

ACCIDENTS DE L'OPÉRATION DE LA CATARACTE PAR DÉPRESSION. Les uns surviennent dans le cours de l'opération, d'autres plus tard.

1° **Accidents primitifs.** Il en est qui sont de la faute du chirurgien; d'autres sont indépendants de la volonté de l'opérateur. (a) *La ponction mal faite* avec l'aiguille dépend d'un mouvement inconsidéré du globe et est prévenue, en maintenant l'œil avec l'index de la main qui n'opère pas; ou chez les sujets indociles, avec une pince à griffes qui saisit un repli de la conjonctive. (b) *La sortie de la lance par la plaie scléroticale* est due à la même cause et réclame les mêmes précautions. (c) *L'épanchement sanguin sous-conjonctival* est la conséquence de la blessure d'un vaisseau variqueux du tissu cellulaire sous-conjonctival. On s'en met à l'abri, en choisissant pour la ponction un point de la sclérotique non en rapport avec un vaisseau variqueux. L'accident est d'ailleurs sans gravité, parce que le sang ne tarde pas à se résorber. (d) *L'hémorragie intra-oculaire* est presque toujours la conséquence d'une blessure du corps ciliaire ou de l'iris. Si elle est assez peu abondante pour ne pas obscurcir l'humeur aqueuse et permettre au chirurgien de suivre les manœuvres de la lance, on continue l'opération. Si au contraire elle masque l'extrémité de l'instrument, il convient de suspendre l'opération et de la remettre à une époque où les chambres auront repris leur transparence. Un traitement antiphlogistique, le repos complet de l'organe, sa soustraction à la lumière favorisent la résorption du sang épanché. (e) *La blessure de l'iris* est le résultat d'une mauvaise direction imprimée à la lance de l'aiguille. Il faut alors dégager l'instrument et lui donner une situation convenable. (f) *Le décollement de l'iris* a lieu, lorsqu'il existe des adhérences entre le cristallin et la pupille, et qu'on fait des efforts pour déprimer la cataracte sans avoir au préalable divisé les adhérences. Il en résulte une suffusion abondante de sang qui masque l'aiguille et empêche de continuer l'opération. Pour prévenir cet accident, on se comporte comme nous l'indiquerons plus loin, en parlant des cataractes adhérentes. (g) *L'embrochement du cristallin* est la conséquence d'une manœuvre maladroite, parce que la lance a été de prime abord enfoncée dans l'épaisseur de la lentille au lieu d'avoir été poussée entre l'iris et le cristallin. On s'en aperçoit, à l'aspect terne que présente la lance derrière la pupille, aux mouvements de la cataracte pendant que l'aiguille progresse dans la chambre postérieure. Il faut alors, dès qu'on s'est aperçu de la situation vicieuse de l'aiguille, dégager la lance en l'attirant du côté de la plaie scléroticale, et en lui imprimant en même temps quelques mouvements de rotation sur l'axe. Sans retirer la lance de l'œil, on la reporte ensuite dans une situation convenable, derrière l'iris, en ayant soin de diriger un des tranchants en haut et l'autre en bas. (h) *Le passage du cristallin dans la chambre antérieure* résulte, en général, de ce que, pendant le troisième temps de l'opération, la lance, au lieu d'agir sur la partie moyenne de la face antérieure de la lentille, est portée sur elle trop haut ou trop bas. Le cristallin exécute alors un mouvement de bascule, pivote autour de la lance, et traverse la pupille d'autant plus facilement que celle-ci est plus dilatée. Dans les cas de ce genre, on peut chercher à harponner la lentille avec la pointe de la lance

pour la reporter dans la chambre postérieure et l'enfoncer dans le corps vitré. Si on ne réussit pas, il est préférable de pratiquer une *kératotomie*. Si quelques débris seulement de la substance corticale passent accidentellement dans la chambre antérieure, pendant les manœuvres de la dépression, on peut sans inconvénient les y abandonner à l'absorption spontanée. (i) *La réascension du cristallin*, après plusieurs tentatives de réclinaison, exige aussi, selon nous, une opération immédiate de *kératotomie*. Bien que celle-ci ne soit pas sans danger dans ces cas, elle nous semble préférable à l'abandon du cristallin derrière la pupille, à cause de la phlegmasie grave qui en résulte. (j) Lorsqu'une cataracte est formée d'un noyau dur que l'aiguille déprime facilement, que les *portions corticales ramollies et opacifiées* ne sont pas entraînées avec le noyau et demeurent à leur place, on peut les abandonner à la résorption. (k) *Les accidents spasmodiques*, vomissements, syncope, qui se manifestent parfois pendant les manœuvres de la dépression, forcent le plus souvent à laisser l'opération inachevée. (l) *La rupture de la pointe de la lance*, occasionnée quelquefois par un cristallin trop dur, exige qu'on retire l'aiguille, et qu'on procède par la *kératotomie* à l'extraction du cristallin et du fragment métallique. (m) *L'abandon de la paupière supérieure par l'aide* exige que le patient tiende l'œil dans l'immobilité absolue, jusqu'à ce que le voile ait été relevé.

2° **Accidents consécutifs. Inflammation.** Elle est fréquente, surtout quand les manœuvres avec l'aiguille ont duré un certain temps. Elle est le plus souvent bornée à l'iris ou à la *chambre antérieure*, d'où la production de *fausses membranes pupillaires*, d'un *hypopyon*. D'autres fois, l'inflammation marche d'une manière plus lente, et prend les caractères d'une *irido-choroïdite*. Les malades accusent des douleurs vives dans l'œil et les parties environnantes, le front, la tempe, les mâchoires. Les vaisseaux sous-conjonctivaux deviennent variqueux; la cornée est entourée d'un cercle bleuâtre; l'iris prend une teinte sombre et se décolore par places. La pupille est irrégulière, tantôt resserrée, tantôt dilatée. Le globe devient dur; la vue s'affaiblit graduellement et finit par s'éteindre. Chez d'autres malades, l'inflammation envahit rapidement toutes les tuniques de l'œil, et il se déclare un véritable phlegmon; la mort a été parfois la conséquence de cette phlegmasie. Dans un cas, Dupuytren a constaté à l'autopsie une *arachnitis aiguë*.

Amaurose. Elle peut être occasionnée par la compression que le cristallin, déprimé trop bas ou gonflé ultérieurement par l'imbibition des liquides intra-oculaires, exerce sur la rétine par le froissement et l'ébranlement de cette membrane, pendant les manœuvres avec l'aiguille. A une époque plus reculée, le cristallin diminuant de volume, la membrane nerveuse de l'œil recouvre parfois ses fonctions. D'autres fois l'amaurose n'est que le symptôme d'une *irido-choroïdite*.

On a conseillé, dans les cas où l'on suppose une compression de la rétine par le cristallin déprimé trop bas, de provoquer la réascension de la lentille, en faisant exécuter au malade de grands mouvements de tête. Si l'affaiblissement de la vision est occasionné par l'inflammation des membranes

profondes de l'œil, on aura recours aux antiphlogistiques, aux mercuriaux, aux instillations d'atropine.

Accidents nerveux. Ce sont des frissons, des douleurs névralgiques à la face et à la tête, des vomissements. On a cherché à se rendre compte de ces phénomènes, en invoquant la blessure des nerfs ciliaires ou de la rétine. On les combat par des demi-lavements avec une infusion de fleurs de tilleul ou de camomille additionnée de laudanum. Pour calmer les vomissements, on donne des boissons gazeuses, la potion de Rivière, des fragments de glace. On a aussi conseillé des frictions sur l'épigastre avec la pommade ammoniacale.

Réascension du cristallin. Elle a lieu parfois après quelques jours, dans d'autres cas après des mois et même des années. On l'attribue à des efforts de toux, de vomissements ; à la contraction spasmodique des muscles de l'œil ; au gonflement de la lentille par l'imbibition des humeurs intra-oculaires ; à une chute de l'opéré ; à un ramollissement du corps vitré. L'extraction par kération est préférable à une nouvelle dépression.

Cataracte capsulo-lenticulaire et cataracte capsulaire secondaires. La première espèce est la conséquence de ce que les débris de la substance corticale, en cas de cataracte molle, se sont réunis ensemble. La seconde est formée par la capsule mal divisée, et doublée des couches intra-capsulaires opacifiées. On verra plus loin le traitement à faire dans ces cas.

Excroissance fongueuse au niveau de la plaie de la sclérotique. On l'extirpe, en la coupant avec des ciseaux au ras de la sclérotique. Si elle se reproduit, on l'excise de nouveau et on en cautérise la racine avec la pointe d'un crayon de pierre infernale.

Modifications à l'opération de l'abaissement, suivant certaines complications de la cataracte. **SYNÉCHIES POSTÉRIEURES PARTIELLES.** Dans les cas de ce genre, on conduit l'extrémité de la lance jusque près des adhérences, qu'on divise avec l'un des tranchants du fer ; après quoi, on continue l'opération comme à l'ordinaire. Lorsque les synéchies postérieures sont situées au niveau de la moitié externe de l'iris, il est préférable de pratiquer la ponction de la sclérotique plus haut ou plus bas qu'au lieu d'élection. Dans les cas de ce genre, Quadri exécute une *double dépression*. Il introduit une première aiguille falciforme par l'angle interne de l'œil, à 4 millimètres en arrière de la circonférence de la cornée, pour aller déchirer la capsule du cristallin et les adhérences ; après quoi il fixe le cristallin avec la pointe de l'instrument ; ensuite, il introduit une autre aiguille à lance par l'angle externe de la sclérotique et fait l'abaissement ou la réclinaison comme à l'ordinaire.

ADHÉRENCES COMPLÈTES DU CRISTALLIN A L'IRIS. Heister, Bertrandi, Carron du Villards conseillent d'introduire une aiguille, excessivement fine et tranchante à sa pointe, dans la cornée, à 4 millimètres du centre de cette membrane. On la porte dans la substance du cristallin, qu'on traverse entièrement ; ensuite, on tourne l'aiguille entre les doigts, et on lui fait décrire de petits arcs de cercle, afin de perforer le cristallin dans un diamètre égal à celui de la pupille. Presque toujours le cristallin serait résorbé en entier.

FACE POSTÉRIEURE DU CRISTALLIN ADHÉRENTE A LA CRISTALLOÏDE POSTÉRIEURE,

UNIE ELLE-MÊME AU CORPS VITRÉ PAR DES EXUDATS PLASTIQUES. Dans de pareilles conditions, le cristallin revient sans cesse derrière la pupille, dès qu'on cesse de le maintenir récliné avec la lance. Beer et Rosas conseillent de porter l'aiguille à plat derrière l'appareil cristallinien, pour diviser les adhérences, par des mouvements verticaux, avec l'un des tranchants de la lance ; ensuite d'opérer la réclinaison. Si, malgré ces manœuvres, le cristallin remonte encore, il faut le broyer en morcelant la capsule.

CATARACTE CAPSULAIRE POSTÉRIEURE. Lorsqu'après la réclinaison du cristallin, on reconnaît que la capsule postérieure est opaque, il faut diviser l'opacité avec la lance de l'aiguille, au moyen d'une incision cruciale.

DEUXIÈME MÉTHODE.

DÉPRESSION PAR LA CORNÉE. KÉRATONYXIS.

La dépression de la cataracte, en introduisant une aiguille à travers la cornée, remonte à une époque reculée. Elle est d'usage immémorial en Egypte et dans l'Inde ; elle est indiquée par Avicenne et Abul-Kasem. Dans le cours du dix-huitième siècle, Smith renouvela le procédé des Arabes. D'après Weller, Bartisch, Pott, Gleize, Conradi, Langenbeck ont pratiqué cette opération. Il est vraiment étrange qu'après toutes ces tentatives les rédacteurs des *Leçons orales* semblent révoquer, pour Dupuytren, la découverte de cette méthode, qui lui aurait été suggérée, dans un cas, par la nécessité des circonstances.

MANUEL OPÉRATOIRE. Les instruments nécessaires, pour effectuer la kération, sont un élévateur plein et une aiguille à cataracte, semblable à celle dont on se sert pour la scléroticonyxis, et qui est tenue entre les trois premiers doigts, comme une plume à écrire, pendant que les deux autres doigts prennent un point d'appui sur la joue du malade. Chirurgien, aide et opéré sont placés comme dans la dépression par la sclérotique (p. 418). Si on opère sur l'œil gauche, on tient l'aiguille de la main droite ; si c'est sur l'œil droit, l'instrument est tenu de la main gauche. Toutefois, on peut opérer de la main droite sur chacun des yeux, ce qui est le plus grand avantage assigné à la kération par les partisans de cette méthode. Nous supposons, dans la description suivante, qu'on opère sur l'œil gauche.

Premier temps. Ponction de la cornée. L'opérateur fait pénétrer la pointe de la lance vers le milieu d'une ligne fictive, qui, partant du centre de la cornée, en traverse obliquement le quart inférieur externe. Il tient l'aiguille parallèlement à une ligne qui serait dirigée obliquement de bas en haut et de gauche à droite, par rapport au malade, ligne divisant la cornée et la

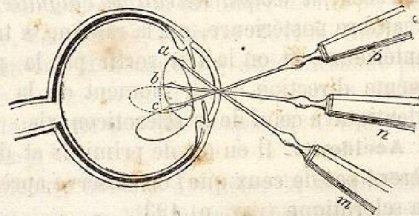


Fig. 189.