

Il peut arriver aussi, au lieu d'une terminaison encore aussi favorable, puisqu'elle laisse des ressources souvent très heureuses, que le lambeau s'infiltré de plus en plus, que la cornée suppure en entier, qu'une ophthalmie interne se déclare, et que l'œil soit gravement compromis. Nous examinerons bientôt ces fâcheuses conditions.

Lambeau suppurant en totalité.

Ce fâcheux accident détruit la vue sans ressources. Il entraîne à sa suite une double condition qui n'est pas sans intérêt pour le malade :

Ou la cornée est seule détruite ;

Ou le globe disparaît en totalité à la suite du phlegmon.

Dans le premier cas, le patient a la ressource de la prothèse et peut entièrement cacher sa difformité ; cette triste consolation lui manque, ou au moins est fort amoindrie dans le second. En outre, le phlegmon entraîne des accidents généraux qui ne peuvent exister dans la suppuration de la cornée seule.

Les causes de la suppuration de la cornée sont loin d'être connues. Ainsi un œil atteint de cataracte ne présente aucune complication, ses membranes internes et externes sont saines, le malade n'en a jamais souffert ; il a le sentiment très vif de la lumière. L'opération est faite dans ces conditions, en apparence excellentes ; le patient est calme, ni lui ni le chirurgien n'ont à regretter aucune faute, aucun manque de précaution ; il n'y a eu aucun accident pendant l'opération ; au contraire, tout s'est passé régulièrement : cependant, et sans qu'il y ait eu de véritables douleurs, quelquefois même sans le moindre gonflement des paupières ou de la conjonctive, le lambeau est mortifié dès le lendemain ou le surlendemain de l'opération. Dès ce moment il est infiltré dans presque toute son étendue, trouble, et d'un jaune purulent vers son bord qui s'est tuméfié ; la pupille se voit encore quelquefois, la chambre antérieure existe, mais pour bien peu de temps, car tout ne tarde pas à disparaître. Le pus, en effet, remplit bientôt la pupille et toute la chambre antérieure, le lambeau s'écarte et se gonfle de plus en plus, l'iris fait souvent hernie, et toute la partie antérieure de l'œil ne présente plus qu'une masse jaune dont les limites sont celles de la cornée. Le malade ne souffre que fort peu ; cependant on lui trouve quelquefois un mouvement fébrile assez marqué, et, au résultat, qui n'arrive

qu'après plusieurs semaines, on trouve une disparition complète de la cornée. Celle-ci est alors remplacée par des exsudations à travers lesquelles on voit l'iris, ou pour mieux dire, sur lesquelles l'iris est collé ; ses diamètres sont notablement diminués ; et, au lieu d'une saillie, on trouve à sa place un enfoncement. Le malade conserve la faculté de sentir la lumière, mais tout espoir est à jamais perdu.

La suppuration du lambeau entraîne souvent celle du globe en totalité, avons-nous dit plus haut. Quand cela arrive, le malade éprouve des douleurs intenses dans le fond de l'œil et dans tout le trajet de la cinquième paire. Il a de la fièvre, des maux de tête, une agitation qui l'empêche de dormir un seul instant. Les paupières sont gonflées, la joue œdématisée, le grand angle de l'œil baigné de mucosités et de larmes très abondantes. Après que l'on a enlevé les bandelettes, on trouve l'œil excessivement injecté ; un chémosis séreux, bientôt remplacé par le chémosis phlegmoneux, survient, le premier comme preuve de la phlogose aiguë des membranes externes, le second comme symptôme de celle des membranes profondes. L'œil prend un volume de plus en plus grand, le tissu péri-orbitaire se prend à son tour, et l'œil, chassé bientôt de l'orbite, énormément tuméfié, suppure lentement et finit par complètement disparaître. Après deux ou trois mois il est réduit au volume d'un pois vert et caché au fond de l'orbite, dans laquelle les paupières, rapprochées l'une de l'autre et sans mouvements désormais, sont profondément enfoncées (voy. *Phlegmon de l'œil*).

Le traitement le plus énergique peut enrayer quelquefois le phlegmon et limiter le mal à la suppuration de la cornée. On emploie les saignées générales et locales, les onctions mercurielles au pourtour de l'orbite, le calomel à l'intérieur. On continue encore la compression que l'on doit employer dès le début, c'est-à-dire dès que l'on reconnaît un commencement de soulèvement du lambeau. Mais dès que le phlegmon est bien dessiné et que l'exorbitisme devient manifeste, on enlève le bandage compressif qui devient insupportable, et l'on couvre l'œil pendant plusieurs jours de cataplasmes émollients. Au besoin on ouvre largement le bulbe, si la phlogose a quelque tendance à se propager au cerveau.

Kératocèle.

Nous avons décrit plus haut les diverses formes du kératocèle

(voy. t. II, p. 367), nous n'y reviendrons pas ici. Il se forme, après l'extraction, dans deux circonstances différentes : lorsque la réunion de la cornée ne s'est accomplie que par la surface externe seulement, ou quand elle ne s'est faite que par la surface profonde ou interne.

Dans le premier cas, on constate ordinairement au centre du lambeau, à la partie la plus élevée, une petite tumeur du volume tout au plus d'un grain de millet, allongée comme la plaie sur laquelle elle repose, semi-transparente à sa surface, trouble et blanchâtre sur le bord de la cornée, et qui s'élève à la surface de cette membrane, ordinairement d'un demi-millimètre tout au plus.

L'autre forme se distingue par d'autres caractères. Les lamelles externes de la cornée demeurent béantes, légèrement infiltrées, et dans l'écartement qu'elles laissent, on voit une petite tumeur semblable à celle que nous venons de décrire et qui ne s'élève que bien rarement au-dessus du niveau de la membrane. Cette tumeur se trouve donc emprisonnée, en quelque sorte, dans l'épaisseur de la cornée.

De tous les moyens que j'ai employés avec succès contre cette légère affection, je dois recommander tout d'abord l'occlusion de l'œil, sans la compression, qui ne devient nécessaire que dans des circonstances exceptionnelles. S'il n'y a pas d'inflammation, ce qu'on voit à l'absence de rougeur et de photophobie, on peut se borner, pour hâter la guérison, à instiller une goutte de laudanum, coupée à moitié d'eau, deux fois par jour, ou ce qui est mieux, à cautériser légèrement, avec un crayon de nitrate d'argent taillé en pointe, le sommet de cette petite tumeur, mais non pas les lames de la cornée voisine. Si ces moyens échouaient, on pourrait, dès lors, traiter le kératocèle dont nous nous occupons comme le kératocèle ordinaire, soit par une ponction, soit par l'incision de la tumeur, et ensuite par la compression.

Je dois recommander de ne recourir à ces divers moyens qu'après douze ou quinze jours au moins d'une occlusion qui doit toujours être peu sévère, dans la crainte de la conjonctivite dont nous avons parlé.

Hernie consécutive de l'iris.

Six à huit heures après l'opération, et quelquefois davantage, le malade ressent tout à coup dans l'œil une violente douleur qui s'étend dans toute l'orbite, et revient par élancements très vifs sur

le trajet du frontal. Il s'y joint bientôt de la céphalalgie et un peu de fièvre ; le malade est inquiet, agité ; l'haleine prend une odeur désagréable ; la langue blanchit.

Si l'on examine les paupières, on les trouve tuméfiées, rouges, douloureuses à la pression la plus légère.

Il n'y a plus à douter alors qu'il ne soit survenu ou une inflammation de l'iris, ou une hernie de cette membrane entre les lèvres de la plaie.

Il est assez facile, en interrogeant le malade, de reconnaître si l'on a affaire à l'un ou à l'autre de ces accidents. L'inflammation de l'iris ne provoque pas une douleur aiguë, et arrivant brusquement à sa plus grande intensité ; toujours le malade a éprouvé d'abord une sensation de gêne, puis de douleur sourde et profonde. La hernie de l'iris, au contraire, apparaît tout à coup, et la douleur très vive dont elle est accompagnée se fait surtout sentir à la partie antérieure de l'œil, en s'étendant immédiatement aux sourcils ; c'est en un mot cette même douleur qu'accusent les malades atteints d'ulcérations profondes de la cornée, quand la perforation survient et qu'une hernie de l'iris en est la conséquence.

Lorsqu'on a lieu de croire qu'il y a une iritis, on commence avant tout par déplacer les bandelettes pour examiner l'œil ; puis, si l'inflammation est constatée, on la combat par de larges saignées, répétées à des intervalles aussi rapprochés que possible, par l'opium donné à l'intérieur, et par d'abondantes frictions d'extrait de belladone et de laudanum de Rousseau pratiquées autour de l'orbite. Si c'est une procidence de l'iris, que la réduction toujours si difficile n'en puisse être faite, et que cet accident provoque des douleurs en menaçant de devenir pour l'œil une cause de suppuration, on saisit avec des pinces ou un petit crochet la partie herniée, et on l'excise aussi près que possible du lambeau de la cornée ; les bords de la plaie kératique sont affrontés avec le plus grand soin, puis on couvre l'œil de bandelettes, maintenues au besoin par un bandage compressif, et l'on prescrit le traitement antiphlogistique le plus énergique.

On se tromperait singulièrement si l'on croyait que la précaution d'enlever les bandelettes, lorsqu'une hernie de l'iris s'est déclarée, doit nécessairement empêcher la réunion de la plaie, et prédisposer ainsi à la suppuration du lambeau :

Une dame que j'ai opérée à Versailles m'a fourni l'occasion de reconnaître l'innocuité de ce moyen. Douze heures après l'opéra-

tion, elle fut prise tout à coup d'une vive douleur dans l'œil et dans le sourcil; les paupières étaient gonflées; il y avait beaucoup d'agitation et un peu de fièvre, la malade n'avait pas dormi de toute la nuit. L'apparition brusque de cette douleur, qui n'avait été précédée par aucune sensation de gêne dans l'organe, me donna lieu de penser qu'une procidence de l'iris s'était produite, ce que l'examen de l'œil me fit reconnaître en effet: le lambeau était écarté par une petite hernie, que je parvins à réduire par quelques frictions sur la paupière. L'œil fut refermé aussitôt et la malade saignée plusieurs fois. Le lendemain, j'enlevai les bandelettes de nouveau, et je vis, à une sorte de filament noir entre les lèvres de la plaie et à une très légère déformation de la pupille, que la hernie s'était en partie reproduite; je l'excisai, les bandelettes furent remises, et ne furent plus levées que le septième jour, les douleurs ayant tout à fait disparu. A cette époque, la réunion de la plaie était presque complète: ainsi donc l'enlèvement des bandelettes n'avait occasionné aucun accident. Ce fait et d'autres encore m'ont conduit à examiner tous les jours les yeux opérés par extraction, et maintenant je suis convaincu qu'il n'y a aucun danger à les ouvrir autant de fois qu'on le juge nécessaire, pourvu qu'on mette le soin convenable à l'enlèvement des bandelettes.

Lorsque la hernie est entièrement formée, qu'on n'a pu ni la réduire ni l'exciser, on doit songer à en arrêter le développement sous l'influence duquel la pupille devra nécessairement se dévier, diminuer de plus en plus ou même complètement disparaître. On instille de l'atropine dans le grand angle de l'œil, sans enlever les bandelettes de taffetas d'Angleterre, et l'on a soin d'établir sur l'œil une compression suffisante pour empêcher, s'il se peut, l'issue de nouvelles parties de l'iris, jusque-là contenues encore dans la chambre postérieure.

Dans beaucoup de cas, sous l'influence de ce double moyen, auquel on peut ajouter encore la cautérisation ménagée de la hernie avec le crayon d'azotate d'argent, et plus tard les instillations de laudanum, j'ai vu les accidents se limiter, le lambeau de la cornée reprendre une suffisante transparence, et la pupille, déformée seulement et tirillée un peu en haut, demeurer assez grande pour que la vision, malgré la synéchie antérieure, fût complètement rétablie.

Dans d'autres cas, la pupille, fortement entraînée vers l'ouver-

ture, finit par disparaître ou par être fermée de fausses membranes; mais il reste pour un temps peu éloigné toutes les chances d'une opération de pupille artificielle, et ces chances, le plus souvent, sont véritablement très favorables, pourvu que l'on attende que toute trace d'inflammation soit éteinte.

Dans le moment où l'inflammation est le plus aiguë et l'iris très gonflé, j'ai recours à un moyen très puissant et très simple, pour faire tomber et cette inflammation et les douleurs symptomatiques: c'est la paracentèse appliquée sur la partie la plus saillante de la hernie iridienne. L'aiguille, qui doit être très petite, a pénétré à peine d'une demi-ligne, qu'un jet d'humeur aqueuse s'échappe, que la tumeur s'affaisse et que le malade est soulagé. Aussitôt après on emploie la compression, qui a pour effet de maintenir la hernie affaissée.

L'expérience m'a appris à revenir plusieurs fois à ce moyen, qui n'est nullement douloureux, et ressemble pour l'application comme pour le résultat à la paracentèse appliquée sur le kéra-tocèle du staphylôme opaque enflammé (voy. t. II, p. 366, 371). De même que dans cette maladie, il fait tomber aussitôt la fièvre, l'agitation, l'insomnie et disparaître les vomissements qui en sont assez souvent la conséquence. Il remplace avec le plus grand avantage les antiphlogistiques généraux et locaux, les narcotiques et tous les autres moyens ordinaires; il les vaut même tous à lui seul, et marche plus directement au but en produisant l'effet de la lancette dans une collection de pus. Je ne connais que l'excision dont l'application soit préférable quand elle peut être pratiquée.

Iritis aiguë et ses conséquences.

Nous avons décrit ailleurs (voy. t. II, p. 430) cette inflammation avec détails, et nous y renvoyons pour l'étude générale; nous ne nous en occuperons ici qu'à cause de son influence sur les résultats de l'opération.

L'iritis qui se déclare après l'extraction doit être étudiée dans ses causes et dans ses effets.

Elle peut être produite:

1° Par la sortie difficile du cristallin quand la section de la cornée est insuffisante;

2° Par la blessure de l'iris pendant la manœuvre;

3^o Lorsque l'iris, préalablement à l'opération, a déjà subi une ou plusieurs inflammations ;

4^o Par la présence de débris trop nombreux du cristallin laissés par l'opérateur dans la chambre postérieure ;

5^o Par l'inflammation du lambeau de la cornée, la réunion de celui-ci par seconde intention, sa suppuration étendue, etc., etc.

Elle peut avoir pour effets :

La suppuration partielle ou totale du lambeau avec ses conséquences, que nous avons étudiées, et, en particulier, la hernie de l'iris ;

Le dépôt d'une grande quantité de pus dans la pupille et dans la chambre antérieure avec réunion ou suppuration du lambeau ;

L'oblitération de la pupille ;

L'irido-choroïdite chronique et l'atrophie.

Dès que l'iritis se manifeste, et cela a ordinairement lieu dans les vingt-quatre premières heures après l'opération, rarement du quatrième au sixième jour, le malade se plaint d'une sensation de gêne dans l'œil qui s'accompagne de temps en temps d'élançements vifs et courts s'irradiant dans le sourcil. D'autres fois, c'est une pression douloureuse qu'il ressent dans le fond de l'orbite et qui s'accompagne de cuissons et de picotements insupportables. Il y a de l'agitation, de la fièvre, une insomnie pénible, un découragement très prononcé.

L'œil examiné à sa surface extérieure présente presque toujours déjà un certain degré de gonflement ; les paupières sont évidemment œdématisées dans le grand angle, quelquefois même l'infiltration séreuse s'étend à la joue. La sécrétion des larmes a tourmenté le malade par son abondance, et l'on trouve généralement la joue sillonnée de leurs traces quand on a pansé l'œil avec du taffetas noir. Les mucosités sont plus abondantes et l'on en trouve déjà en assez grande quantité entre les paupières ou le long du nez.

Si l'on enlève les bandelettes, et on doit le faire, on trouve la conjonctive rouge et infiltrée (*chémosis séreux*), la cornée brillante dans la partie la plus éloignée de l'incision, quelquefois un peu opaque dans la plaie et vers le centre du lambeau. La pupille, que l'on ne peut examiner qu'avec une grande rapidité, est grisâtre, quelquefois tout à fait trouble ; l'iris est décoloré, verdâtre.

L'iritis se termine quelquefois par une résolution complète ; le plus souvent, surtout quand elle s'accompagne de l'un des

graves accidents que nous avons nommés plus haut, elle est l'une des causes les plus actives de la perte de l'œil, rapprochée ou éloignée. Elle passe souvent à l'état chronique, et alors, à mesure que la pupille se rétrécit et s'enfonce en arrière, elle présente des récidives, toujours très douloureuses pour le malade, s'accompagne d'hypopyons qui se résorbent, se reproduisent avec une interminable irrégularité, de kératites ponctuées et disséminées, et quelquefois de ces terribles inflammations de la choroïde, accompagnées de névralgies, qui ne laissent de repos au malade, après des mois, des années, que lorsque l'œil est enfin entièrement détruit ou lorsque le chirurgien a osé, en ouvrant la cornée, même au plus fort de l'inflammation, a osé, dis-je, aller saisir l'iris dans la plus grande étendue possible, et l'exciser en même temps que les exsudations pupillaires (voy. plus loin, *Irido-choroïdite des opérés de cataracte*).

Quelquefois, cependant, l'iritis suit sa marche sans déranger en rien la réunion de la plaie de la cornée, et il n'est pas rare dans ces cas, relativement heureux, car l'œil a été menacé en entier, d'avoir affaire à une oblitération de la pupille par des exsudats qui exigent plus tard une opération de pupille artificielle. Voici un fait de ce genre :

Observation. — Le nommé Bara, ancien militaire, avait été opéré par moi de la cataracte sur l'œil droit, par le procédé de succion dont on s'entretenait bien à tort, il y a quelques années. L'œil s'était peu à peu perdu sans ressource, et la cataracte de l'œil gauche s'étant complétée, je résolus de l'opérer par extraction. Tout se passa très régulièrement, et trois jours après il n'y avait absolument rien qui dût faire prévoir ce qui survint. A ce moment, le malade fut pris d'une iritis très violente que je cherchai à combattre par les moyens les plus énergiques, mais la pupille se remplit d'exsudations et se ferma entièrement. Je consolai le malade, lui donnai l'assurance qu'il n'y avait là qu'un ajournement, et, en effet, quelque temps après, lorsque l'inflammation fut bien apaisée, je pratiquai une belle pupille artificielle par iridorhexis en dehors qui, depuis six ans, permet au patient de lire parfaitement et de jouir de la vue comme l'opéré de cataracte dans les meilleures conditions.

Dans l'iritis qui nous occupe, on se hâte de recourir au traitement le plus énergique : on pratique quelques mouchetures sur le chémosis séreux, et l'œil est refermé aussitôt avec des bande-

lettes ; une ou plusieurs saignées générales sont pratiquées, et l'on a recours surtout à l'application de sangsues en permanence, près de l'œil, suivant le procédé de Gama. A mon dispensaire, je fais appliquer une ventouse scarifiée à la tempe, de trois en trois heures, et j'en ai toujours reconnu les bons effets ; quelquefois je substitue à la ventouse la sangsue artificielle. En même temps, on donne le calomel à l'intérieur et l'on verse dans le grand angle de l'œil, sans toucher aux bandelettes, de nombreuses gouttes de sulfate neutre d'atropine, pour tâcher de dilater la pupille. J'ai absolument renoncé à l'application de l'eau froide et de la glace.

Sous l'influence de ce traitement énergique on arrête assez souvent les progrès du mal, mais on n'est pas toujours aussi heureux et l'on ne voit pas rarement survenir l'un des accidents que nous avons signalés, et parmi lesquels la suppuration du lambeau et la hernie de l'iris sont les plus communs (voy. plus haut, p. 244, 247).

Phlegmon de l'œil.

Ce terrible accident consécutif qui occasionne et la perte totale de l'œil et une difformité, est le plus souvent la conséquence des conditions morbides différentes que nous venons de passer en revue ; mais, hâtons-nous de le dire, il se montre aussi tout à coup, soit immédiatement après l'opération, soit du quatrième au huitième jour, rarement plus tard. Chose étrange et inexplicable ! c'est le plus ordinairement quand l'opération est régulière de tout point et que le chirurgien est en droit de compter sur un beau succès, qu'il est frappé de cette cruelle déception. Je l'avoue, il y a bien des années que je fais des opérations, et en grand nombre, eh bien ! aujourd'hui encore, lorsque cela arrive, je me demande la cause de ce malheur sans pouvoir la trouver. Le malade a été parfait pendant l'opération, le lambeau a été bien taillé, la cataracte extraite complètement et sans effort, la plaie s'est bien rapprochée, les lèvres ne contenaient rien qui pût empêcher la réunion, et le lendemain on apprend que des douleurs sont survenues dans l'œil et la région péri-orbitaire ; on regarde : on trouve les paupières œdématisées souvent à un haut degré ; on enlève avec précaution le taffetas d'Angleterre, et l'on aperçoit un chémosis, une injection considérable, un trouble manifeste de la chambre antérieure, et, le plus souvent, la disparition

complète de cette cavité. On applique le traitement le plus énergique ; il n'arrête rien, l'œil est perdu.

Si, malgré le traitement, le phlegmon continue et s'accompagne de douleurs, je l'arrête quelquefois au moyen de la paracentèse scléroticale que je pratique en plongeant un couteau à cataracte entre le muscle droit externe et l'inférieur, parallèlement à leurs fibres. Je fais sortir ainsi une petite partie des liquides contenus dans l'œil ; mais il faut se hâter, c'est le premier jour qu'on doit recourir à ce moyen extrême.

II. — Extraction sous-conjonctivale.

Nous allons décrire sous ce nom un procédé d'extraction que nous avons imaginé et mis en pratique, il y a déjà plusieurs années, et que nous avons repris depuis quelques mois seulement.

Il a spécialement pour but d'éviter le soulèvement du lambeau, son infiltration et tous les accidents que nous avons décrits plus haut (voy. p. 228 et suiv.).

Il est surtout applicable aux yeux très saillants, pour lesquels l'extraction ordinaire est souvent dangereuse.

Dans le nombre encore assez limité d'opérations que nous avons pratiquées, il n'y a eu jusqu'ici aucun accident capable de compromettre la vision, et même quelques-uns de ceux qui surviennent dans la kéra-totomie ordinaire s'étant montrés, la cornée n'a jamais été atteinte d'aucune inflammation.

Dans ce procédé, le chirurgien pratique un lambeau qui, après avoir traversé la cornée comme dans l'opération d'extraction ordinaire, passe sous la conjonctive du bulbe, par un simple allongement de la plaie kératique. On a ainsi, au côté interne de l'œil et au côté externe, une double boutonnière réunie loin de la cornée par un pont de la conjonctive. L'opération peut être faite par kéra-totomie supérieure ou inférieure.

Voici le manuel opératoire :

Manuel opératoire. — Kératotomie supérieure. — La kératotomie supérieure n'a ici aucun avantage sur l'inférieure ; si je l'ai pratiquée le plus souvent ainsi, c'est parce que, ayant l'habitude de la kératotomie supérieure, j'ai cru pouvoir plus facilement éviter les difficultés que présenterait le nouveau procédé. Je reviendrai au reste sur ce point de pratique.

Les paupières sont écartées par l'aide, comme il a été décrit