

DIXIÈME LEÇON

CONSIDÉRATIONS SUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE

(D'un nouveau procédé pour la section de la cornée)

MESSIEURS,

Vous m'avez vu pratiquer, il y a quelques jours, l'extraction de la cataracte. Je vous dis alors, sans insister bien longuement sur ce point, que je donnais la préférence à l'incision curviligne à petit lambeau pratiquée sur les limites supérieure ou inférieure de la cornée. Je vous montrai même alors des instruments que j'ai fait construire dans le but de simplifier l'incision, et de permettre à des opérateurs même peu expérimentés de l'exécuter correctement.

Ces instruments sont :

1° Une *aiguille conductrice* destinée à pratiquer la ponction et la contre-ponction et à guider l'instrument tranchant pendant le second temps de l'opération (voy. fig. 21) ;

2° Un *couteau* dont je vous ferai plus loin la description détaillée (voy. fig. 22).

Je me propose aujourd'hui, Messieurs, de reprendre le même sujet et de discuter devant vous les motifs qui m'ont guidé dans le choix de mon procédé et la construction des instruments.

Mais avant d'aborder cette partie de notre leçon, je crois qu'il sera bon de nous conformer à la règle que nous nous sommes tracée dès le début, c'est-à-dire de vous faire connaître dans quelles conditions se trouvait le malade auquel nous avons pratiqué l'extraction et quel a été le résultat de notre opération.

OBSERVATION XI.

Le 4^{er} mars 1875, entrant dans notre service le nommé Foucher (Henri), âgé de soixante-neuf ans. Il était affecté d'une *cataracte* du côté droit. L'opération était formellement indiquée. La vue était aussi diminuée de l'œil droit qu'elle peut l'être par le fait d'une cataracte. Du côté gauche, la vision était également très-mauvaise, à tel point que le malade ne pouvait plus lire les gros caractères d'imprimerie, et qu'il lui était impossible de continuer ses travaux habituels.

La cataracte de l'œil droit avait tous les caractères d'une cataracte dure, lenticulaire. A la simple vue comme à l'éclairage oblique, la lentille offrait un aspect blanc grisâtre uniforme ; à l'examen ophthalmoscopique, elle paraissait franchement opaque vers son centre, un peu translucide vers sa périphérie.

La pupille réagissait bien sous l'influence de la lumière, et les instillations d'atropine amenaient une dilatation parfaitement régulière.

La sensation de lumière était bonne ; le malade distinguait parfaitement les mouvements de la main à *quatre pieds*.

La santé générale était tout à fait satisfaisante. Les organes de la respiration, de la circulation, de la digestion, de l'innervation minutieusement explorés n'avaient présenté aucun phénomène suspect.

L'opération était donc indiquée.

Le 4 avril dernier, je la pratiquai devant vous sans difficultés et sans accidents. Je vous montrai le cristallin extrait, et il vous fut possible de voir que notre diagnostic avait été exact ; que nous avions bien eu affaire à une cataracte dure centrale, assez volumineuse, accompagnée d'un peu de substance corticale restée molle et gélatineuse.

Les soins consécutifs ne présentèrent rien de particulier. Le malade, placé dans son lit converti pour la circonstance en chambre noire, fut assujéti au repos absolu dans le décubitus dorsal. Une compression douce, uniforme, extrêmement légère, fut exercée sur l'œil opéré au moyen d'un bandeau et d'un petit tampon d'ouate. Pendant trois jours, on instilla soigneusement, matin et soir, trois gouttes de sulfate neutre d'atropine dans l'œil.

Le résultat fut favorable ; la plaie de la cornée se réunit par première intention et fut fermée complètement dès le troisième jour. La pupille était

noire, régulière; l'iris ne s'était point enclavé, réagissait bien, et n'avait jamais eu de tendance à s'enflammer.

Dix jours après l'opération, le malade comptait les doigts à douze pieds. Il distinguait des caractères d'imprimerie correspondant à peu près au n° 13 de l'échelle de Jäger.

Le seul trouble qui persistât du côté de l'œil était une légère hyperhémie conjonctivale, et nous espérions pouvoir, le lendemain, l'envoyer en convalescence à Vincennes, après lui avoir prescrit des lunettes appropriées.

Une circonstance absolument imprévue survint le même jour et réduisit à néant ce que nous avons fait jusqu'alors. Ce fut une attaque d'apoplexie avec coma et résolution complète. Au bout de trois jours, le coma disparut, ne laissant à sa suite qu'un affaiblissement de l'intelligence et de la sensibilité générale, sans paralysies motrices limitées; mais une seconde attaque d'apoplexie, survenue le 24 avril, enleva le malade en douze heures.

Je crois, Messieurs, que l'on peut, sans émettre une opinion hasardée, nier toute connexité entre l'affection des centres nerveux et l'extraction de la cataracte.

Au moment de la première attaque, l'œil était guéri depuis plusieurs jours; la maladie intercurrente n'amena aucune espèce de manifestation du côté de cet organe, et même au moment de la mort, on se fût aperçu difficilement si l'on n'eût été prévenu que l'un des deux yeux avait subi une récente opération.

Les anciens chirurgiens, surtout ceux qui pratiquaient l'abaissement, ont bien signalé des accidents nerveux graves, survenus dans des cas exceptionnels, à la suite de l'opération de la cataracte. Mais ces phénomènes, d'origine toute locale, arrivaient le lendemain ou le surlendemain de l'opération. Ils ne se manifestaient jamais sous forme d'affection apoplectique et s'accompagnaient toujours de douleurs autour de l'orbite, de congestions extrêmement violentes du côté de l'œil.

L'affection cérébrale, presque foudroyante, à laquelle succomba notre malade, était donc absolument *fortuite* et elle ne peut compter en aucune façon au nombre des inconvénients de

l'opération de la cataracte ou du procédé que nous avons employé dans la circonstance.

J'ajoute même que les résultats obtenus permettent de ranger ce cas parmi les succès complets.

La vision était très-bonne; il n'y avait ni enclavement de l'iris, ni cataracte secondaire.

D'autres malades, opérés en ville dans les mêmes conditions et avec les mêmes instruments, nous ont donné d'excellents résultats.

Nous pouvons donc affirmer, en nous tenant aux données de notre pratique personnelle, que les instruments dont nous nous proposons de vous entretenir n'ont jamais compromis les succès d'une opération. Toute la question consiste à déterminer si, comme nous le croyons, ils donnent au manuel opératoire une simplicité suffisante pour le rendre accessible à tous. Nous allons essayer de vous le démontrer.

Si vous jetez un coup d'œil sur l'histoire de l'opération de la cataracte aux diverses époques de la chirurgie, vous serez frappés de la multiplicité des procédés opératoires employés tour à tour; de l'adoption d'une méthode à l'exclusion de toutes les autres pendant un temps donné; de la similitude des arguments employés par des praticiens écrivant à un ou deux siècles de distance en faveur du procédé auquel ils donnaient la préférence.

Il me paraît bon, Messieurs, au moment où je viens vous exposer une modification d'une méthode actuellement employée par beaucoup de chirurgiens, de passer rapidement en revue cet historique assez confus et de voir si nous ne pourrions pas nous-mêmes tirer quelques fruits des leçons du passé.

De tout temps, ceux qui ont opéré la cataracte se sont préoccupés de deux choses :

- 1° LA SIMPLICITÉ DU MANUEL OPÉRATOIRE ;
- 2° LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS IMMÉDIATS OU CONSÉCUTIFS DE L'OPÉRATION.

Ces simples données nous expliquent pourquoi les méthodes dont le règne paraissait le plus solidement établi ont été détrônées par d'autres, abandonnées elles-mêmes au bout de quelques années. C'est que les chirurgiens ont eu en vue une indication à l'exclusion de l'autre; c'est qu'ils ont employé un manuel opératoire défectueux; ou qu'ils ont mal connu les suites des opérations qu'ils pratiquaient.

Nous croyons donc devoir accorder ici une place à l'histoire de l'opération, mais nous n'oublierons pas, Messieurs, que c'est comme accessoire et comme introduction à l'étude du procédé pratique dont nous voulons vous entretenir. Par conséquent, ce sera plutôt un aperçu rapide qu'un historique complet. Vous ne serez nullement étonnés si nous laissons de côté les méthodes que leurs inventeurs eux-mêmes n'ont jamais songé à mettre en usage que dans un petit nombre de cas, comme le broiement, l'aspiration, la discision, etc. Nous ne nous occuperons pas non plus du traitement des cataractes fausses ou consécutives. Ainsi restreinte, la question se bornera aux deux méthodes généralement employées à tour de rôle dans le traitement des cataractes lenticulaires primitives :

- 1° L'ABAISSEMENT ;
- 2° L'EXTRACTION.

Nous vous parlerons de chacune d'elles en peu de mots et nous insisterons sur les modifications de la seconde en particulier. Puis nous exposerons les raisons qui nous ont fait choisir le procédé que vous nous avez vu appliquer, et nous vous décrirons les instruments dont nous nous sommes servi, en vous énumérant les services que nous en attendons.

I. *Abaissement.* — L'abaissement remonte à une très-haute antiquité. Il a même sa légende, qu'il me paraît inutile de vous rapporter ici. D'après Guérin (1), Hérophile ou Érasistrate auraient les premiers abaissé la cataracte. D'autres croient que

(1) *Maladies des yeux*, p. 351.

cette méthode était connue chez les Chinois et chez les Hindous (1) à une époque de beaucoup antérieure.

Chez les Romains, elle paraît avoir été fréquemment pratiquée. Celse (2) nous décrit avec précision le manuel opératoire usité de son temps. Galien et Pline en parlent à plusieurs reprises. Au XVI^e et au XVII^e siècle, l'abaissement était seul employé en Europe. Ambroise Paré (3), Guy de Chauliac (4), maître Jean (5), l'ont décrit comme une opération fréquente et sans difficultés. Les succès obtenus par Daviel et ses élèves avec l'extraction lui portèrent un coup dont il se releva difficilement. Il fallut toute l'autorité de Scarpa, appuyé un peu plus tard par Dupuytren et Velpeau, pour lui rendre une partie de son ancien prestige.

Tous les chirurgiens qui ont préconisé cette méthode ont fait ressortir avec grand soin la facilité de son exécution. Aujourd'hui même, des opérateurs qui ne pratiquent eux-mêmes que l'extraction, recommandent à leurs confrères moins expérimentés de s'en tenir à l'abaissement.

« Pour se hasarder à entreprendre l'extraction, dit M. Warlomont (6), il est indispensable d'avoir fait un apprentissage suffisant, car elle réclame une dextérité et une expérience sans lesquelles on ne pourra attendre que des revers. »

Scarpa (7) ne s'appuie pas seulement sur la simplicité du manuel opératoire pour recommander l'abaissement, il affirme que ses inconvénients immédiats et consécutifs sont beaucoup moindres que ceux de l'extraction.

Les connaissances ophthalmologiques ont fait depuis cette époque de très-grands progrès; la structure et la physiologie des milieux de l'œil étant beaucoup mieux connues, les dangers de chaque opération le sont mieux aussi. L'abaissement est donc

(1) Caron du Villards, *Guide pratique*, t. II, p. 384.

(2) *De la médecine*, liv. VII, chap. VII, n° 14.

(3) *Œuvres*, p. 592. Lyon, 1652.

(4) *La grande chirurgie*, p. 523. Rouen, 1649.

(5) *Maladies de l'œil*. Troyes, 1707.

(6) In *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. CATARACTE.

(7) *Traité des maladies des yeux*. Traduction Léveillé.