

VIII. — Position du malade, du chirurgien et des aides.

Lorsque rien ne s'y opposera, le malade sera opéré assis; de cette manière on pourra le mettre dans les meilleures conditions possibles de lumière. Si on l'opère sur un lit, on élève la tête par un oreiller, et le chirurgien est placé debout. Dupuytren, qui préférait l'abaissement, opérait toujours le malade au lit, pour éviter la syncope et empêcher le cristallin de remonter, ce qui, selon lui, arrive souvent par l'effet des mouvements du malade. Je reviendrai tout à l'heure sur les cas particuliers dans lesquels pendant l'opération le malade doit être étendu sur un lit. D'autres chirurgiens opèrent aussi debout, mais font asseoir le malade sur une chaise haute; cela peut être très commode dans un amphithéâtre où tout est disposé par avance, mais il n'en est point ainsi, à coup sûr, dans la pratique privée; l'aide, dans ce cas, est obligé de monter sur un meuble placé derrière le malade, et il en résulte, outre le dérangement que cela occasionne, qu'il ne peut tenir avec solidité la tête, ni l'approcher suffisamment de l'opérateur sans s'exposer à tomber lui-même en avant.

Manœuvre, le malade étant assis. — La position la plus convenable à donner au malade, c'est de le faire asseoir sur une chaise basse, ou mieux encore, sur un petit tabouret. Lorsqu'on se sert de la chaise, on en tourne le dossier vers le côté du malade, afin que l'aide et le patient soient en contact immédiat. Le siège est placé près d'une fenêtre, et de manière que la lumière traverse obliquement la cornée, en passant par-dessus le nez du malade assis; le chirurgien a soin d'éviter qu'aucun reflet lumineux ne puisse venir occasionner d'erreur sur la position des parties qu'il doit traverser. Il se place en face du malade, sur un siège plus élevé, parce qu'ainsi les mouvements des bras s'exécutent sans aucune sorte de gêne. Les jambes du patient sont étendues entre les siennes, qui les fixent par une pression convenable. Il est des cas dans lesquels il est prudent, surtout si le malade est très nerveux, de lui attacher les genoux avec une serviette. Pour avoir omis cette précaution, je me suis trouvé deux ou trois fois véritablement embarrassé; une fois entre autres, pendant que j'opérais, les jambes du malade furent prises d'un tremblement si violent qu'elles venaient frapper contre les miennes, quelque effort que je fisse pour les retenir, et que, perdant l'im-

mobilité nécessaire, je fus obligé d'appeler à mon aide une personne présente, qui fixa les jambes en les serrant fortement entre ses bras.

L'aide se place derrière le malade et, soutenant la tête, il écarte les paupières d'une façon différente, suivant l'opération que l'on doit exécuter.

La figure 12 représente la manœuvre pendant une opération de

Fig. 12.



cataracte avec l'aiguille ou le couteau, sans que l'œil soit fixé par aucun instrument; l'opérateur (ce qui est souvent dangereux) (1), le maintient seulement avec le médius de la main qui ne tient pas l'instrument. De la main droite pour l'œil gauche, et réciproquement de la gauche pour l'œil droit, l'aide soulève avec précaution la paupière supérieure. A cet effet, l'index et le médius de sa

(1) Voy. *Fixation de l'œil*, p. 182.

main sont d'abord appliqués sur le sourcil, et avec l'un et l'autre de ces deux doigts, alternativement, il entraîne de bas en haut la peau placée au-dessous, dans la partie correspondante au milieu de la paupière, jusqu'à ce que les cils de celle-ci se trouvent fixés sous l'index et le médius contre l'orbite; la pression doit être ménagée autant que possible, pour ne pas occasionner de douleur au malade.

L'aide applique alors la face dorsale de sa main gauche (si c'est de la droite qu'il tient la paupière) contre la nuque du patient, de telle sorte que la région occipitale y rencontre un point d'appui solide, et il étend la jambe gauche en avant, de manière à trouver sur la droite, placée en arrière, un point fixe qui lui permette de s'opposer aux mouvements d'avant en arrière de la tête de l'opéré: sans cette précaution, il perd l'équilibre au moindre mouvement du malade, et abandonne brusquement la paupière, qui retombe sur les instruments déjà introduits dans l'œil. Quelques chirurgiens recommandent à l'aide une manœuvre différente: il doit relever la paupière de la main gauche, si l'on doit opérer l'œil gauche, et maintenir la tête en saisissant le menton du patient avec sa main droite. Je ne vois aucun avantage à ce changement.

N'oublions pas de dire qu'avant de saisir la paupière, il l'esuiera avec soin au moyen d'un linge fin, et qu'il frotera ses doigts avec une poudre de bois bien sèche ou avec de la craie. Il suivra attentivement les mouvements de l'opérateur, en exécutant certaines manœuvres dont nous parlerons plus loin.

Mais si l'on fixe l'œil pendant l'opération, ce que l'on doit toujours faire, le rôle de l'aide est différent, car il doit écarter les deux paupières en même temps, pour laisser au chirurgien la liberté de ses deux mains. Dans ce cas il relève de la main gauche les paupières de l'œil gauche, et réciproquement, tandis que de l'autre main il abaisse la paupière inférieure avec l'index qu'il a soin de coucher le long du nez sur la joue du malade.

Manœuvre, le malade étant au lit. — Le malade est couché sur un lit un peu élevé et composé de matelas seulement; sa tête est soulevée par des coussins un peu durs, afin qu'elle ne puisse fuir en arrière pendant l'opération. L'aide relève la paupière supérieure d'une main, et abaisse l'inférieure de l'autre main, tandis que le chirurgien fixe l'œil et pratique l'opération.

On peut opérer assis tous les malades qui sont atteints de ca-

taractes simples, que l'on opère avec l'aiguille ou avec le couteau, à moins qu'ils ne manquent de courage ou que leur indocilité n'exige qu'on les maintienne immobiles.

Au contraire, il faut opérer sur le lit tous les malades atteints de cataractes compliquées, particulièrement de celles qui sont adhérentes, si l'on veut les extraire. Autrement, outre que l'on serait gêné pendant l'opération pour la manœuvre des instruments, on pourrait risquer encore des accidents que le décubitus du malade permet d'éviter.

Il faut encore opérer sur le lit tous les enfants et y conduire ceux des malades chez lesquels il survient pendant l'opération quelque accident imprévu, pour l'achever paisiblement et sans danger pour le sujet. Plusieurs fois m'étant trouvé embarrassé, en ville, au milieu de l'opération, par une syncope du malade ou parce que le cristallin avait plongé dans l'humeur vitrée, j'ai achevé l'opération en renversant le malade sur les genoux d'un aide que j'ai fait asseoir immédiatement derrière lui.

Si l'on doit opérer les deux yeux par extraction dans la même séance, ce que je ne puis approuver que dans les cas exceptionnels dont j'ai parlé plus haut (voyez p. 167), il est convenable de cacher le premier œil opéré sous un bandeau médiocrement serré; cette précaution l'empêchera quelquefois de se vider par l'effet des contractions énergiques de l'orbiculaire et des muscles, au moment où l'on attaquera l'autre: cependant elle est loin d'être toujours indispensable. Il est inutile d'y recourir, si l'on opère par abaissement. Si l'on n'a qu'un seul œil à toucher, il n'est aucunement nécessaire, pendant l'opération, de couvrir l'œil sain, à moins que le malade ne soit si pusillanime que la seule vue des instruments puisse le faire tomber en syncope.

Opérations destinées à détruire la cataracte.

Les procédés nécessaires à la destruction de la cataracte varient suivant les idées que le chirurgien s'est faites sur leur valeur ou sur la facilité qu'il peut avoir personnellement à les exécuter.

Ils varient suivant que la cataracte est simple ou compliquée.

Il y a des procédés spéciaux pour les cataractes lenticulaires adhérentes; il y en a d'autres pour les capsulaires unies ou non à l'iris. Les cataractes secondaires ne peuvent être traitées comme les cataractes lenticulaires simples. Les cataractes traumatiques

exigent aussi l'application spéciale de quelques moyens choisis suivant les complications qu'elles peuvent présenter.

Après les opérations de cataracte, soit immédiatement, soit à plus ou moins grande distance, que l'on ait d'abord pratiqué l'extraction ou l'abaissement, il peut survenir des accidents très graves qui nécessitent des opérations variées. Dans quelques-unes l'extraction de la cataracte et la formation d'une pupille artificielle ne figurent plus chacune que pour un *temps*.

Il en est d'autres, enfin, dans lesquelles ces deux opérations doivent être pratiquées à une époque différente l'une de l'autre.

Ces diverses opérations doivent être classées méthodiquement ; c'est pourquoi nous pensons qu'il sera utile de jeter un coup d'œil sur le tableau suivant qui indique les divisions que nous avons dû adopter pour leur classification.

I. Opération des cataractes lenticulaires simples avec le couteau.

- I. Extraction cornéenne ou ordinaire.
- II. — sous-conjonctivale.
- III. — linéaire.
- IV. — scléroticale.

II. Opération des cataractes lenticulaires simples avec l'aiguille.

- 1. Scléroticonyxis. { Abaissement du cristallin.
Broiement du cristallin.
Discision ou dilacération de la capsule.
- 2. Kératonyxis. . . { Abaissement du cristallin.
Broiement du cristallin.
Discision ou dilacération de la capsule.
- 3. Succion.

III. Opération des cataractes capsulo-lenticulaires adhérentes (1).

- 1. Extraction.
 - a. Opération simultanée de la cataracte et de la pupille artificielle.
 - b. Opération de la cataracte et de la pupille artificielle à deux époques distantes.
- 2. Abaissement simple.
- 3. Discision de la capsule.
 - a. Discision simple.
 - b. Discision et pupille artificielle à deux époques distantes.

(1) Voyez *Cataractes secondaires* pour compléter l'étude de ce sujet en ce qui touche la cataracte capsulaire adhérente.

IV. Opération des cataractes secondaires adhérentes et libres.

- 1. Cataractes lenticulaires.
 - 2. Cataractes capsulaires.
- Procédés divers pour { l'extraction.
 { l'abaissement.

V. Opération des cataractes traumatiques.

VI. Opérations applicables aux fausses membranes pupillaires.

VII. Opérations applicables à l'irido-choroïdite chronique des opérés de cataracte.

- 1. Après l'extraction. . . Procédés divers.—Excision d'un lambeau de l'iris avec ou sans la fausse membrane.

- 2. Après l'abaissement. { Extraction d'un noyau abaissé.
Extraction du cristallin gonflé : a. par extraction linéaire ; b. par ponction simultanée de la cornée et de l'iris en haut et en dehors.
Extraction du cristallin avec excision de l'iris et d'une fausse membrane fermant la pupille.

I. — OPÉRATIONS DES CATARACTES LENTICULAIRES SIMPLES AVEC LE COUPEAU.

Extraction.

Le but de l'opérateur, dans cette méthode, est de faire disparaître le cristallin opaque de la pupille, en l'extrayant à travers une incision pratiquée sur le bulbe, soit dans la cornée seule, soit dans la cornée et la conjonctive simultanément, soit encore dans la sclérotique.

Nous étudierons ces diverses opérations dans l'ordre suivant :

I. EXTRACTION CORNÉENNE (extraction ordinaire).

On la divise en *supérieure*, *oblique* ou *inférieure*.

L'*extraction supérieure* étant presque exclusivement adoptée par nous et par presque tous les chirurgiens, nous exposerons :

1° Le procédé que nous avons presque exclusivement adopté depuis dix ans.

2° Le procédé ordinaire.

II. EXTRACTION SOUS-CONJONCTIVALE. — C'est un procédé que nous avons imaginé et mis en pratique. Il a pour principal avantage d'éviter le renversement et la suppuration du lambeau.