

se le dará más fuerza á dicha ley, porque estará apoyada entónces por la ciencia, que la habrá pasado por el crisol de la discusion.

No quiero concluir sin manifestar en dos palabras mi opinion en esta delicada cuestion, y es: «Que una buena clasificacion Médico-Legal de las heridas debe estar fundada solamente en el resultado material de ellas.» Esta opinion no es mia solamente: será tal vez atrevida, pero tengo entera libertad de emitirla.

Junio 17 de 1873.

MARINO ZUÑIGA.

CIRUGIA.

CONSIDERACIONES SOBRE VARIOS PUNTOS PRACTICOS.

A Messieurs le Président et les membres de la Société de Médecine.

MESSIEURS:

S'il est de fait qu'à l'instar des cigarres de la Havanne, les idées n'aient chance d'être accueillies sous notre beau ciel qu'à la condition d'avoir passé la mer, cette considération peu stimulante pour l'écrivain ne saurait réduire en quoique ce soit l'obligation qui pèse sur chacun de nous de présenter chaque année, vaille que vaille, un travail petit ou grand sur un sujet professionnel.

C'est uniquement pour m'acquitter de ce devoir que j'aurai l'honneur de vous entretenir un instant.—Aussi, étranger à toute prétention, prendrai-je bon soin d'épargner vos moments et me limiterai-je aux indications les plus indispensables à l'intelligence des quelques objets qui vont passer sous vos yeux.

I

La lumière oblique appliquée à l'extraction de la cataracte.

Une fois établie la convenance de l'administration d'un anesthésique dans l'opération de la cataracte, il est possible, il est facile d'employer pour l'opération en général, mais très particulièrement pour la destruction

de la cristalloïde antérieure, une puissance et une forme de lumière qui, dans les cas communs de la plus complète transparence de cette membrane, permettent à l'opérateur de suivre et d'apprécier les effets de l'action chirurgicale avec une précision de beaucoup supérieure à celle que donne la lumière du soleil.

Le moyen consiste à porter sur l'œil la lumière artificielle oblique en donnant à la longueur et au champ du foyer une ampleur telle qu'un aide tant soit peu intelligent et exercé puisse le maintenir en plein sur l'organe pendant la manœuvre opératoire.

Un de nos confrères les plus modestes, le Dr. Casasola, après avoir constaté les effets de la lumière oblique qu'il venait d'appliquer de la manière accoutumée sur une capsule dont je faisais l'extraction, a heureusement adapté aux fins de cette belle et féconde expérience, un appareil optique des plus élémentaires,—appareil qui rend l'emploi du jet oblique aussi facile pour l'aide que sûr pour l'opérateur.

Sans entrer ici, messieurs, dans des détails superflus, je me bornerai à dire que ce procédé d'éclairage a pour lui des faits décisifs, au point de me permettre d'affirmer qu'il protège utilement contre l'éventualité de l'opacité capsulaire consécutive et, par là même aussi, contre les accidents traumatiques jusqu'ici peu étudiés dans leur mécanisme mais très clairs et souvent fort graves qui résultent de l'insuffisante destruction de la capsule.

II

Mécanisme de la hernie consécutive de l'Iris. Moyen de la prévenir.

La hernie consécutive de l'Iris dans l'extraction, provient généralement de ce que, par suite d'un retard dans l'adhésion des bords de la plaie de la cornée ou d'une extrême précipitation dans la reproduction de l'humeur aqueuse, la portion de ce liquide fournie par la face profonde de l'Iris s'accumule dans la chambre postérieure, tandis que l'humeur qui se dépose dans la chambre antérieure, aux environs de la plaie de la cornée, est éliminée aux dehors au fur et à mesure qu'elle se produit. —De là résulte un défaut d'équilibre entre les pressions qui agissent sur les deux côtés du diaphragme oculaire,—défaut qui, peu sensible, maintient l'Iris appliqué contre la cornée, mais qui porté plus loin, pousse cette membrane entre les lèvres de la plaie et donne lieu à cette forme

noirâtre, boursoufflé, archi-désagréable, douloureuse et pleine d'orages, que l'opération au lambeau de Daviel ne saurait prévenir.

L'indication prophylactique qui résulte de ce vice de l'extraction consiste à ouvrir, dans l'opération, une voie de sortie au foyer d'humeur aqueuse qu'on prévoit pouvoir se former.—Dans les dernières années, l'Iridectomie est venue satisfaire à cette indication qu'elle remplit, on peut dire, au delà du souhait, tant en faisant disparaître la cause capitale de la hernie qu'en protégeant l'œil contre les effets pernicieux d'une tension excessive et prématurée.—Toutefois, en dépit des assertions du pédantisme prussien, assertions dont les récentes appréciations de la fameuse «Extraction linéaire modifiée» commencent à laisser percer la valeur, les plus zélés partisans de la mutilation de l'Iris ne sauraient nier qu'en pratiquant l'Iridectomie, on renonce à priori à toute idée de perfection, soit morphique soit fonctionnelle dans le résultat de l'extraction.—Egalement commence-t-on à reconnaître que ces mérites hyperboliques dont on a décoré les propriétés antiphlogistiques de l'Iridectomie, on commence, dis-je, à reconnaître que ces mérites, en tant qu'ils soient réels, dépendent de l'interruption de la continuité du sphincter iridien et non de la perte de substance dont on l'afflige dans cette dernière; quant à la suppression brutale d'un tiers de l'Iris telle qu'on la pratique dans l'irrationnelle opération que je viens de mentionner, elle n'a jamais eu de soutien que son indispensabilité dans l'exécution d'un procédé qui appliqué, ainsi qu'on l'a fait, d'une manière générale, doit être repoussé comme défectueux au premier chef; l'unique service qu'elle ait jamais rendu dans l'extraction consiste à diminuer un peu les chances de l'atrésie finale de l'Iris, en donnant à la pupille une forme et des dimensions véritablement monstrueuses, cela au prix du déplacement presque constant de cette ouverture et de graves dangers, tant immédiats que secondaires, qui pour être passés sous l'éponge, n'en sont pas moins réels.

L'incision pure et simple du rayon de l'Iris qui coupe perpendiculairement le milieu de la section cornéale, ne donne lieu à aucune défectuosité sensible, n'offre pas de danger et remplace avantageusement l'Iridectomie, pourvu que son extrémité périphérique atteigne en plein la hauteur de la plaie de la cornée.

Il est vrai, toutefois, que cette pratique ne s'applique que difficilement et mal en somme à l'opération par lambeau semicirculaire. Ainsi, un M. Coursserant, spécialiste européen, partisan du grand lambeau et, à la fois, de l'incision de l'Iris, conseillait-il au Congrès de 1868, de

saisir *proprement* le lambeau cornéen entre deux doigts et de découvrir en renversant ce lambeau, le bord pupillaire qu'il divisait aussitôt. On conçoit combien peu de praticiens seront tentés d'imiter cette manœuvre.

D'autre part, comme le lambeau semicirculaire ne se conserve désormais dans la pratique qu'appuyé sur des habitudes opératoires et dans quelques cas aussi, sur nôtre répugnance à donner raison à l'idée d'autrui, comme des formes d'incision différentes de celle-là, rationnelles en théorie et justifiées cliniquement, rendent on ne peut plus facile la section de l'Iris, il est, en définitive, permis de considérer comme de peu de poids les objections qu'on voudrait tirer des embarras de la manœuvre.

Depuis 1864, époque à laquelle j'ai mis, pour la première fois, l'iridotomie en œuvre dans l'extraction, cela, de ma propre initiative et directement, pour prévenir la hernie de l'Iris, je l'ai répétée souvent sans avoir jamais eu à m'en repentir, lorsqu'au contraire, j'ai dû regretter plus d'une fois de l'avoir omise.

S'il m'était permis d'avoir une opinion, je conseillerais la section de l'Iris dans tous les cas d'extraction ou la pupille ne se dilate pas à l'extrême sous l'influence du mydriatique.—J'y procède après la section de la cornée, avant d'attaquer la capsule.

Il est clair, du reste, que l'Iridotomie dans l'extraction peut correspondre à nombre d'indications autres que celle que je viens de poser, indications qui ressortent nettement de ses propriétés et qu'il ne m'est pas possible d'indiquer ici.

III

Effets sur les résultats traumatiques de l'extraction, d'une destruction insuffisante de la capsule antérieure par la discision.—Des moyens d'améliorer cette partie de l'opération.

La distension forcée de la zone circonférencielle de l'Iris dans le mouvement de bascule du cristallin qu'exige l'extraction à grand lambeau, est, sans contredit, une cause très active d'Iritis et, si quelque chose doit surprendre c'est qu'elle ne soit pas plus souvent encore, suivie de ce fâcheux accident; toutefois, les cas où l'Iritis simple, partielle ou gé-

nérale, avec retrécissement fixe, total ou partiel de la pupille, même sans qu'il y ait de synéchie sont assez communs, et ils sont tellement liés aux violences sus-mentionnées de l'accouchement cristallinien sur le grand cercle, qu'ils suffiraient pour condamner l'extraction semi-circulaire dès qu'un autre procédé de même valeur aux autres égards essentiels permettrait d'éviter la lésion qui les provoque.

Toutefois, Messieurs, je n'ai mentionné ce défaut de l'extraction classique que pour faire une place bien déterminée dans votre esprit.— Mon objet principal en ce moment, est d'appeler votre attention sur un autre défaut bien autrement grave de l'extraction, quelle que soit celui des procédés connus auquel on accorde la préférence. Je veux parler ici de la cause déterminante par excellence du plus grand accident après la fonte purulente de l'œil, de l'Irido-choroïdite ou ophthalmie profonde.

Vous savez avec quel art les maîtres ont coutume de glisser sur les inconvénients des moyens qu'ils proposent. Cet art s'est pour longtemps élevé, pour le cas qui m'occupe, jusqu'à la plus parfaite dissimulation. Ainsi faut-il arriver à ces dernières années pour trouver la trace, l'indication comme en passant d'un fait capital qu'on observe, qui saute aux yeux tous les jours depuis que Daviel commença à faire l'extraction.

Quelle est donc, me demanderez-vous, cette cause maléfique que vous croyez si bien voir, à qui vous donnez tant de valeur?

Cette cause est, messieurs, la persistance de la cristalloïde antérieure dans le champ de la pupille et plus exactement, au contact des bords de cette ouverture.—Là est l'interprétation légitime des succès à peu-près constants de ceux qui faisant sortir en masse la totalité de l'appareil cristallinien ont été assez heureux ou assez habiles pour échapper au péril de l'évacuation plus ou moins complète de la vitrine.

Il n'est pas, sans doute, un opérateur qui sans insister sur cette manière de faire, n'ait remarqué que quelques cataractes essentiellement séniles, molles ou liquides, à noyau central ou à grumeaux, se présentent à l'opération tellement dehiscentes qu'elles s'échappent presque spontanément de l'œil, sans y laisser trace de leur enveloppe. Ces cataractes, une fois dans la main, laissent voir sur l'équateur de la capsule demeurée intacte une série régulière de petits points blancs, trace de leurs adhérences fixatrices. Pourvu que le résultat n'ait pas été compromis par un accident ou par une faute de manœuvre, pourvu que la cornée ne manque pas de la vie nécessaire à la cicatrisation, le résultat de ces opérations est, du moins de ce que j'ai pu voir, parfait, et, ce qu'il faut surtout

remarquer, leurs suites sont d'une simplicité entièrement physiologique.

Par contre, si vous observez avec attention un œil opéré, au début de l'ophtalmie profonde, vous trouverez presque toujours, grâce au processus pathologique qui s'est établi dans la capsule antérieure, que la pupille qu'on pensait avoir laissée parfaitement nette est en partie ou en tout, occupée par la dite capsule, et que cette membrane malade et non contente, si l'on peut ainsi dire, de s'opacifier et de produire des neoplasmes en masses plus ou moins volumineuses, plus ou moins nuisibles, a de plus, contracté avec l'Iris des adhérences qui fixent et tiraillent en arrière la pupille sinon en totalité, du moins dans une grande partie de son contour. Outre ces adhérences que l'on constate à simple vue, l'inspection anatomique et, plus ordinairement l'action de l'atropine après la cessation des accidens, en décelent presque toujours d'autres plus éloignés du centre, mais constamment dans le champ du petit cercle iridien, dans les zones où l'on aurait pu croire que l'Iris avait conservé quelque liberté.

Si vous voulez bien rappeler vos souvenirs, vous aurez reconnu combien l'ophtalmie profonde est rare en dehors de ces conditions, et je ne doute pas que cette considération ne vous conduise à voir qu'outre les obstacles purement mécaniques aux succès qu'elle crée ou laisse persister, l'action insuffisante de l'opération sur la capsule n'ait la plus funeste portée comme cause de ceux des accidens de réaction qui compromettent le sort de l'œil au plus haut degré.

Cela veut-il dire que nous devons tomber en plein dans les errements des partisans de l'extraction en masse?—Je ne saurais être de cet avis. —Ils auront beau chercher à réduire le danger de la perte de l'humeur vitrée, en disant qu'elle n'est pas constante, qu'elle n'est ordinairement que partielle.—L'idée la plus superficielle de la structure de l'œil dira toujours ce que l'on risque en ne laissant que l'hyaloïde pour barrière contre l'éruption funeste. Même dans les cas de perte bornée, perte qui est presque inévitable dans l'opération dont nous parlons, les suites sont généralement trop pénibles et trop longues, le résultat en partie caractérisé par une puissance optique faible et par une pupille de chat transversale, est trop éloigné de la perfection pour qu'on puisse accorder à ce procédé les mérites si hautement annoncés par ceux qui le prônent. C'est là une opération hasardeuse qu'on ne saurait accepter que comme un pis aller et qui n'a pas de raison dans l'état présent de l'oculistique opératoire.

Mais, Messieurs, la destruction complète de la capsule antérieure n'est pas nécessaire pour éviter l'écueil que nous venons de signaler; moins nécessaire encore est l'avulsion de la capsule profonde. Essayez, si vous ne l'avez déjà fait, de l'excision réelle, effective de toute la partie de capsule antérieure qui correspond à la moitié centrale de la surface de l'Iris, vous trouverez dans cette pratique de sérieux avantages du point de vue où nous nous plaçons en ce moment.

Le malheur est toujours que l'incision semi-circulaire est défavorable à une manœuvre tant soit peu étendue et hardie sur la capsule, à moins que, comme l'indique Chassaignac sans le proposer, on ne fasse de la destruction de la capsule par l'aiguille un temps à part, le premier de l'opération. Autrement, le danger de voir la cataracte et quelque fois bien autre chose voler hors de l'œil au moment même où le kératectome est retiré, rendra toujours l'opérateur timide à l'excès, lorsque l'œil étant si largement ouvert, il s'agira d'attaquer la capsule.

Il y a plus: c'est qu'outre les difficultés d'éclairage d'une membrane presque toujours transparente à l'extrême, nous avons cette autre difficulté reconnue par Desmarres, difficulté qui consiste dans l'impossibilité de faire à la capsule *non tendue* autre chose que des piqûres, quelle que soit la forme du kystitome, quelles que soient la grâce et la variété des paraphes plus ou moins géométriques qu'on veuille bien décrire sur la pellicule rebelle.

Telle est la situation, tels en sont les écueils et les exigences.

Quant au choix des procédés techniques propres à remplir les indications qui en résultent, voici ce qui me paraît préférable, en dehors de la question essentielle de l'éclairage dont j'ai eu l'honneur de vous dire quelques mots.

Persiste-t-on à rester attaché au lambeau cornéen semi-circulaire?— Suivre le procédé de Chassaignac avec une modification que j'indiquerai bientôt et qui le rendra pratique. Le manuel suivant me paraît le meilleur.

(A CONTINUER.)

