

globe capable de produire la déchirure de la cicatrice commençante; 2^o ordonner au malade de regarder en bas, ce que l'on obtient facilement en lui disant de regarder sa main à lui, que l'on place dans une direction convenable.

Le septième jour ou le huitième au plus tard, si rien ne s'y oppose, on enlève définitivement les bandelettes; le malade pourra alors tenir les yeux ouverts quelques heures pendant la journée; mais le soir il sera bon, pendant une ou deux semaines encore, d'appliquer deux bandelettes en croix sur les paupières, dans la crainte que quelques mouvements un peu brusques n'occasionnent pendant le sommeil la rupture de la cicatrice. On devra enlever les bandelettes avec beaucoup de soin. On les ramollira en les mouillant pendant quelque temps avec de l'eau tiède, et l'on veillera à ce qu'elles n'exercent dans leur décollement aucun tiraillement sur les paupières, qui seront nettoyées d'une façon convenable au moyen d'une éponge ou d'un linge fin.

REMARQUES SUR L'ÉTAT DE L'OPÉRÉ PENDANT LES VINGT-QUATRE PREMIÈRES HEURES, ET SUR LES ACCIDENTS QUI PEUVENT SE DÉVELOPPER QUELQUES JOURS APRÈS LE PANSEMENT.

Ces remarques sont d'un grand intérêt pratique, et nous appelons spécialement sur elles l'attention du jeune chirurgien.

État de l'opéré pendant les vingt-quatre premières heures, quand il n'y a pas d'accidents.

Le malade, dès qu'il est pansé et convenablement couché, doit garder une immobilité complète. Il se plaint de sentir rouler un corps étranger sous ses paupières, ce qui indique que l'œil est agité encore de mouvements et que la plaie de la cornée vient frotter contre la paupière. On lui recommande le silence, et bientôt il s'aperçoit que cette sensation diminue et disparaît avec le calme de l'esprit et du corps, et revient dès que, de nouveau, il survient quelque pensée ou quelque mouvement capable de ramener de l'agitation dans l'œil.

De temps en temps, pendant les premières heures, l'opéré se plaint d'éprouver une sensation de compression légère, de gêne progressive dans l'œil, et de ne se trouver soulagé qu'après qu'un flot de larmes s'est échappé sur la joue. Tout cela est encore régulier et n'indique pas d'accidents.

Lorsque le praticien, visitant le malade douze ou quinze heures après l'opération, lui entendra dire qu'il a bien dormi, qu'il n'a été tourmenté que par l'écoulement de ces quelques larmes, il devra en conclure que très probablement tout va bien. Il ne devra s'inquiéter ni du gonflement léger qui, sous l'influence des bandelettes, se développe dans les paupières, ni d'une sensation de gêne un peu plus grande que dans les premières heures, que les malades comparent à la présence de grains de sable à la surface de l'œil. Il ne s'étonnera pas de voir s'écouler par le grand angle une assez grande quantité de larmes; leur sécrétion, abondante pendant les deux premiers jours, diminue peu à peu; elles semblent de moins en moins brûlantes au malade, et bientôt sont remplacées par une matière séro-muqueuse qui se dessèche sur la joue, et déteignant les bandelettes, tache la peau de sillons noirs assez nombreux. Une fièvre légère se montre vingt-quatre heures après l'opération, et continue quelquefois tout le temps que le patient garde le lit; la langue blanchit, la bouche devient pâteuse, l'haleine prend une odeur désagréable, le malade est altéré, etc. Tous ces symptômes se montrant alors même que l'opération doit être suivie des meilleurs résultats, le praticien ne s'en alarmera pas.

On recommande de nouveau l'immobilité au malade, on l'engage à la patience, et s'il se plaint de courbature et de douleurs dans les membres, on lui donnera l'assurance, ce qui est vrai, que tout cela disparaîtra bientôt. On nettoie soi-même la joue et le voisinage de l'œil et les bandelettes sont laissées en place.

Si de temps en temps le taffetas d'Angleterre provoque en se desséchant de plus en plus une compression gênante pour l'œil, on pourra, sans craindre de le décoller, placer par-dessus, pendant quelques minutes de temps en temps, une compresse trempée dans de l'eau tiède. Dès que l'humidité aura pénétré les bandelettes, le malade sera soulagé. Mais, si malgré cette précaution, la pression et la gêne continuaient, si surtout elles s'accompagnaient d'élançements ou de quelques douleurs sourdes, d'une tout autre nature que celle résultant du frottement de la plaie contre la paupière, on devra enlever avec la plus grande précaution toutes les bandelettes agglutinatives, et, après avoir examiné l'œil, agir suivant les indications.

Des lectures et des conversations dans la chambre de l'opéré.

L'opération exigeant une immobilité parfaite des yeux et du

corps de la part du malade, rien n'est à mon sens plus dangereux que les lectures, les conversations et les autres bruits dans la chambre du malade.

Nous verrons plus loin (p. 243), que les mouvements de l'orbitaire font échapper l'humeur aqueuse par les lèvres de la plaie, et que, surtout chez les vieillards, cela peut amener de grands accidents à la suite de la non-réunion du lambeau. Eh bien ! sous l'influence des causeries, des lectures, l'orbitaire des opérés est pris de mouvements de clignotement comme spasmodiques, qui ne cessent pas tant que le malade est attentif. Fermez les paupières d'un homme opéré ou non, en vous servant de taffetas d'Angleterre, entretenez avec lui une conversation quelconque, faites une lecture, et vous remarquerez que, pendant tout ce temps, ses paupières sont dans un perpétuel mouvement. Comment espérer que la plaie puisse se réunir avec une pareille cause de dérangement du lambeau ? Mieux vaut le sommeil, même celui que l'on obtient par les narcotiques : aussi, quand j'opère le matin, indépendamment du silence et de l'immobilité absolue, je prescris un peu d'opium ; mais, autant que possible, j'opère le soir avant la fin du jour, pour que le malade puisse dormir, circonstance extrêmement favorable à la réunion immédiate.

Rêves du malade.

Rien n'est plus fâcheux, plus compromettant pour le succès que certains rêves de l'opéré. J'ai fait l'extraction d'une double cataracte, il y a six ou huit ans, sur un homme de Belleville ; tout avait marché à souhait, lorsque le dixième jour de l'opération il fut visité par sa fille, qui lui apprit une nouvelle très fâcheuse pour lui. Cet homme, âgé d'environ soixante ans, pleura longtemps dans la journée et demeura fort ému. Le soir arrivé, il s'endormit et fit, m'a-t-il assuré, d'affreux rêves. Il voyait devant lui des fantômes, des morts qui, dans son rêve, l'effrayaient beaucoup. Il gesticula tant dans son lit, se tourmenta les deux yeux avec ses mains de telle sorte, que le lendemain je trouvai les deux plaies, jusque-là bien fermées, toutes grandes ouvertes, avec disparition des chambres antérieures. J'appliquai de nouveau l'occlusion, mais le phlegmon s'empara des deux yeux, qui furent perdus sans ressource.

Chez un autre homme, les choses se passèrent à peu près de la

même manière. Je l'avais opéré quatre jours auparavant de l'œil gauche ; jusque-là tout allait bien. Pendant la nuit cet homme rêva beaucoup, se frotta les yeux, et perdit l'œil sur lequel il porte un large leucome adhérent à l'iris. J'ai opéré, plus tard, son œil droit à l'aiguille, et il en voit très bien.

Ces accidents produits par les rêves m'ont conduit à faire surveiller les malades pendant leur sommeil, et, quand je ne suis pas certain de la personne qui veille, à recommander au patient de se faire attacher les deux poignets l'un à l'autre par un ruban long d'un pied à un pied et demi. Averti du motif, le malade sentant de la résistance lorsqu'il éloigne trop une main de l'autre pendant son sommeil, et se souvenant du motif pour lequel ses mains sont attachées, se tranquillise aussitôt.

Efforts musculaires, toux, éternuements.

Les recommandations que l'on fait aux malades ne sont pas malheureusement toujours suivies. On conseille l'immobilité, et souvent le malade se lève brusquement, fatigué par le séjour au lit, et déränge l'appareil, ou fait par un effort éclater la cicatrice. La réunion, dès ce moment, est compromise ; les plus graves accidents peuvent survenir et détruire l'œil.

La toux, les vomissements, les éternuements, sont dans le même cas. Cette dernière cause m'a donné, cette année même, un bien vif regret.

J'avais opéré par kéraotomie supérieure M. le baron V....., homme éminemment intelligent, et qui a joué un rôle important, en 1815, lors de la restauration de la branche aînée des Bourbons sur le trône de France. L'opération, subie avec calme, n'avait présenté aucune complication, et le malade, à la fin du troisième jour, espérait comme moi, après un examen qui ne laissait rien à désirer, que la guérison serait obtenue. Je venais de m'éloigner plein de confiance, lorsque pris tout à coup d'un violent éternument, M. de V..... ressentit, en même temps qu'une assez vive douleur dans son œil, une secousse excessive et une douleur légère. « Des larmes abondantes s'échappèrent aussitôt, me dit-il, et dans le moment de l'éternument, j'ai vu des milliers de petites flammes, assez semblables à celles que l'on voit quand on se blesse l'œil dans l'obscurité. » Appelé aussitôt, je reconnus que la chambre antérieure, que j'avais laissée pleine d'hu-

meur aqueuse, s'était vidée tout à coup et ne s'était pas remplie; que l'iris touchait la cornée, que l'œil était mou, enfin que la cicatrice s'était rompue. J'appliquai des bandelettes de taffetas d'Angleterre; la réunion de la plaie se fit lentement et, à partir de ce moment, il se déclara une iritis peu violente, que je ne pus maîtriser par les moyens employés d'ordinaire, et pour lesquels d'ailleurs le malade, partisan de l'homœopathie, avait beaucoup de répugnance. Il se développa peu à peu une fausse membrane dans la pupille, l'iris se gonfla beaucoup et fit bientôt disparaître la chambre antérieure. Six mois après l'inflammation n'existait plus; mais la vue était excessivement mauvaise, et c'était à peine si M. de V. . . . pouvait reconnaître les doigts. Aujourd'hui, neuf mois après l'opération, le malade est dans le même état.

De l'influence d'anciennes ophthalmies.

Il semble que l'on doive à peine s'occuper ici d'un pareil sujet, car tous les médecins tiennent compte de cette complication. Si l'opéré a souffert d'ophthalmies externes actuellement guéries, et guéries parfaitement, il n'est jamais certain qu'elles ne se réveilleront pas, et qu'elles n'exerceront pas une fâcheuse influence sur le résultat. Il aurait mieux valu, assurément, choisir l'abaissement que l'extraction. Cependant, si l'on a dû, pour des motifs particuliers, recourir à ce dernier procédé, on devra s'attendre à plus de gonflement, plus de rougeur, et surtout à une sécrétion plus abondante. De sévères précautions seront prises: le malade sera saigné, s'il se peut, quelques heures après l'opération, et l'œil sera examiné tous les jours et nettoyé avec la plus grande précaution.

Des débris de cataracte transparents ou opaques laissés dans la chambre postérieure.

Dans l'opération la mieux faite, et lorsqu'après examen immédiat de la pupille on a trouvé cette ouverture parfaitement noire, il peut arriver cependant, et il arrive même fréquemment, que des débris de substance corticale, ceux surtout qui touchent la capsule, et qui étaient transparents au moment de l'opération, deviennent opaques sous l'influence de leur immersion dans l'humeur aqueuse (1). Après que la réunion est obtenue, on trouve une pu-

(1) Dans beaucoup de cataractes que l'on extrait, on peut s'assurer de ce fait, que leurs couches les plus superficielles n'ont rien perdu de leur transparence.

pille plus ou moins remplie de débris cristalliniens qui, très souvent, s'organisent et forment des cataractes secondaires. Qu'une iritis même légère survienne, alors tous ces débris se colleront au diaphragme, et le résultat pour lequel on avait si bien fait se trouvera compromis ou notablement éloigné et, dans tous les cas, moins bon qu'on n'aurait dû l'espérer.

Dans quelques cas j'ai constaté un curieux phénomène, aussi bien après l'abaissement qu'après l'extraction: c'est la présence dans la chambre postérieure d'un réseau, visible seulement à la loupe ou avec l'ophthalmoscope, et qui paraît composé de mailles si fines, que le tissu le plus fin que nous connaissons serait encore grossier, si l'on en faisait la comparaison. La vue dans ce cas est mauvaise; les lunettes à cataracte ne l'améliorent pas ou ne l'améliorent que très peu. On peut essayer la déchirure de ce tissu avec une aiguille, mais malheureusement son élasticité l'empêche souvent de se briser.

De l'érysipèle des paupières comme conséquence de leur occlusion nécessaire.

Qu'on emploie le taffetas d'Angleterre ou tout autre moyen pour obtenir l'occlusion des paupières, il arrive quelquefois que ces voiles mobiles s'enflamment, sont frappés d'érysipèles ou même d'ulcérations. Les démangeaisons, les cuissons que ces accidents occasionnent ne laissent pas à l'œil l'immobilité nécessaire, et l'opération ne réussit pas.

J'ai opéré par kératotomie supérieure l'œil gauche d'une dame d'Amiens, âgée de cinquante-huit ans. L'opération avait été très bien réussie, et rien ne faisait présager un insuccès. Le troisième jour l'œil était parfaitement bien, la chambre antérieure était rétablie, les lèvres en contact n'étaient nullement infiltrées. Les bandelettes, réappliquées, commencèrent à gêner les paupières; à partir de cette époque, un érysipèle assez limité survint, des ulcérations se montrèrent sur la peau et y devinrent assez nombreuses, surtout dans les plis naturels. Il fallut enlever ces bandelettes au sixième jour; mais, à partir de ce moment, l'inflammation gagna la conjonctive, le lambeau vers le neuvième jour était tuméfié et infiltré; le dixième, la chambre antérieure n'existait plus. J'essayai bien de remplacer les bandelettes par de la charpie cératée maintenue avec un tour de bande, mais tout fut inutile; l'œil suppura lentement et fut entièrement perdu.

Conjonctivite des opérés.

Lorsqu'on a pratiqué l'extraction et qu'on tient l'œil fermé sous des bandelettes pendant un certain nombre de jours, il arrive constamment, même quand la réunion de la plaie est parfaite, et qu'il n'est survenu aucun accident capable de l'entraver, que la conjonctive s'enflamme dans toute son étendue.

Si l'on examine l'œil, on constate qu'il est atteint d'une conjonctivite ordinaire au deuxième ou au troisième degré; la conjonctive est d'un rouge cinabre très marqué depuis le bord palpébral jusqu'à la circonférence de la cornée, et en même temps les replis de la membrane se remplissent de filaments muqueux, ordinairement fort abondants.

Avant d'examiner l'œil on a quelque raison d'être inquiet, car on aperçoit dans le grand angle, et agglutinée aux cils, une quantité vraiment très abondante de mucus mêlé de larmes. Assez souvent aussi, les paupières sont œdématisées, surtout vers le grand angle, et il n'est pas rare non plus de constater une certaine infiltration de la joue, à la partie inférieure de l'orbite.

Dans ces circonstances, si la réunion est accomplie et que l'iris soit parfaitement exempt d'inflammation, il est bon de permettre au malade d'entr'ouvrir l'œil de temps en temps, pendant quelques minutes, et de prescrire un collyre légèrement astringent, avec lequel il doit se bassiner un moment toutes les heures. La plus grande propreté de l'œil est dans ce moment de première nécessité, car j'ai vu, surtout chez des femmes blondes, la peau des paupières, déjà si fine, s'enflammer et devenir le siège d'un érysipèle, sous l'influence duquel l'opération peut échouer complètement (voy. *Erysipèle des paupières*, t. II, p. 566).

Cette conjonctivite se remarque, non-seulement dans l'œil opéré, mais encore dans l'œil non opéré que l'on a dû tenir fermé aussi pour assurer mieux encore la réunion de la plaie. Elle prouve qu'il convient de ne pas recourir trop longtemps à l'occlusion de l'œil dans l'opération de la cataracte, lorsque tout va bien, et de plus que ce moyen n'est pas applicable dans tous les cas d'inflammation de l'œil. Au collyre astringent, il sera bon d'ajouter quelques purgatifs.

Le lambeau de la cornée, pour que la guérison soit rapidement obtenue, doit se réunir par première intention; malheureusement

on n'obtient pas toujours ce résultat; il sera nécessaire de s'arrêter un instant sur cet accident, le plus sérieux dans l'opération de l'extraction.

Nous avons déjà vu plus haut que l'issue du corps vitré dans la plaie ou simplement la saillie de ce corps, écartent le lambeau et le poussent en avant; nous n'y reviendrons pas ici. La hernie de l'iris produit le même résultat, et, comme cette cause d'insuccès est fréquente, nous en dirons quelques mots à part (voy. p. 248), nous réservant de nous occuper particulièrement ici des accidents provenant de la réunion incomplète ou nulle de la plaie dépendant seulement de l'état du lambeau. Voici les diverses conditions que l'on observe :

Réunion tardive de la plaie chez les vieillards. — Fistule.

C'est là un fait malheureusement trop certain : chez quelques vieillards, d'ailleurs bien portants, la plaie de la cornée ne se réunit pas : les lèvres, ce qui est très surprenant, demeurent longtemps appliquées l'une contre l'autre sans se réunir et dans un état de transparence parfaite; l'humeur aqueuse s'échappant à chaque contraction de l'orbiculaire, la chambre antérieure ne se rétablit pas. J'ai vu, chez quelques vieillards, ce phénomène persister huit ou dix jours, et la réunion commencer alors chez les uns, ou l'infiltration du lambeau chez les autres. Mais le fait le plus surprenant est celui d'un homme de soixante ans, que j'ai opéré, et chez lequel la réunion ne se fit qu'au quinzième jour, dans les deux yeux, et par un singulier mécanisme. Tous les jours, mes élèves et moi, nous constatons que le lambeau était parfaitement transparent, mais que toutes les contractions de l'orbiculaire le faisaient mouvoir, et que, pendant ce temps, une petite quantité d'humeur aqueuse s'échappait en nappe de l'ouverture. Je fis tenir les yeux fermés, et, le quinzième jour seulement, je reconnus qu'enfin les chambres antérieures étaient rétablies, et que l'iris se trouvait pris dans la partie postérieure de l'épaisseur du lambeau de la cornée. En avant la cornée était lisse, parfaitement unie à elle-même; en arrière elle tenait l'iris engagé par son corps, en plein parenchyme. Les deux pupilles étaient rondes et nettes, nullement tirillées dans le sens de la synéchie, et la vue parfaitement bonne.

Lambeau saillant et réuni seulement par son bord postérieur au bord antérieur de la lèvre adhérente à la sclérotique.

Cet accident n'est pas grave si l'on sait faire de bonne heure aux opérés les recommandations nécessaires, mais il retarde beaucoup la guérison.

Le lambeau, au moment où l'opération vient d'être achevée, est légèrement poussé en avant, et la réunion, au lieu d'être exacte, se fait de la même manière que celle d'une plaie mal affrontée. La lèvre de la plaie, adhérente à la sclérotique, est enfoncée, et lorsque le malade est calme et que l'on attire la paupière supérieure en avant, on peut mesurer aisément l'épaisseur, souvent des plus faibles, dans laquelle la réunion s'est faite. La moindre pression de la paupière sur la sclérotique, la moindre contraction de l'orbiculaire sur le globe pendant l'examen de l'œil, suffisent pour rompre la cicatrice, et l'on voit aussitôt l'humeur aqueuse s'écouler et l'iris s'appliquer contre la cornée.

Lorsque l'on a reconnu que la plaie est réunie dans ces conditions, on doit recommander au malade, vers le huitième ou le dixième jour, de tenir encore son œil fermé pendant une ou deux semaines sous un léger bandeau, et de ne l'ouvrir à moitié qu'un instant, à diverses reprises dans la journée, pour en chasser les mucosités et les larmes. Il est d'ailleurs averti que l'œil n'est pas encore dans de bonnes conditions, par une douleur aiguë qu'il ressent pendant certains mouvements des paupières ou au moins par une sensation de gravier fort gênante.

Si l'on examine de temps en temps la plaie, on reconnaît que peu à peu le sillon profond qui en séparait les lèvres diminue, que le niveau tend à se rétablir, et plus tard on ne voit plus qu'une tache annulaire parfaitement lisse, qui marque pour toujours la trace du couteau à cataracte, mais qui fort heureusement ne constitue, tant elle est petite, ni danger ni difformité.

Indépendamment de l'occlusion, qui est ici le conseil le plus important à donner, on peut conseiller des collyres légèrement astringents, et, quand la cicatrisation est plus avancée, instiller matin et soir, entre les paupières, une goutte de laudanum coupé avec moitié d'eau.

Lambeau suppurant en partie et se réunissant par seconde intention.

Deux ou trois jours après l'opération, on peut reconnaître

quelquefois, quand on examine l'œil, que la plaie est en quelque sorte dessinée par une tache semi-annulaire d'un millimètre de diamètre au plus, et qui s'étend à toute l'incision. On voit, en y regardant de plus près, que dans le voisinage du sillon la cornée est un peu gris bleuâtre, surtout vers le centre de la plaie. La pupille se reconnaît bien et l'on constate que la chambre antérieure est rétablie. L'œil est rouge, larmoyant, les bords ciliaires et le grand angle baignés de mucosités. Le malade accuse à peine quelque gêne dans l'œil ; quelquefois il se plaint qu'il est un peu lourd, un peu tendu.

Cet état ayant été reconnu, on referme l'œil avec précaution, au moyen de taffetas d'Angleterre ; on charge la paupière supérieure de petites bandelettes appliquées les unes sur les autres à la façon des compresses graduées, puis, quand elles sont bien sèches, on les recouvre d'un linge fin cératé, sur lequel on applique une boulette d'ouate assez grosse pour remplir largement l'orbite. Cela fait, on maintient la boulette d'ouate par plusieurs tours de bande disposés horizontalement, et suffisamment serrés pour que l'œil en soit comprimé convenablement.

En outre, on applique des sangsues entre l'œil et l'oreille, au besoin on pratique une saignée du bras, et l'on donne quelques purgatifs, entre autres, le calomel.

L'œil ne doit pas être, dans ce cas, visité tous les jours ; il faut, au contraire, laisser le bandeau compressif dans l'état où on l'a placé, et se borner à le resserrer dans le cas où il se serait relâché. On se guide pour le traitement sur les symptômes physiologiques et sur la somme de danger que l'on a prévue pour l'œil, lorsqu'on l'a examiné.

Vers le huitième jour, au plus tôt, il n'est pas rare de trouver les choses en bon état, mais il faut encore recommander l'occlusion de l'œil pendant quelque temps, afin que la cicatrice puisse se consolider convenablement.

Quelquefois les choses se passent moins bien : ainsi le lambeau suppure en partie ; la chambre antérieure, d'abord rétablie, s'ouvre et laisse s'échapper l'humeur aqueuse ; l'iris fait hernie, et ce n'est qu'après plusieurs semaines que la réunion se fait enfin ; mais la cornée est en partie opaque, le plus souvent la pupille est tirillée vers la plaie, et en partie ou en totalité effacée, et ce n'est que par une pupille artificielle que l'on pourra rendre plus tard la vue au malade.