l'aiguille, la marge de la pupille est entraînée dans ce sens, et si l'on continue cette manœuvre, l'iris se décolle à sa partie supérieure ou à son côté interne, et tombe dans l'une des chambres. Pour éviter cet accident, on cesse de presser sur la cataracte aussitôt que les fibres iridiennes se tendent fortement, et l'on essaie de diviser les

adhérences une à une avec le tranchant de l'aiguille, en faisant exécuter dans le sens transversal de petits mouvements de scie à l'instrument; on a grand soin de tenir le tranchant un peu éloigné de la marge pupillaire, pour éviter de blesser l'iris et de troubler ainsi l'humeur aqueuse par un épanchement de sang. La division des brides est loin d'être toujours facile, à cause tantôt de leur grande densité, et tantôt de leur élasticité extrême. Dès lors qu'il y en a plus d'une à rompre, il est important de les attaquer successivement dans un ordre tel que la capsule demeure toujours tendue, et que si, par exemple, il n'en reste plus que deux qui retiennent la membrane, l'une en haut de la pupille, l'autre en bas, la supérieure soit rompue la première, parce qu'il est plus facile alors d'enrouler la cataracte secondaire derrière l'iris, et de l'extraire au besoin par la cornée, comme nous le dirons plus bas. Je préfère agir ainsi, que de laisser la fausse membrane flotter dans la pupille, et d'attendre que sa densité, souvent moindre que celle de l'humeur aqueuse, l'ait fait monter au-dessus du champ pupillaire.

L'abaissement de quelques cataractes capsulaires postérieures présente souvent les plus grandes difficultés, à cause du peu de résistance des tissus qui les constituent; c'est en vain qu'on les charge avec l'aiguille un grand nombre de fois; toujours elles remontent à l'instant même où l'on cesse la pression. Ce fâcheux résultat accompagne aussi très fréquemment l'abaissement des cataractes capsulaires antérieures. Par contre, celles-ci sont plus facilement extraites que les autres, parce qu'elles sont situées plus en avant, et surtout qu'elles sont plus résistantes.

Cataractes secondaires nécessitant une opération de pupille artificielle.

J'ai déjà dit plus haut qu'il y a des cas de cataractes pseudo-membraneuses *secondaires* et de fausses membranes pupillaires, qui exigent, non l'opération de la cataracte, mais celle de la pupille artificielle. Cette opération est applicable :

1^o Lorsque la pupille naturelle, après une opération de cataracte ou après une iritis est si complètement fermée, et par une fausse membrane si dure, que l'aiguille ne pourrait pas la détruire sans produire de graves désordres du côté de l'iris.

2^o Lorsque le cristallin et sa capsule sont restés sains, sauf leur partie pupillaire qui est recouverte d'une fausse membrane

après l'iritis. Dans ce cas il serait bien regrettable de le sacrifier dans le but d'enlever la fausse membrane, quand on peut conserver l'appareil cristallinien.

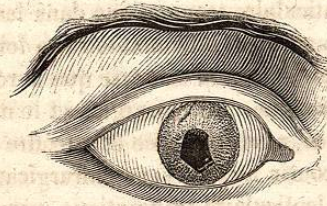
Quoi qu'il en soit, le moyen à employer ici est le même; on pratique la pupille artificielle par excision ou déchirement, selon qu'une petite partie de la pupille naturelle est encore ouverte ou que cette ouverture est complètement oblitérée. Voici comment je procède :

L'œil est maintenu convenablement et les paupières écartées par des élévateurs. Avec un couteau à cataracte ou un couteau lancéolaire je pratique une ponction à la cornée, près de sa circonférence et dans le lieu que je juge le plus convenable. On desserre les élévateurs sans les enlever, pour éviter la compression de l'œil; on introduit une pince courbe, la convexité des mors en arrière: et si la pupille est libre en partie, on en saisit la marge; si elle ne l'est pas, on saisit l'iris en plein tissu, et l'on entraîne ce qu'on a pris vers l'ouverture de la cornée où on le coupe avec des ciseaux (voy. vol. II, p. 540 et 548).

Madame Sévin, journalière à Villejuif, rue d'Amont, 30, avait été opérée par un chirurgien. L'extraction avait été suivie d'une violente inflammation qui avait produit un leucome sur les deux tiers supérieurs de la cornée et une fausse membrane épaisse dans la pupille.

Le 7 juillet 1849, je l'opère de la manière indiquée, mais je ne réussis à faire qu'une pupille trop étroite et en partie masquée par des fausses membranes que j'extrai immédiatement. Bien que l'amélioration obtenue fût assez grande pour permettre à la malade de se conduire facilement, je crus devoir agrandir la pupille le 14 août suivant. J'obtins alors une ouverture convenable qui

Fig. 52.



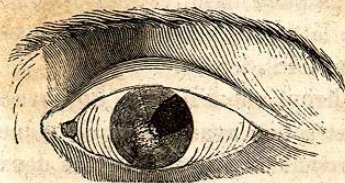
permet à la malade de voir avec les lunettes à cataracte. La figure 52 représente l'œil après l'opération.

Voici maintenant un beau cas de pupille artificielle pratiquée sur un ancien militaire, invalide, demeurant à l'Hôtel, sixième division, corridor Toulon, n° 22. L'œil gauche est perdu; le droit, dont la cornée est dessinée ici, est rempli d'une fausse membrane épaisse occupant la pupille. Le malade ne reconnaît personne et ne peut pas se conduire. Il voit seulement la masse des gros objets en les rapprochant de son œil.

Dans un cas pareil, devait-on détruire l'appareil cristallin pour enlever la cataracte? Non, évidemment; aussi ai-je pratiqué l'opération de la pupille artificielle.

Il y avait en dehors une petite lacune de l'iris, et j'en ai profité pour faire subir à cette membrane la perte de substance indiquée dans la figure suivante :

Fig. 53.



Fausse membrane au centre de la pupille et petite partie d'iris restée collée à la fausse membrane après la déchirure. — Pupille artificielle bien noire en haut et un peu en dehors.

L'opération a rendu la vue à ce pauvre soldat, que j'ai revu bien des fois depuis; il ne sait pas lire, mais il voit bien les plus petits objets.

V. — OPÉRATION DES CATARACTES TRAUMATIQUES.

Nous avons étudié plus haut (voy. p. 144) le traitement médical des cataractes traumatiques; il nous reste quelques mots à dire ici sur le traitement chirurgical pour compléter le sujet.

La cataracte lenticulaire traumatique dans laquelle le cristallin n'occasionne aucun accident inflammatoire ne doit pas, en général, être opérée, surtout quand on constate que la résorption en diminue peu à peu le volume. Le chirurgien et le malade doivent, en pareille circonstance, avoir patience et attendre souvent plusieurs mois avant de recourir aux moyens chirurgicaux.

Si la cataracte lenticulaire traumatique persiste, comme cela arrive après que la plaie de la capsule s'est refermée, on pourra recourir à la discision par la cornée à diverses reprises, au besoin,

suivant les indications qui ont été décrites plus haut (voyez page 312). Dans aucun cas on ne devra songer à l'abaissement sclérotical, les cataractes lenticulaires traumatiques récentes manquant de la consistance nécessaire pour présenter à l'instrument une résistance convenable.

La cataracte capsulaire traumatique et la capsulo-lenticulaire seront traitées par les procédés que nous avons exposés déjà en parlant des cataractes lenticulaires adhérentes et des cataractes secondaires adhérentes et libres, nous n'y reviendrons donc pas ici.

Mais si la cataracte traumatique lenticulaire récente gonfle beaucoup, qu'elle fasse hernie dans la pupille en occasionnant de violentes douleurs, on doit se hâter de recourir à l'extraction linéaire suivant le procédé décrit plus haut, même quand l'inflammation est le plus violente, parce qu'alors le cristallin joue le rôle d'un corps étranger. On traite alors la cataracte traumatique comme la lenticulaire mal opérée par discision. Si des exsudats existent déjà dans la pupille, ou qu'une irido-choroïdite se déclare, on fait disparaître aussitôt l'inflammation en procédant comme nous l'avons indiqué plus haut, c'est-à-dire en ponctionnant simultanément la cornée et l'iris à la partie supérieure externe, en extrayant la cataracte, avec les exsudats, et en excisant au besoin une petite partie de l'iris (voy. page 351).

Si le cristallin renferme le corps étranger qui l'a blessé, on peut souvent, à l'aide de l'ophthalmoscope, l'apercevoir pendant quelque temps et se guider ainsi quant au pronostic, soit sous le rapport des progrès de la cataracte, soit quant aux inflammations qui pourraient surgir par suite de cette complication. Quelquefois le corps vulnérant est renfermé sous la cristalloïde. J'ai vu cette membrane maintenir en place des grains d'acier, des pierres, un éclat de capsule fulminante; le cristallin s'était résorbé et l'œil ne présentait aucun signe d'inflammation. Une autre fois j'ai observé un cristallin entièrement opaque et contenant au centre de sa surface antérieure un éclat de colle forte. J'ai extrait la cataracte et ce corps étranger le 27 juin 1856, par kératectomie supérieure sur le nommé Tryon, âgé de trente-six ans, exerçant la profession d'ébéniste, 170, faubourg Saint-Antoine, qui fut rapidement guéri.