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

de cet acte d'instinct à une époque où l'on ne savait même pas ce qu'était la cataracte? L'interprétation d'après laquelle des anciens, comme *Galien*, auraient déjà pratiqué la discision réitérée, est bien discutable, attendu qu'en l'absence d'une notion exacte sur la nature et le siège de la cataracte on confondait l'hypopion, les troubles cornéens et pupillaires, avec les opacités cristalliniennes. Rappelons combien les guérisseurs de la cataracte à l'aide des médicaments ont profité longtemps de la confusion des fausses cataractes avec ce qu'il fallait réellement désigner comme trouble cristallinien.

Aussi la discision, quoique déjà *Richter, Wenzel, Beer* et autres, l'aient exécutée dans la dernière partie du siècle dernier, n'a-t-elle été érigée en méthode opératoire qu'en 1797 par *Conradi* [1]. Elle n'acquit d'importance dans la pratique qu'après les travaux de *Buchhorn* [2], et surtout grâce à ceux que *C. J. M. Langenbeck* [3] fit en 1811. Toutefois ce ne sont que les travaux récents, et surtout la manière si pratique dont *de Graefe* [4] envisagea cette opération, qui permirent à la discision, qui constitue la seconde méthode rationnelle d'opération de la cataracte, de prendre son rang, bien modeste, il est vrai, à côté de la principale méthode, l'extraction de la cataracte.

La discision, qui ne doit attaquer que la capsule cristallinienne, sera soigneusement distinguée d'une ancienne méthode, depuis longtemps passée dans le domaine de l'histoire de la chirurgie oculaire, le *broiement*. Plus l'opération dont nous nous occupons actuellement emprunte de cette méthode délaissée, plus aussi elle tend à prendre les suites fâcheuses inhérentes à ce procédé irrationnel. Dans la discision, ainsi que l'indique son nom, on se propose de pra-

1. *Arnemann's Magazin für Wundarzneikunst*, 1797.
2. *De Keratonyxide*. Hallæ, 1806.
3. *Prüfung der Keratonyxis*. Gottingen, 1811.
4. *Archiv*, t. V, 1, p. 173, 1859.

tiquer l'incision ou la section de la cristalloïde : elle n'a donc aussi rien à faire avec le procédé qu'il convient de désigner par la dénomination plus significative de *dilacération* (*Fréd. Jæger*), cette dernière nécessitant pour être sûrement exécutée l'emploi de deux instruments, dont l'un fixe la portion de capsule que l'autre doit dilacérer, ou qui, tous deux implantés dans la capsule, doivent exécuter un mouvement combiné d'écartement.

Objet de la discision.

On saisira encore mieux le vrai caractère de la discision, ainsi que le véritable mode d'exécution propre à cette opération, si nous disons que la discision a pour but d'ouvrir un accès à l'humeur aqueuse pendant un temps assez long pour que les fibres cristalliniennes non sclérosées puissent se désagréger et être absorbées, et que, par les discisions répétées que peut réclamer ce mode opératoire, on se propose d'établir de nouveau cet accès, rendu impossible par la fermeture de la plaie capsulaire au moyen de masses vitreuses, donnant lieu à une véritable cicatrisation de la cristalloïde, mais que la répétition de l'opération ne peut nullement être destinée à mettre en contact avec l'humeur aqueuse des parties situées plus centralement dans le cristallin, et qui, ayant déjà subi la sclérose, formeraient un noyau, car celui-ci résiste fort longtemps à la résorption, même s'il a été morcelé par l'aiguille.

Il résulte de ce qui précède que la sclérose des fibres oppose un obstacle infranchissable à l'emploi de cette méthode, qui ne doit être mise en pratique que chez de très jeunes sujets n'ayant pas encore atteint la vingtaine. La discision ne pourrait être employée au delà de la vingtième année que s'il s'agissait d'une cataracte traumatique, ayant déjà subi une notable réduction de volume, sans épaississement capsulaire. Se trouve-t-on, au contraire, en présence d'un cristallin encore volumineux, ou bien s'est on proposé, chez un sujet ayant dépassé la vingtaine, d'attaquer une cataracte zonulaire par la discision, il ne faudrait pas se

dissimuler qu'une pareille méthode exigerait, à cause de la plus grande résistance qu'opposent les masses cristalliniennes à la résorption, une longue durée, et que le malade et le médecin devraient, l'un et l'autre, s'armer de patience.

Indications de la discision.

Ainsi la discision est réservée à l'âge le plus tendre, à une époque où l'on recule devant l'ouverture de la cornée. Elle trouve encore son emploi lorsqu'il s'agit de compléter une cataracte incomplète (zonulaire, traumatique) et d'en déterminer la résorption. Toutes les fois, au contraire, que la réduction du cristallin par résorption spontanée ou traumatique est déjà très-prononcée, et que l'opacité capsulaire se montre de préférence accusée, la discision doit céder le pas à la dilacération.

Vous avez assez souvent l'occasion, messieurs, de vous assurer de ce fait important que, si l'on exécute la discision *lege artis*, c'est-à-dire en ne dépassant pas (autant que possible) la cristalloïde, on n'a pas à craindre les accidents que redoutaient avec raison nos prédécesseurs, et qui se traduisaient surtout par des phénomènes glaucomateux, que l'on était incapable, avant la découverte de l'ophthalmoscope, de s'expliquer. Plus tard, lorsqu'on eut reconnu, grâce à ce mode d'exploration, que les enfants ainsi privés de la très bonne perception lumineuse qu'ils possédaient avant la discision de leur cataracte, présentaient des phénomènes d'exagération de la pression intra-oculaire avec refoulement glaucomateux du nerf optique, on chercha à expliquer les accidents par la trop grande extension donnée à la discision, ou par la pénétration exagérée de l'aiguille dans la profondeur de la cataracte, ayant permis une très rapide imbibition des masses cristalliniennes, leur brusque gonflement et par suite une irritation de la partie antérieure du tractus uvéal, avec accentuation des fonctions des nerfs sécréteurs que renferment l'iris et la choroïde.

Pourtant ici il fallait bien aussi avouer que de graves traumatismes ou des discisions très-hardiment et parfois mala-

droitement exécutées infligeaient un sérieux démenti à cette théorie, dans des cas où l'on constatait que le gonflement cristallinien pouvait quelquefois aller jusqu'à occuper complétement toute la partie centrale de la chambre antérieure, ou que des masses floconneuses provenant du cristallin remplissaient le tiers ou la moitié de cet espace, sans que l'œil montrât néanmoins une vive irritation ou une forte injection vasculaire.

Accidents glaucomateux.

Aussi, lorsqu'à la suite d'une discision vous voyez l'œil durcir, la couche épithéliale cornéenne montrer le piqueté caractéristique dû à une distension démesurée de cette couche et à l'élimination irrégulière de ses éléments cellulaires, n'en cherchez pas la raison ailleurs que dans une subluxation cristallinienne, que l'aiguille, trop profondément implantée, ou maladroitement dirigée, ou encore déviée par un mouvement malencontreux de l'enfant, a imprimée au cristallin, le déplacement de ce dernier ayant pour effet l'apparition d'accidents glaucomateux[1]. Si le cristallin a bien conservé son emplacement, nous n'avez rien à redouter du gonflement des masses cristalliniennes, ni de leur contact avec l'iris ; il ne peut subsister aucun doute à cet égard dans votre esprit, car je vous ai montré bien souvent des yeux où l'iris, mis en contact avec des flocons cristalliniens répandus dans la chambre antérieure, ne laissait même pas voir le faible degré d'irritation qui, en l'absence d'une dilatation par un mydriatique, se révèle par une contraction notable de la pupille et la difficulté d'obtenir un élargissement naturel ou artificiel suffisant.

Emploi prudent de l'atropine.

Cet enseignement clinique nous fournit aussi la preuve que nous ne devons pas, en subissant la routine, continuer constamment les instillations d'atropine qui ont tout d'abord servi à faciliter l'ouverture de la cristalloïde, en la mettant largement à découvert. L'usage des mydriatiques, dont le

1. Voy. *Thérap. ocul.*, p. 362.

pouvoir d'accentuer la pression intra-oculaire est actuellement démontré, ne doit pas être généralisé d'une façon irréfléchie, surtout dans les cas où une accentuation de la pression s'observe consécutivement à l'opération. Il faut donc après la discision porter toute son attention sur les effets de l'atropine, et n'en pas abandonner l'emploi à la discrétion des parents. Au besoin, il sera remplacé par les myotiques, lorsqu'une tendance à l'accroissement de la pression se montrera, et cela, comme je vous en ai fourni la démonstration, sans préjudice pour l'iris, qui se trouve alors très intimement placé en contact avec les portions de cristallin gonflées et privées de capsule.

Suppuration. La discision nous présente encore l'occasion de vérifier une théorie dont je vous ai parlé dans la précédente leçon. Quoique regardée comme très-inoffensive, il n'y a guère d'opérateur occupé qui n'ait eu occasion de constater que la très étroite plaie de la cornée est susceptible de donner lieu, bien que très exceptionnellement, à l'apparition d'une suppuration circonscrite, s'accompagnant promptement d'un hypopion avec iritis ou irido-choroïdite suppurative, capable de déterminer une perte plus ou moins totale de l'œil. Naturellement on a aussi eu ici recours au début à une fausse interprétation de cet accident, en le mettant sur le compte de la contusion de la partie de cornée qui avait servi de support à l'aiguille pendant qu'on lui faisait exécuter les incisions capsulaires, alors qu'en réalité pareille suppuration est incontestablement le résultat d'une infection de la plaie, soit pendant, soit après l'opération.

Notons également ici que, tandis que personne n'a encore vu, à la suite de simples piqûres (des paracentèses), l'œil se prendre de suppuration, ce redoutable accident se montre dans le cas qui nous occupe, après une ouverture simultanée de la cristalloïde ayant permis à la substance infectante de propager aussitôt son action diapédésique sur les vaisseaux de la partie antérieure du tractus uvéal. Toutes les garanties

que peut nous procurer le pansement antiseptique doivent donc être mises en œuvre, surtout s'il s'agit d'enfants qui paraissent prédisposés, par suite du défaut de propreté, à contracter aisément une infection de la plaie.

Un des très grands inconvénients de la discision, c'est que, même en ouvrant à diverses reprises la capsule, il arrive que, chez des enfants qui ne sont pas très jeunes, la résorption marche avec une telle lenteur qu'il est difficile de tenir le malade en surveillance dans un établissement particulier. Il est vrai que nous avons accompli de ce côté un progrès, en faisant actuellement de très larges discisions; mais il reste encore ici à expérimenter jusqu'à quel point nous pouvons activer, par la transpiration et la salivation abondantes que fournissent les injections de pilocarpine, et par les instillations simultanées de très fortes solutions de ce myotique, la marche si traînante que présentent certaines discisions. Si l'on trouvait par des moyens chimiques propres à amener une soustraction d'eau un procédé pour accélérer la résorption, la discision, qui occupe actuellement une place si modeste, pourrait prendre tout à coup une importance capitale.

Manuel opératoire.

Fig. 21.

Le manuel opératoire de la discision ne réclame qu'une simple pince à fixation et une aiguille à arrêt (stop-needle de *Bowman*, fig. 21), car, lorsqu'il s'agit de sujets tranquilles ou d'enfants chez lesquels le calme a été obtenu par l'anesthésie, on peut s'abstenir de l'écarteur, pour peu qu'on dispose d'un aide exercé. Après avoir instillé la veille, ou quelques heures avant l'opération, plusieurs gouttes d'atropine (ou de duboisine, si l'on peut s'en procurer), on fait écarter les paupières du malade couché. L'opérateur, *toujours* placé derrière la tête du sujet, fixe l'œil près du bord inférieur de la cornée, et pénètre avec l'aiguille dans le milieu du rayon supéro-externe, pour l'œil

droit, et dans le même point du rayon dirigé en dedans et en haut, pour l'œil gauche.

Je vous conseille de choisir toujours ces emplacements, attendu que la légère cicatrice qui résulte sur la cornée de la pénétration de l'aiguille (ou les cicatrices, si plusieurs ponctions ont été réclamées) se trouve entièrement soustraite à l'observation lorsque le malade cligne quelque peu les paupières. Le dos du nez, peu élevé chez les enfants, n'est nullement un obstacle à l'excursion de l'aiguille qui a pénétré dans la cornée de l'œil gauche.

La ponction se fait verticalement, le tranchant placé dans le sens du rayon par lequel on a pénétré. Arrivé dans la chambre antérieure, on dirige tout de suite l'aiguille vers le milieu du bord inférieur de la pupille, et, à partir d'un point peu distant de ce bord, on trace en l'esquissant en quelque sorte une ligne sur la surface bombée du cristallin avec le tranchant de l'aiguille, en se rappelant bien qu'il faut, pour que la pointe de l'instrument suive exactement la capsule dans laquelle elle a été implantée, que son support, à mesure que l'incision s'approche de la ponction cornéenne, sorte d'une quantité proportionnelle à ce rapprochement.

Cette incision superficielle doit s'étendre du bord pupillaire jusqu'au-dessous de l'emplacement de la plaie cornéenne. Comme un changement de direction de l'aiguille réclame toujours une certaine attention, et qu'une modification dans la position du tranchant est nécessaire, si l'on veut inciser transversalement la cristalloïde, considérant, d'un autre côté, que, suivant nos connaissances actuelles sur l'écart que subissent les lèvres de la plaie capsulaire, il est assez difficile de tomber en dehors de l'ouverture qui a été pratiquée à la cristalloïde par la première incision, nous préférons de beaucoup, s'il s'agit d'inciser très largement la capsule, tâcher, au lieu de donner transversalement le second coup d'aiguille, de faire partir du milieu du bord inférieur de la pupille une nouvelle incision, dont l'extrémité

inférieure joint la première, mais qui, elle, se termine derrière le milieu du rayon diagonal supéro-interne pour l'œil droit, supéro-externe pour le gauche.

Nous nous efforçons de former de cette manière un lambeau triangulaire qui, en se rétractant, laisse largement à découvert une portion notable du cristallin, et qui a bien moins de tendance à se souder par des masses vitreuses, le gonflement des fibres cristalliniennes ayant encore pour effet d'élargir l'incision et de favoriser le retrait par plissement du lambeau ainsi détaché.

Après s'être bien assuré que l'aiguille présente son tranchant suivant la direction du rayon par lequel elle a pénétré, on retire la pince à fixation et l'aiguille, en même temps que l'aide laisse tomber les paupières. Le désir, par un retrait très attentif de l'instrument, de vouloir ménager la conservation de l'humeur aqueuse, ne saurait être réalisé ; mais il faut du moins tâcher d'obtenir que l'écoulement de ce liquide ne s'opère pas trop violemment et qu'il ne devienne pas susceptible, par une pression exercée sur l'œil qui l'active, de favoriser un déplacement du cristallin, qu'une direction malencontreuse de l'aiguille peut avoir préparé. L'instillation d'une goutte d'atropine ayant été faite, on applique le pansement antiseptique.

On ne répète la discision, après quatre ou six semaines, que lorsque l'inspection à l'éclairage oblique nous a bien fourni la conviction que la plaie capsulaire, bouchée par des masses vitreuses, ne livre plus passage à l'humeur aqueuse, et ne laisse plus échapper (en formant hernie) aucune parcelle de masses corticales. Les progrès que la discision a accomplis, surtout la constatation du fait que le contact des masses gonflées ne présente aucun danger du côté de l'iris, si l'exécution de l'opération n'a pas fait subir un déplacement au cristallin, nous permettent de renoncer aux discisions exploratrices d'autrefois, consistant, ainsi que *de Graefe* l'enseignait toujours, à tâter en quelque sorte le terrain par une

petite incision, afin de reconnaître le degré de susceptibilité de l'œil.

Pareille discision exploratrice (si toutefois elle était régulièrement exécutée) devait toujours donner la même réponse, en montrant que l'œil la supportait très bien ; mais elle ne garantissait nullement des conséquences fâcheuses que pouvait avoir ultérieurement une pénétration trop profonde de l'aiguille ayant entraîné une subluxation du cristallin. Aussi ai-je pour habitude d'épargner aux mères les angoisses que leur donnent toujours les répétitions de ces opérations ; et, ayant la certitude de n'exécuter avec l'aiguille qu'un dessin, en quelque sorte, des sections qui doivent circonscrire le lambeau capsulaire, vous me voyez exécuter très largement la discision.

Au début de ces leçons vous avez pu voir un petit enfant de dix-huit mois, venu de Roubaix, chez lequel une unique discision pratiquée le 7 août avait amené la disparition complète, dans l'espace de six semaines, d'une cataracte de l'œil gauche. Les parents ramenaient cet enfant pour l'opération de son œil droit présentant la même affection. Une très large discision fut alors pratiquée de ce côté, et, quoique les masses corticales, quelques jours après, se fussent mises, dans une grande étendue, en contact avec la surface postérieure de la cornée, vous avez vu qu'il ne s'était pas présenté la moindre irritation, et que j'ai été forcé de céder aux instances des parents, en laissant, quinze jours après, le petit malade retourner chez lui pour y attendre que la guérison se complète.

Discision combinée.

La *discision combinée*[1] est une opération qu'on avait inaugurée dans le but d'étendre l'emploi de la discision, et de

1. Rappelons que cette dénomination a été introduite par nous dans le langage courant de l'ophthalmologie. Il y a une dizaine d'années, *de Graefe* m'écrivait à ce propos : « J'accepte, personnellement, volontiers votre proposition de remplacer l'expression *modifié* par le terme *combiné*, à la condition toutefois que cette substitution soit bien accueillie. » L'accueil a été tel que l'ancienne qualification *modifié* est déjà presque complètement oubliée.

l'appliquer aussi à des cataractes plus consistantes, dont on pensait pouvoir plus hardiment attaquer les parties centrales et résistantes, lorsqu'on se serait garanti par l'iridectomie des dangers provenant de l'iris et affectant surtout le caractère glaucomateux. Outre que la discision s'exclut déjà par le simple fait que cette opération perd son caractère propre pour prendre celui du procédé irrationnel qui porte le nom de *broiement*, il est absolument illusoire de penser que même la meilleure et la plus large iridectomie puisse fournir en pareil cas une garantie suffisante contre le glaucome.

Ce procédé trouvait surtout son emploi lorqu'il s'agissait de cataractes à marche très lente, restant pendant des années incomplètes, et qu'on n'osait pas opérer alors par des extractions à lambeau parce qu'on redoutait la rétention des masses corticales. J'ai dû, au début de ma carrière, faire la triste expérience des dangers qu'offre ce procédé. Un banquier de Paris, beau-frère de notre ancien doyen, présentait des cataractes ponctuées à marche très lente, lui permettant de s'orienter, mais lui interdisant toute lecture. Craignant, il y a douze ans, d'extraire pareille cataracte par un procédé combiné, ce qui aurait été pourtant très facile, je me décidai, sur l'œil droit, à faire tout d'abord une large iridectomie en haut, et à procéder, chez ce malade âgé de 54 ans, quatre semaines après, à la discision. Trois autres discisions furent pratiquées successivement, mais, l'orsqu'on eut fait une quatrième discision pour accélérer trois mois après la marche si traînante de la résorption, des symptômes indubitables de glaucome éclatèrent et aboutirent, en dépit de tout traitement (l'usage très abondant de l'atropine ayant encore contribué sans doute à accroître les accidents), à une perte complète de la vision sur cet œil qu'on croyait déjà en très bonne voie de guérison. Profitant de cet enseignement, j'opérai l'autre œil, le gauche, par extraction, avec excision de l'iris, faite quatre semaines auparavant, et j'obtins un résultat visuel excellent.

Nous pouvons dire que la discision combinée a été remplacée là où elle était indiquée par des procédés plus rationnels, et qu'incertaine et toujours fort lente dans son action elle est actuellement absolument délaissée.

Discision préparatoire.

On en peut dire autant de la *discision préparatoire* conseillée par *Manhardt*[1] et *de Graefe*[2]. Aujourd'hui, où l'on a acquis la démonstration que les cataractes incomplètement mûres s'échappent facilement de l'œil, pourvu qu'on leur permette une issue convenable, personne ne songera à compliquer inutilement les procédés d'extraction par une préparation qui peut encore avoir le très grand désavantage, si l'on n'exécute pas strictement la capsulotomie, d'amener des déplacements du noyau en produisant des déchirements de la zonule, accidents qui se manifestaient par une mauvaise sortie de la cataracte, lors de l'extraction pratiquée huit à quinze jours après. Cette sorte de discision *préparatoire* ne peut être mise en usage que dans le cas de jeunes sujets, chez lesquels on est d'avance décidé à recourir à l'extraction linéaire simple (voy. p. 26).

Discision de la cataracte secondaire.

La simple discision peut encore être mise en pratique comme opération de la *cataracte secondaire*, mais exclusivement dans les deux cas suivants : ou lorsque l'opacité qui occupe le champ pupillaire est excessivement mince ; ou bien si, tout en conservant une certaine épaisseur, elle ne date que de très peu de semaines. Pour toutes les autres formes de cataracte secondaire, on s'adresse soit à la *dilacération*, dont il sera question tout à l'heure, soit à la *capsulotomie simple* ou *combinée* exécutée au moyen des pinces-ciseaux.

Arrive-t-il que des malades, après avoir joui pendant longtemps d'une très bonne vision, obtenue à la suite d'une extraction ayant présenté une guérison régulière, vous déclarent que leur vue, depuis une certaine époque, a diminué

1. *Archiv*, t. X, 2, p. 209.
2. *Ibid.*, p. 408.

au point qu'ils éprouvent des difficultés pour la lecture ; en même temps, l'éclairage oblique nous montre-t-il, seulement en laissant tomber très obliquement le cône lumineux, que la pupille présente une teinte grisâtre et un plissement de la capsule, alors qu'il est possible de se convaincre que ces faibles opacités n'impriment à l'image ophthalmoscopique qu'un très léger nuage avec les ondulations de l'astigmatisme irrégulier, il est indiqué, dans ce cas, de recourir à la simple discision avec une seule aiguille, qui ne rencontre alors aussi que très peu de résistance pour déchirer cette capsule recouverte de dépôts vitreux, qu'on observe surtout sur des yeux qui ont été très myopes.

La même discision au moyen d'une simple aiguille est indiquée, si, quinze jours ou trois semaines après l'extraction, une couche assez uniforme de masses corticales recouvre le champ pupillaire, et qu'aucune fente ne se produise dans ce voile, qui empêche le retour à une vision nette pour les petits objets et s'oppose principalement à la lecture. Prévenu d'avance qu'il y aura forcément formation d'une cataracte secondaire, on peut très facilement fendre en un ou deux endroits les masses corticales, en prenant la précaution de ne pas pénétrer trop profondément dans le corps vitré, et d'appliquer deux jours de suite le pansement boraté.

Ces ponctions ont été jugées si inoffensives que, dans des établissements où le nettoyage de la pupille et de la plaie est tout à fait négligé, on a cru pouvoir généraliser la discision pour restituer au résultat opératoire le brillant qu'un manque de soin dans l'exécution de la première opération avait empêché d'obtenir. Toutefois il ne faut avoir recours à ces ponctions que dans des cas exceptionnels, attendu qu'il répugne toujours aux malades de livrer de nouveau au chirurgien un œil qui vient d'être opéré.

Dilacération.

La *dilacération* avec deux aiguilles, que M. *Bowman* a principalement employée, doit être exécutée dans tous les

cas de cataracte secondaire d'une certaine épaisseur, n'ayant aucune, ou presque aucune, adhérence avec l'iris, mais présentant une résistance telle qu'il faut craindre qu'en voulant implanter une seule aiguille pour la traverser elle ne se dégage plutôt de son adhérence zonulaire, en se renversant dans le corps vitré à chaque tentative, que de se laisser traverser par l'instrument.

L'exécution de la dilacération diffère de la simple discision en ce sens que la première aiguille enfoncée pour l'œil droit dans le milieu du rayon supéro-interne, pour l'œil gauche dans le même point du supéro-externe, est appelée, après que l'on a déposé la pince à fixation qui immobilisait l'œil pendant cette introduction, à prendre le rôle d'instrument fixateur, en restant immobile quant à sa pointe dans le milieu du champ pupillaire, tandis que la seconde aiguille pénètre à travers le milieu du rayon diagonal opposé, occupant aussi la moitié supérieure de la cornée, pour aller rejoindre la pointe de l'aiguille précédemment enfoncée. (En sorte que, si, s'étant proposé de procéder à la simple discision, on rencontre des difficultés pour faire pénétrer l'aiguille dans la capsule, on peut, tant qu'on n'a pas perdu l'humeur aqueuse, transformer, séance tenante, par l'introduction d'une seconde aiguille, le procédé de la discision en celui de la dilacération.)

Le but de cette opération est, les deux aiguilles s'étant rejointes par leur pointe dans la cataracte, secondaire ou traumatique, de dilacérer celle-ci par un mouvement de disjonction des pointes ; ou bien, l'une des aiguilles servant à fixer la cataracte, de faire que l'autre opère à elle seule ce mouvement de déchirement, revenant pour les morceaux de cataracte secondaire ainsi détachés à la même manœuvre, de façon que toujours une aiguille serve à la fixation et l'autre à la dilacération.

Qu'on exécute ces mouvements combinés ou isolés, il faut, en règle générale, ne jamais oublier que le maniement des

aiguilles doit se faire dans un plan qui concorde sensiblement avec celui du champ pupillaire, en sorte que les aiguilles seront tenues relativement à l'œil dans une position analogue à celle d'aiguilles à tricoter, et non pas suivant une inclinaison se rapprochant plus ou moins de la direction perpendiculaire. Aussi, lorsque l'on voit que l'on a affaire à un malade présentant un rebord orbitaire ou un nez trop saillants, de manière qu'il faille craindre que l'abaissement du manche des instruments ne se trouve empêché, on peut trouver un avantage à enfoncer les aiguilles dans le milieu des rayons obliques de la partie inférieure de la cornée, bien qu'en règle générale toutes ces ponctions doivent être de préférence pratiquées dans la moitié supérieure de la cornée, où les traces qu'elles laissent sont moins visibles.

Il peut arriver que, chez des personnes très-âgées (à zonule fort peu solide), ces mouvements de dilacération soient rendus difficiles, par la tendance plus grande que présente la cataracte secondaire à se détacher de la zonule et à se replier en arrière, ou bien que le manque d'élasticité des lambeaux déchirés s'oppose à leur retrait, en les laissant se rapprocher dès qu'on a cessé de les tenir écartés avec les aiguilles. En pareil cas, après s'être bien assuré que la cataracte secondaire a de partout été détachée de la zonule, on peut quelques jours plus tard recourir à l'extraction, qui, sur cette capsule libre d'attaches, est susceptible d'être pratiquée à travers l'étroite ouverture que fournit le couteau à arrêt enfoncé dans l'ancienne cicatrice, en se servant d'une simple pince pupillaire à griffes inférieures. Cette extraction, précédée du détachement avec l'aiguille, permet d'obtenir une pupille absolument noire et apte à une excellente vision.

La description des procédés opératoires appliqués aux *cataractes secondaires*, qui se sont développées avec accompagnement d'un processus inflammatoire de la partie antérieure du tractus uvéal, nous conduit tout naturellement aux