

et on se sert de la loupe, de l'ophthalmoscope, du procédé de Purkinje et Sanson, et surtout de l'éclairage oblique, qui, mieux que tout autre moyen d'investigation, dénote les moindres altérations de transparence et la couche du cristallin qu'elles occupent.

Le traitement de la cataracte est principalement chirurgical. Des observations positives démontrent cependant que dans quelques cas exceptionnels l'opacité du cristallin a diminué et même a disparu par l'emploi de moyens médicaux. Le mercure, l'iode de potassium, les révulsifs ont surtout été employés. Il est probable que ce ne sont que des cataractes commençantes, molles, corticales, qui puissent se résorber.

Dans les cataractes traumatiques, lorsque la capsule a été ouverte, le cristallin peut également disparaître; mais il reste le plus souvent une opacité moins étendue, produite par des fausses membranes appliquées sur la capsule.

Dans l'immense majorité des cas, l'opération seule est capable de rendre la vue aux malades.

L'indication à remplir par l'opération consiste à éloigner de l'axe visuel le cristallin opaque qui empêche les rayons lumineux de pénétrer jusqu'à la rétine. On arrive à ce but par bien des procédés opératoires, qui peuvent se classer sous trois méthodes principales. En effet, ou l'on extrait la cataracte (*extraction*), ou on la déplace hors de l'axe visuel en l'enfonçant dans le corps vitré (*abaissement*), ou enfin on se borne à la couper de manière à la livrer à l'absorption (*broiement*).

*Historique.* De ces trois méthodes, l'abaissement est la plus ancienne; il a été décrit par Celse et généralement pratiqué jusque vers le milieu du dix-huitième siècle. Daviel, en 1745, fut le promoteur de l'extraction; on ne peut dire qu'il en fût l'inventeur, car Rhazès rapporte qu'au premier siècle, Antyllus et Latyrion avaient déjà pratiqué cette opération, et du temps d'Avicenne elle paraissait usitée en Perse. Quelques tentatives isolées avaient même été faites au commencement du dix huitième siècle par Pourfour-du-Petit, Saint-Yves et Taylor. Depuis l'époque de Daviel, l'emploi de la méthode par extraction se généralisa et l'abaissement fut négligé, surtout en France. Dans la première moitié de ce siècle, par un singulier revers de fortune, l'abaissement prit de nouveau le dessus, malgré la persistance de l'École de Vienne dans sa prédilection pour l'extraction. Enfin depuis une vingtaine d'années, le plus grand nombre des ophthalmologistes éminents préfèrent l'extraction et rejettent d'une manière, suivant nous, trop absolue les autres méthodes opératoires. A la clinique ophthalmologique de Strasbourg, l'extraction est la méthode usuelle; mais chaque année on

y pratique l'abaissement dans un certain nombre de cas favorables. Quant au broiement, introduit par Buchhorn et Langenbeck, en 1806, après quelques années d'engouement il a été abandonné comme méthode générale et réservé pour des cas exceptionnels.

*Conditions qui font varier les chances de l'opération.* Elles sont relatives :

1° *A l'état général du sujet.* Autant que possible, le cataracté ne doit être affecté d'aucune maladie ni indisposition. Il arrive cependant qu'on est obligé d'opérer des sujets atteints d'affections incurables : de bronchite chronique, de diabète etc.

2° *A l'état de l'œil.* Les cas les plus favorables sont ceux où, le cristallin excepté, toutes les parties de l'œil sont à l'état normal. La complication d'amaurose contre-indique l'opération; les taies de la cornée, les adhérences de l'iris, le ramollissement du corps vitré même n'empêchent pas le succès, mais nécessitent certaines modifications dans les procédés opératoires.

3° *A l'espèce de cataracte.* Les cataractes dures présentent les chances les plus favorables. Dans les cataractes traumatiques le succès est plus rare, la cause déterminante ayant souvent produit d'autres lésions de l'œil.

4° *A la maturité de la cataracte.* Il est de règle de ne pas opérer une cataracte avant qu'elle soit mûre, c'est-à-dire avant la perte presque complète de la vision, afin de laisser le sujet jouir de ce qui lui reste de cette faculté et de ne pas l'exposer à en être privé par les accidents qui peuvent suivre l'opération. Cependant, si le développement de la cataracte n'est accompagné d'aucun travail congestif, et s'il est de la plus grande importance pour le malade de recouvrer promptement la vue, on peut pratiquer l'opération avant que l'affection soit complète.

5° *A l'âge du sujet.* Aucun âge ne contre-indique l'opération. L'extrême importance de la vision, relativement à la formation des idées et au développement de l'intelligence et de l'œil lui-même, doit faire opérer les enfants le plus tôt possible. Lorsqu'ils sont très-jeunes, on les emmaillote pour empêcher leurs mouvements; pour ceux qui sont plus âgés, on se sert du chloroforme. L'âge avancé n'empêche point le succès; on a opéré heureusement des vieillards de quatre-vingt-dix ans et plus.

6° *A la saison.* On opérait jadis la cataracte plus particulièrement au printemps et à l'automne; aujourd'hui on opère en toute saison, et l'on n'a point remarqué d'influence particulière de l'une ou de l'autre d'entre elles sur les résultats de l'opération. Il est bon de s'abstenir d'opérer s'il existe une constitution épidémique quelconque.



7° *A l'état de la cataracte, qui est simple ou double.* Beaucoup de chirurgiens ne veulent pas qu'on opère quand la cataracte n'affecte qu'un œil, par la raison que l'inflammation qui peut suivre l'opération peut aussi se communiquer à l'œil sain et produire la cécité, ce qui a été observé par M. Cloquet. Serre (de Montpellier) a vu des cas dans lesquels l'opération de la cataracte ayant été pratiquée sur un œil et suivie du rétablissement, puis de la perte de la vue de ce côté, l'opération sur l'autre œil, devenu lui-même cataracté, amena le rétablissement définitif de la fonction dans les deux yeux. Ce sont là des faits exceptionnels. On a objecté aussi qu'après l'opération la vue d'un œil, différant de celle de l'autre, amènerait un trouble de la vision. Ce n'est point la règle. Aussi croyons-nous qu'on doit opérer les personnes qui le demandent et surtout celles qui ont un grand intérêt à ne pas présenter de cataracte sur un œil, comme par exemple les jeunes gens qui se destinent aux écoles du gouvernement, à l'état militaire, ceux qui veulent entrer dans les ordres etc.

8° *Enfin à la question de savoir si l'on doit opérer les deux yeux en même temps.* Le plus souvent la cataracte est mûre d'un côté et incomplète de l'autre; on opère alors la première seule. Lorsqu'elle est complète des deux côtés, en faisant en même temps la double opération, on évite au malade l'ennui d'un double traitement consécutif: on dit aussi que si des accidents se déclarent, on parvient le plus souvent à sauver l'un des yeux. Ceux qui n'opèrent qu'un œil à la fois, appuient leur pratique sur les motifs suivants: si l'œil opéré s'enflamme et se perd, l'autre ne sera pas endommagé et pourra être opéré plus tard dans des conditions peut-être meilleures.

Une opération échoue quelquefois par suite d'accidents imprévus: un accès de toux, un éternuement, des vomissements, une émotion morale vive; on est heureux alors de n'avoir opéré qu'un œil. La manière dont le malade se conduit pendant et après l'opération, indique certaines précautions ou modifications opératoires dans une opération subséquente.

A la clinique ophthalmologique de Strasbourg la règle est de n'opérer par extraction qu'un œil à la fois, mais aussi d'opérer les deux yeux en une séance dans les cataractes congénitales chez les enfants, et dans le petit nombre de cas où l'on fait l'abaissement sur des vieillards très-avancés en âge ou en état de décrépitude. Ces opérés sont moins impressionnables et moins exposés aux accidents immédiats que ceux auxquels on a fait l'extraction.

*Préparation du sujet.* Si la santé générale du cataracté est bonne, on peut se borner; pour toute préparation, à donner un

laxatif la veille de l'opération, afin d'empêcher que le malade n'ait des selles le jour et le lendemain de l'opération. On applique quelquefois un vésicatoire aux rhumatisants; il vaut mieux le mettre au bras qu'à la nuque, où il serait très-génant pour l'opéré, qui doit rester couché sur le dos. Chez les individus atteints de bronchites chroniques on cherche à modérer la toux par du sirop de morphine. Le jour même de l'opération on ne permet le matin que du bouillon ou du café au lait.

Une ou deux heures avant l'opération on instille dans l'œil une goutte d'une solution de sulfate neutre d'atropine (un centigramme de sulfate sur dix grammes d'eau distillée) ou d'extrait de belladone (cinquante centigrammes d'extrait dans cinq grammes d'eau distillée), afin de dilater la pupille.

*L'emploi des anesthésiques* est-il nécessaire dans les opérations de cataracte? M. le professeur Jüngken recommande de chloroformer, quelle que soit la méthode employée. M. Jacobson fait également usage du chloroforme dans toutes les opérations d'extraction avec iridectomie. En général on n'a recours à l'anesthésie que pour éviter aux malades de vives douleurs; à ce titre elle ne serait pas nécessaire dans l'opération de la cataracte, dans laquelle la douleur est peu intense et de courte durée. C'est l'anxiété qui est vive; elle fait souvent contracter les muscles oculaires et palpébraux, et rend alors l'opération difficile. Nous croyons que le chloroforme ne doit être employé que dans des cas exceptionnels. Bien que dans l'extraction il ait l'avantage de faciliter l'opération et de prévenir l'écoulement de l'humeur vitrée, il a par contre l'inconvénient de provoquer quelquefois des vomissements, qui peuvent avoir une influence fâcheuse sur l'issue de l'opération. Il est inutile dans l'abaissement et dans le broiement. Nous l'employons dans le cas où le malade est très-inquiet, d'une grande mobilité et lorsque les paupières peuvent difficilement être écartées. Lorsqu'on s'en sert, il faut obtenir la résolution complète des muscles de l'œil, qui n'arrive qu'après celle de tous les autres muscles. Il est dangereux d'opérer aussi longtemps qu'on aperçoit quelque mouvement dans les muscles de l'œil ou des paupières.

*Méthodes opératoires.* Nous rattachons les différents procédés opératoires aux trois méthodes principales: l'extraction, l'abaissement, le broiement.

**Extraction.** Cette méthode comprend tous les procédés qui ont pour but d'extraire la cataracte. A cet effet on incise ou la sclérotique (*scléroticotomie*) ou la cornée (*kératotomie*).

*Scléroticotomie.* Recommandée par Quadri comme méthode gé-