ment au bord pupillaire ; ce qu'il faut considérer, ce sont les extrémités de la section près des points de ponction et de contreponction, qui, après écoulement de l'humeur aqueuse, viennent surtout se mettre en contact avec l'iris.

Ce simple rapprochement des extrémités de la plaie du bord cornéen, si l'on ne fait pas l'excision de l'iris, ne garantit, pas plus que dans la section de *Liebreich*, des enclavements ; et j'ai vu ceux-ci déterminer des irido-choroïdites les plus redoutables, des irritations sympathiques et des complications glaucomateuses tardives, sur des malades opérés par des confrères, rares, à la vérité, qui affectionnent ce genre d'opération. Aussi peut-on prédire sûrement que cette méthode ne se répandra pas comme procédé unique, applicable à la cataracte sénile.

Au contraire, l'extraction à lambeau périphérique combinée peut être généralisée, quoiqu'un opérateur soucieux d'arriver au plus haut degré de perfection possible trouvera préférable de réserver, pour l'extraction périphérique simple, les cas véritablement appropriés à la conservation d'une pupille ronde.

SIXIÈME LEÇON

OPPORTUNITÉ DE L'OPÉRATION DE LA CATARACTE. — PRÉPARATION DE L'ŒIL. — INFECTION IMMÉDIATE ET MÉDIATE. — ENCLAVEMENTS IRIDIEN ET CAPSULAIRE. — EXTRACTION DU CRISTALLIN DANS LA CAPSULE.

Avant de quitter l'opération de la cataracte sénile, il sera encore nécessaire de répondre à quelques questions qui se posent à chaque moment dans la pratique d'un opérateur. Je ne reviendrai pas sur ce qui regarde le choix de la méthode (simple ou combinée), ni sur la préférence qui devra

être donnée à tel ou tel procédé ; ce sont des points sur lesquels nous nous sommes déjà peut-être trop longtemps attardés. Je ne fais que mentionner aussi le mode opératoire qui consiste à ouvrir la capsule vers l'équateur (en pratiquant une soi-disant boutonnière, quoique, en réalité, on détache généralement aussi dans ce cas, avec le kystitome ou l'aiguille, un lambeau triangulaire), lorsque, ayant affaire à une cataracte capsulo-lenticulaire, on se propose d'enlever ensuite la plaque capsulaire d'une cataracte extra-mûre ; ou bien si, se trouvant en présence d'une cataracte morganienne, on veut se faciliter la sortie d'un petit noyau très mobile. Ces diverses manœuvres ont été trop explicitement traitées dans les leçons précédentes[1] pour qu'il soit besoin d'y revenir.

Opportunité de l'opération de la cataracte.

Occupons-nous seulement des questions relatives à l'opportunité de l'opération de la cataracte. Faut-il opérer un œil lorsque la cataracte dont l'autre est affecté n'est pas encore mûre? Peut-il être indiqué d'opérer des cataractes non mûres? Doit-on dans une même séance opérer les deux yeux?

On se décidera à l'opération d'une cataracte, même si l'autre œil ne présente aucune opacité cristallinienne, toutes les fois qu'il s'agit de personnes dont les occupations rendent dangereuses la réduction du champ visuel, par suite de l'absence de vision sur l'œil cataracté. Dans ces conditions se trouveront les ouvriers des usines où l'on emploie de puissantes forces motrices. On rangera aussi dans cette catégorie ceux qui sont forcés de circuler constamment dans les rues des grands centres. A-t-on affaire à des malades occupant une position qui ne les contraint pas au travail, on peut alors fixer l'époque de l'opération au moment où la cataracte se sera développée sur le meilleur œil au point de rendre la lecture difficile. Encore faut-il ici tenir compte de l'état moral des malades, et considérer que chez certaines personnes nerveuses la menace constante de devenir aveugle

1. Voy. *Thérapeutique oculaire*, p. 444 et 500.

et surtout de tomber sous la domination de personnes étrangères exerce une fâcheuse influence sur leur caractère et les effraye au point qu'il en résulte pour elles un avantage réel, si on leur donne « un œil de réserve », quoique l'autre soit capable de faire encore un long service.

En faisant l'opération dans ces dernières conditions, le médecin devra s'attendre à supporter les inconvénients qui se présentent ordinairement lorsque l'on opère une personne qui voit encore bien avec un œil, le malade ne sachant jamais autant apprécier le service rendu que si l'opération lui restitue la faculté de circuler et de lire. Mais l'opérateur ne devra jamais pousser l'égoïsme jusqu'à vouloir, afin de sauvegarder l'éclat de sa situation, que son malade passe par une cécité complète, afin qu'il apprenne ainsi à saisir toute l'importance du service que lui rend l'opération. Nous devons désirer, non seulement rétablir la vision de personnes atteintes de cataracte complète, mais surtout aussi prévenir la perte de la vue, et soustraire les malades aux souffrances morales que leur cause la privation de leur indépendance, et aux pénibles inconvénients qu'ils peuvent éprouver lorsqu'il leur est devenu impossible de déchiffrer la moindre lettre, triste situation qui sera encore plus vivement ressentie dans les hautes classes de la société.

Une circonstance qui nous engage à ne plus nous préoccuper que dans une faible mesure du degré de maturité de la cataracte, c'est lorsque celle-ci marche avec une égale rapidité sur les deux yeux. Dans ce cas, l'abaissement seul de la vision nous indique l'époque pour l'opération. Cette dernière devra être décidée, dès que le malade aura atteint cette période dont nous parlions tout à l'heure, c'est-à-dire lorsqu'il sera sur le point de cesser de jouir de son indépendance, et que la lecture commencera à lui devenir impossible. J'ai dans de telles conditions souvent opéré à un intervalle de huit jours les deux yeux, me rendant au désir des malades de mettre pour toujours fin aux soucis que leur

causait la défectuosité de leur vue, et de les soustraire aux inconvénients de la vision monoculaire, ainsi qu'au trouble qu'occasionne, pour la fonction visuelle, un œil à moitié privé de la vue.

S'agit-il de cas simples, où la cataracte est arrivée à parfaite maturité sur les deux yeux? Il est, chez des personnes âgées, absolument indiqué d'opérer les deux yeux à la fois, afin de ne pas les soumettre à deux reprises aux privations que leur impose l'opération, quelque minimes d'ailleurs qu'elles soient. Sous ce dernier rapport, nous avons aussi réalisé de sérieux progrès, en n'imposant à nos malades ni traitement préventif (purgations), ni privation de nourriture, ni, ce qui est surtout apprécié par les opérés, un repos dans une immobilité absolue.

Les malades se lèvent toujours quelque temps le surlendemain de l'opération, et quittent le lit le troisième ou le quatrième jour. Jusqu'où peut aller cette liberté accordée aux opérés ressort du fait que, opérant à Biarritz, pendant mes vacances, des malheureux que je suis forcé de laisser partir après l'extraction de la cataracte jusqu'à 15 et 20 kilomètres de distance, je n'en ai vu résulter aucun inconvénient, et cela en ne prenant même, dans cette contrée si favorisée, aucune précaution de désinfection et de pansement antiseptique.

Cette latitude ne doit pourtant pas aller jusqu'à un tel point que, sans raisons majeures, nous nous mettions dans le cas d'avoir à nous reprocher une imprudence. C'est pour cette raison que, dans des conditions ordinaires, si le moindre doute plane sur le pronostic de l'opération, nous ne pratiquons l'extraction, chez des personnes atteintes de cataracte double, que sur un seul œil, remettant à un intervalle de huit jours la seconde opération; en outre, nous ne supprimerons pas le pansement, non plus que le séjour au lit pendant les premiers jours; enfin nous aurons surtout soin de ne pas négliger la désinfection du pourtour de l'œil, telle que

Désinfection préparatoire de l'œil.

nous la pratiquons actuellement, au moyen de très faibles solutions d'acide carbolique (1 pour 100), en faisant porter sur l'œil, pendant quelques minutes, à l'aide d'une bande de toile, une éponge préalablement désinfectée et trempée dans de l'eau carbolisée. Ces désinfections sont faites même chez les personnes de la meilleure société, n'oubliant pas que les dames particulièrement ont souvent l'habitude de déposer sur le bord de leurs yeux des cosmétiques variés. Cette désinfection, que nous pratiquons deux ou trois minutes avant de procéder à l'opération, est la seule préparation que subit le malade.

Ce changement complet dans la « préparation » du malade montre aussi combien, depuis une vingtaine d'années, nos idées se sont modifiées. Je me rappelle qu'au début de mes études on en était encore à se demander sérieusement si les accidents consécutifs à l'opération surgissaient du côté de la cornée ou de l'iris, si la panophthalmie si redoutable débutait par une kératite ou une iritis suppurative. Ce doute résultait de ce que l'on ne voulait pas dans les premiers temps découvrir l'organe opéré, et que l'on ne faisait ordinairement cette inspection qu'après l'apparition d'une sécrétion purulente révélant le danger, c'est-à-dire à une époque où la suppuration avait déjà fait suffisamment de progrès pour rendre méconnaissable le point de départ du mal. M. *Jacobson*, en préconisant d'inspecter l'œil 6 ou 8 heures après l'opération, en montrant que l'on pouvait hardiment procéder à cette inspection en s'aidant de l'éclairage oblique, a évidemment ouvert la voie qui devait nous permettre ces études.

Surveillance de l'œil opéré.

Néanmoins, comme nous sommes actuellement déjà renseignés sur le siége du danger, il est inutile et même parfois préjudiciable pour le malade de trop précipiter l'exploration de l'œil opéré, de répéter souvent l'examen et d'y procéder longuement et avec minutie. Si rien de particulier ne nous y engage, il est indiqué de ne changer le pansement que

douze heures après l'opération, et de n'inspecter l'œil qu'au bout de vingt-quatre heures, c'est-à-dire à une époque où la plaie est déjà habituellement assez bien fermée.

A-t-on eu recours pour l'opération à une section en haut, il est bon, à ce premier examen, de ne pas laisser le malade regarder en bas, car ce mouvement peut être préjudiciable pour l'agglutination de la plaie, en ce que, occasionnant à l'opéré une sensation pénible, il le force à cligner et provoque ainsi facilement un épanchement sanguin dans la chambre antérieure. Du reste, si le malade n'accuse aucune douleur, si le pansement est sec et que l'humeur aqueuse se montre tout à fait transparente, il est absolument inutile de découvrir l'œil de façon à mettre à jour toute l'étendue de la plaie ; cette inspection, qui ne nous apporte aucune indication particulière pour le traitement, peut être remise à quelques jours, c'est-à-dire à une époque où la consolidation de la plaie se trouve plus assurée.

Nous nous bornons donc à un simple nettoyage avec de l'eau carbolisée, et nous n'avons recours, les deux premiers jours après l'opération, à aucune instillation. L'exact retour de l'iris à sa situation normale, l'évacuation complète ou presque complète des masses corticales, nous autorisent à continuer à nous abstenir de tout collyre. Pourtant il faudrait se départir de cette règle, si le champ pupillaire ne se montrait pas absolument libre, et surtout si, près de quelques masses corticales retenues dans l'œil, l'iris contractait des adhérences. Deux à trois instillations d'atropine seraient alors utilement faites chaque jour.

On peut même se trouver dans l'obligation, bien que la position des parties sectionnées du sphincter iridien laisse à désirer, de ne pas recourir à l'usage de l'ésérine, à cause de l'irritabilité que montrait l'iris dans les premiers jours qui ont suivi l'opération. Toutefois on aura recours à un emploi énergique de l'ésérine lorsque, dans un procédé simple d'extraction, un prolapsus ou même un simple enclavement

se sera produit, sous l'influence d'une augmentation de tension. C'est dans ces circonstances que M. *Kaiser*[1] de Philadelphie a constaté la première fois l'action antiglaucomateuse de l'ésérine, qui amena un retrait complet du prolapsus.

Dans cet exposé de l'opération de la cataracte sénile, nous ne devons pas seulement, messieurs, faire ressortir les progrès que nous avons obtenus, il nous faut encore envisager les dangers auxquels se trouve exposé un œil après l'opération. Tandis qu'autrefois on portait son attention sur l'état général de santé de l'opéré, sur la sénilité précoce, sur le marasme, etc., qu'on accusait des états diathésiques (diabète) dès que la moindre complication se présentait, nous nous préoccupons actuellement exclusivement, et cela avec raison, de l'état dans lequel se trouvent l'œil et ses annexes.

Infection immédiate.

Pour ce qui regarde la suppuration, nous avons à nous garantir d'une *infection immédiate* et *médiate*. Dans la première, la constitution et la nutrition du malade n'ont à jouer aucun rôle. Le sujet le mieux portant peut, en effet, subir l'inoculation de masses putrides (en fermentation), que celles-ci résultent du contact des doigts, des instruments, qu'elles proviennent des bactéries que charrie la sécrétion conjonctivale, ou celle des voies lacrymales, enfin soit que ces produits aient pris naissance sur les paupières près des cils (blépharite). Cette *infection immédiate*, de laquelle nous pouvons nous garantir plus ou moins efficacement, se caractérise par une très grande soudaineté dans ses effets; elle stimule la sécrétion conjonctivale, amène de vives douleurs, et entraîne une suppuration des bords de la plaie dans les douze ou vingt-quatre heures, en s'accompagnant d'un trouble rapidement accusé de l'humeur aqueuse et d'œdème conjonctival, avec sécrétion presque instantanée.

Infection médiate.

L'*infection médiate* résulte bien moins souvent du transport de matières infectantes entre les lèvres de la plaie que de la décomposition du serum amassé dans la section, qui, à cause d'une coaptation défectueuse, a rendu possible cette accumulation, ayant eu pour effet de s'opposer à l'agglutination qui dans de bonnes conditions s'opère avec tant de promptitude. Ce serum décomposé active alors, par ses qualités irritantes, la diapédèse (*Lister*), qui prend le caractère de la suppuration lorsqu'elle s'étend sur une région très riche en vaisseaux.

1. *De l'ésérine en thérapeutique oculaire*, par L. de Wecker. *Ann. d'ocul.*, t. LXXVII, p. 35.

J'ai fixé toute mon attention pour découvrir à quelle cause doit être rapportée l'immunité dont jouissent les plaies exécutées pour l'iridectomie, comparativement à celles que l'on pratique dans l'opération de la cataracte. La plus grande étendue de ces dernières, qui rend moins facile la réalisation d'une coaptation absolument exacte, relativement à ce qui se passe pour l'iridectomie, ne suffit pas à nous fournir une explication satisfaisante. Il est certain qu'un opérateur peut aisément arriver à faire mille iridectomies sans rencontrer un seul cas de suppuration, tandis que le plus heureux chirurgien n'a pu encore réduire à moins de 8 à 10 suppurations le chiffre des pertes que lui donne un semblable nombre d'opérations de cataracte, et, si nous nous reportons aux anciennes extractions à large lambeau, nous arrivons au chiffre effrayant de 80 suppurations [75, suivant un des plus habiles opérateurs (*de Arlt*)].

Une explication qui réclame une observation attentive est la suivante : La stimulation de la diapédèse par un liquide (en décomposition) interposé entre les lèvres d'une plaie d'iridectomie ne se communique probablement qu'aux vaisseaux scléroticaux et au système vasculaire extra-oculaire, tandis que la communication de la plaie cornéenne avec le sac capsulaire pourra permettre à l'action stimulante d'un pareil liquide de gagner les vaisseaux qui rampent dans la partie antérieure du tractus avéal, dont la richesse expliquerait alors comment ce mouvement de diapédèse prendrait les

caractères désastreux de la suppuration, alors que pour la plaie de l'iridectomie il se produirait seulement une sécrétion muqueuse plus abondante à l'entour de la plaie, par suite du retentissement sur le sac conjonctival.

L'*infection médiate* se distingue, à mon avis, par une apparition plus tardive (après 24 heures), par une indolence plus grande des symptômes irritatifs, les douleurs étant peu accusées ou même parfois faisant presque complétement défaut, et surtout par une tendance à se circonscrire plus facilement, alors que l'infection immédiate marche souvent avec une effrayante rapidité et tend davantage à la panophthalmie. Pour ce qui concerne cette infection médiate, particulièrement lorsque l'on adopte une section qui, par sa nature, se prête à une moins bonne coaptation, l'état général, l'affaissement des tissus, peuvent jouer un certain rôle; et dans ce cas aussi le traitement purement mécanique, la compression (le bandeau serré), sont susceptibles de trouver une application rationnelle.

Il est presque inutile de dire que les formes immédiate et médiate d'infection sont capables de se combiner ; c'est-à-dire qu'on peut, sur un œil opéré dépourvu d'une bonne coaptation et ainsi prédisposé à l'infection médiate, faciliter celle-ci par l'introduction de substances infectantes. C'est pour cette raison que le contact de l'air sur l'œil est autant que possible à éviter, et qu'il faut tâcher de remédier à cet inconvénient en faisant des lotions avec des solutions désinfectantes, et en s'abstenant de toute instillation, à moins qu'une indication bien précise n'en réclame l'emploi.

Iritis et irido-choroïdites consécutives à l'extraction.

Nous avons aussi à relever un progrès notable en ce qui regarde l'appréciation des faits relatifs aux causes des iritis et des irido-choroïdites consécutives à l'extraction. Tout d'abord on a reconnu qu'il était faux que le développement d'une suppuration de l'œil, telle qu'elle peut se présenter dans les premiers jours qui suivent l'opération, soit susceptible de prendre son point de départ dans l'iris. Éclate-t-il

à cette époque une inflammation suppurative de l'iris en amenant la formation d'un hypopion, il n'est pas difficile de se convaincre que l'origine du mal est une suppuration circonscrite siégeant dans la plaie même. Car il sera inutile de rappeler que la suppuration n'a nullement besoin de s'étaler le long de la cornée, mais qu'au contraire elle peut descendre, en quelque sorte, dans l'intérieur de l'œil, sans que la cornée montre un défaut considérable dans sa transparence. Est-ce que l'on n'observe pas, par exemple, que le corps vitré s'abcède partiellement ou en totalité, à la suite d'une suppuration restant limitée à la plaie, qui s'entrebâille, et dont le lambeau se place parfois presque à angle droit, mais en laissant la cornée dans un état de transparence presque parfaite?

Il est certain, d'un autre côté, que, à la suite d'une iritis ou d'une irido-choroïdite tardive, dans l'évolution de laquelle le sac capsulaire peut jouer un rôle important, l'inflammation est susceptible de prendre les caractères de l'iritis ou de l'irido-choroïdite suppurative, avec hypopion plus ou moins abondant. Ce que nous nions d'une manière catégorique, c'est qu'il puisse, dès les premiers jours, se développer, indépendamment de la plaie cornéenne, une suppuration de la partie antérieure du tractus uvéal, capable, par la participation des parties profondes et de la cornée, de donner lieu à une panophthalmie. Tous les accidents primitifs sont, ainsi que nous l'avons toujours exposé, de nature infectieuse.

Iritis tardives.

Les irritations et inflammations de l'iris qui éclatent le quatrième ou le cinquième jour, parfois même deux ou trois semaines après l'opération, à une époque où l'on se croyait déjà à l'abri de tout accident, sont, ainsi que le prouve l'expérience clinique, dues à des causes purement mécaniques. L'accentuation qu'ont prise ces accidents, ainsi que leur plus grande fréquence, lorsqu'on s'est efforcé de réduire la section et de rechercher surtout le maximum

de linéarité, ont été d'une grande importance pour arriver à l'appréciation saine de l'origine de ces phénomènes inflammatoires.

Ce n'est certainement pas la rétention plus ou moins considérable de masses corticales, leur gonflement et leur contact avec l'iris, qui provoquent ces symptômes (quelque nuisible que puisse être leur présence, en amenant le développement d'une cataracte secondaire); mais c'est surtout le changement de position que subit l'iris par suite de ces masses retenues et gonflées, ce sont les accentuations de la pression intra-oculaire, les ruptures de la plaie sous cette influence et l'interposition de plis iridiens ou capsulaires, qui donnent la principale impulsion aux phénomènes irritatifs.

Enclavements iridien et capsulaire.

On observe parfois que, même avec un champ pupillaire parfaitement noir, il se produit assez brusquement, le cinquième ou le sixième jour, une iritis ou une irido-choroïdite, qui affecte souvent alors une marche d'une lenteur désespérante. Examine-t-on avec soin, avant que le champ pupillaire ne soit encombré d'exsudats et rétréci, et surtout avant que l'humeur aqueuse, par son trouble, ne rende difficile l'exploration, ce qui peut être la cause de cet état douloureux, on arrive toujours dans ce cas à se convaincre qu'il y a interposition dans la plaie, soit de l'iris, soit plus souvent encore de la capsule, et que l'inflammation est provoquée par ces enclavements.

Deux causes peuvent expliquer ici la soudaineté de cette inflammation, alors qu'un calme parfait laissait espérer une issue absolument favorable : d'abord, par suite d'une rupture de la plaie consécutive à un traumatisme (un choc sur l'œil pendant le sommeil), il peut s'être opéré un enclavement de l'iris, et, en pareil cas, un épanchement sanguin dans la chambre antérieure signale l'accident; en second lieu, il peut se faire qu'un pareil enclavement existait déjà, mais qu'il n'a révélé ses graves inconvénients qu'à la suite de la sou-

dure de la capsule avec l'iris, lorsque celui-ci en se dilatant, soit spontanément, soit sous l'influence d'un mydriatique, a exercé une traction directe sur la plaie.

La façon suivant laquelle ces iritis et ces irido-choroïdites se comportent comparativement aux formes spontanées démontre aussi leur origine mécanique. Ainsi l'on peut observer des cas où l'inflammation prend le véritable caractère de la simple iridalgie; puis, après que les opérés ont souffert pendant des semaines ou des mois, tout rentre dans l'ordre sans que le champ pupillaire, quoique rétréci, présente des opacités telles que la vision en soit sensiblement troublée. D'un autre côté, il arrive qu'en dépit de tout traitement, si énergique même qu'il soit, la pupille se ferme, en même temps qu'elle se trouve attirée progressivement vers la plaie cornéenne, avec laquelle elle finit par se confondre. Il se développe d'épaisses croûtes exsudatives, ou même une phthisie antérieure de l'œil, capables, au moment de la rétraction des produits néoplasiques, d'entraîner une irritation sympathique de l'autre œil.

La constatation de l'origine mécanique de ces inflammations offre une très grande importance pratique; car, si l'impuissance de la médication générale était un avertissement démontrant que le traitement ne devait pas être dirigé de ce côté, la cause même du mal suffisait pour nous engager de plus en plus à avoir recours, ainsi que nous l'exposerons plus tard, à des moyens mécaniques. Insistons seulement ici sur ce point qu'en obéissant à la routine qui nous poussait autrefois à user des mydratiques on stimulait très souvent ces inflammations ou au moins on les entretenait.

Extraction du cristallin dans la capsule.

Il serait impossible, même si nous voulions prétendre à un exposé complet, de vous donner, en terminant ces leçons sur l'extraction de la cataracte, une simple énumération de toutes les modifications opératoires qui ont été proposées. Pourtant il sera utile de nous arrêter encore un instant aux

essais qui ont été tentés pour enlever le cristallin sans ouverture préalable de sa capsule. Ces tentatives déjà faites par *Daviel*, *Richter* et *Beer*, ont été reprises dans ces derniers temps par *Sperino*, *Christiæn*, et surtout poursuivies avec une certaine obstination par les frères *Pagenstecher*[1]. Moi-même, qui ai exécuté un certain nombre de ces opérations (66 cas), je me suis déjà ailleurs[2] prononcé contre cette brutale méthode d'extraction, qui a encore présenté de plus sérieux inconvénients lorsqu'on a voulu l'appliquer aux procédés linéaires d'extraction.

Lorsque *Moine*, *Sperino*, *Christiæn* et autres, s'efforçaient, après une large section à lambeau, de faire sortir par la simple pression le cristallin dans la capsule, un heureux hasard et une grande souplesse des doigts acquise par une longue expérience pouvaient encore faire donner à cette méthode un certain nombre de réussites brillantes; mais en réduisant les sections, en les rendant moins aptes à s'entre-bâiller et, par suite, en diminuant les chances d'un dégagement spontané, ce qui obligeait à recourir bien plus souvent aux instruments à traction dans la majorité des cas, on a forcément imprimé à cette méthode le stigmate de la déchéance, car, comme nous l'avons dit à diverses reprises, aucune méthode d'extraction qui implique l'usage d'instruments à traction n'est née viable. A part ce qu'a de défectueux l'emploi de ces instruments, il faut ajouter que cette méthode d'extraction dans la capsule pèche encore par un défaut capital : c'est que l'opératenr le plus excercé ne saurait assurer s'il mènera à bonne fin le plan opératoire qu'il s'est proposé ; et, de l'aveu même de ceux qui préconisent ce genre d'opération, les cas où la capsule se rompt (ce qui se présente encore assez fréquemment) rendront le pronostic encore plus fâcheux que dans les procédés les moins favorables.

1. *Die Operation des grauen Stdares*, etc., in-8°, 1877.
2. *Thérapeutique oculaire*, p. 500.

Si l'on avait résolu néanmoins de se faire une opinion personnelle sur la valeur de ce mode opératoire, il serait nécessaire de choisir une méthode d'extraction facilitant le mieux possible la sortie du cristallin, et, sous ce rapport, la méthode combinée à lambeau périphérique (de 4 millimètres), pratiquée en bas pour ce genre d'opérations, me parait être celle qui devrait être préférée. L'excision de l'iris faite, on tentera, par une douce pression exercée soit avec la paupière supérieure, soit avec la spatule ou la curette de caoutchouc, d'engager le bord cristallinien dans la plaie et de faire échapper, par une pression modérée, mais progressive, le cristallin, tout en prenant bien garde de le luxer.

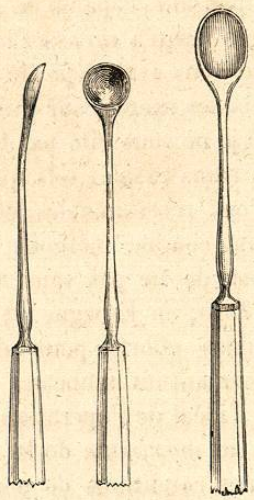

Fig. 19. Fig. 20.

Si ces tentatives échouent, on introduira au-dessous de la cataracte une simple curette de *Critchett* ou ma propre cuillère (fig. 19), en ayant soin que le bord de ces instruments arrive en contact avec le bord du cristallin opposé à la section, puis on ramène celui-ci au dehors par une traction douce et progressive, en évitant de le trop presser contre la cornée, ce qui augmenterait le danger de rupture pour la capsule et exposerait à faire échouer le but qu'on veut atteindre.

Dans les leçons de « Thérapeutique oculaire » (voy. page 498), je vous ai démontré, en vous exposant la méthode de *Pagenstecher*, combien celle-ci était violente ; si néanmoins vous aviez encore le moindre doute à cet égard, il vous suf-

firait pour vous convaincre de jeter les yeux sur la cuillère (fig. 20) destinée à ramener le cristallin. Représentez-vous le surcroît de volume qu'apporte ce grossier instrument à la cataracte qu'il s'agit d'enlever, et établissez une comparaison avec l'étendue d'une section linéaire ou à très faible lambeau, à travers laquelle doivent se présenter simultanément cette même cuillère et la cataracte enfermée dans sa capsule intacte et offrant par conséquent son volume total; vous vous ferez alors cette réflexion, en considérant que néanmoins on a réussi par pareille méthode à obtenir un assez grand nombre de guérisons, c'est que l'œil est un organe complaisant, capable de supporter des brutalités et des violences jusqu'à un assez haut degré. Du reste, cet enseignement nous avait déjà été fourni par l'observation des traumatismes exercés sur l'œil.

Si je ne vous cite pas les procédés excentriques d'extraction transversale, tels que *Tavignot*, *Küchler*, *Notta*, etc., les ont recommandés, et qui n'ont jamais pu s'accréditer même comme méthode exceptionnelle, il serait toutefois injuste de ne pas vous rappeler que *Castorani*, en Italie, *Del Toro*, en Espagne, et *Taylor*, en Angleterre, ont fait de louables efforts pour obtenir une section plus étendue en formant un lambeau, et qu'ils ont insisté pour établir que l'idéal de l'opération ne se trouvait pas dans la réduction *ad maximum* de la section, mais que, pour offrir de bonnes conditions de sortie au cristallin, la plaie devait détacher un tiers de la cornée.

Je termine en vous recommandant de fixer votre attention sur trois points essentiels, qui se rapportent à toute opération rationnelle de cataracte sénile. D'abord il faut rechercher une sortie aussi facile que possible du cristallin. Dans l'ancienne méthode à lambeau, on laissait, en écartant les paupières, à la seule pression intra-oculaire le soin de chasser le cristallin de l'œil, ce que permettait la très-large ouverture de la section. Si la réduction du lambeau, de la moitié au

tiers de la cornée, nous oblige à renoncer à cette sortie idéale, il faut au moins qu'aucune violence ne soit exercée sur l'œil, et que le simple entre-bâillement avec la spatule et le très léger refoulement obtenu en même temps avec ce délicat instrument suffisent, si la section a été bien exécutée.

En second lieu, garantissez-vous avec le plus grand soin des enclavements dans la section, et n'oubliez pas que ces enclavements sont d'autant plus favorisés que la réduction démesurée de la plaie a impliqué un passage plus laborieux de la cataracte à travers l'ouverture étroite pratiquée à l'œil.

Enfin portez toute votre attention sur le parti à tirer des découvertes récentes relatives à l'infection des plaies et à l'influence de celle-ci sur la suppuration. Si je ne regarde pas l'emploi du *spray* comme un moyen pouvant être pratiquement appliqué pendant l'exécution de l'opération, car la désinfection du voisinage de l'œil, ainsi que celle des instruments, peuvent fournir une suffisante garantie, je suis néanmoins tout porté à croire que le pansement antiseptique bien dirigé est susceptible de réduire encore dans une certaine proportion les cas si désastreux de suppuration de la plaie.

SEPTIÈME LEÇON

DISCISION. — EXTRACTION DE LA CATARACTE SECONDAIRE. CAPSULOTOMIE.

Historique.

Quoique la fable veuille que ce soit à la discision que les chèvres atteintes de cataractes eurent recours empiriquement pour se guérir, en s'implantant une épine dans l'œil malade, il est infiniment plus probable que, dans leurs courses folles à travers les broussailles, les épines leur ont plus fréquemment donné la cataracte qu'elles ne les en ont guéries. D'ailleurs comment aurait-on pu se rendre compte