

REMARQUES SUR LES ACCIDENTS QUI PEUVENT ARRIVER PENDANT L'OPÉRATION.

PREMIER TEMPS. — *Ponction.* — Un mouvement brusque de l'œil au moment où le chirurgien plonge l'aiguille à travers la sclérotique, empêche que la ponction ne soit faite au lieu indiqué. Si elle est au-dessus du diamètre transversal, l'abaissement est moins facile, moins régulier ; si elle est beaucoup trop au-dessous, les mouvements de la main sont gênés, et l'aiguille, trop inclinée, n'arrive que difficilement à la partie supérieure du cristallin ; pratiquée exactement dans le diamètre transversal, la ponction a plus de chances pour diviser des rameaux de l'artère ciliaire longue, en occasionnant ainsi une hémorrhagie interne ; et si elle est faite trop près de la cornée, le corps ciliaire est blessé, et le cristallin très souvent embroché. J'ai observé des cas dans lesquels, par suite d'un mouvement inattendu de l'œil, la cornée a été traversée près de sa circonférence, et l'iris atteint en même temps.

On évite tous ces accidents en approchant doucement la pointe de l'aiguille très près de l'endroit où doit être faite la ponction, qu'on pratique ensuite rapidement, sitôt qu'on s'est assuré de l'immobilité du globe. Il ne faut point, dans tous les cas, retirer l'aiguille lorsqu'elle est une fois implantée, à moins que l'opération ne soit impraticable par le fait même de l'accident survenu. Mais s'il arrive qu'un mouvement brusque du globe ou de la tête dégage l'instrument lorsque la ponction est faite, on en pratique une autre à côté de la première, par ce double motif qu'il n'y a point d'inconvénient sérieux à en agir ainsi, et qu'il serait très difficile, d'un autre côté, de faire retrouver à l'aiguille la voie qu'elle a déjà suivie.

Si la ponction a déterminé une hémorrhagie interne, ce qui est excessivement rare à moins que l'on n'ait blessé l'iris, on doit se hâter d'achever l'opération, parce que si la manœuvre se prolongeait trop, il deviendrait difficile d'éviter les membranes internes, le sang devant masquer bientôt la cataracte et l'aiguille.

La lésion du corps ciliaire n'est pas fort sérieuse ; rarement elle détermine une réaction très forte et compromet le succès de l'opération.

Lorsque le cristallin est embroché, on s'en aperçoit facilement

aux divers mouvements que l'aiguille imprime à la cataracte et à l'iris, comme à la résistance qu'on éprouve à la faire manœuvrer. On essaie aussitôt de dégager l'instrument en le ramenant doucement vers son point d'entrée, et en lui imprimant de très petits mouvements de rotation sur son axe : trop étendus, ces mouvements contusionneraient les membranes internes, et l'iris en particulier.

Il peut se former entre la conjonctive et la sclérotique un épanchement de sang souvent assez considérable pour gêner la manœuvre. La muqueuse, soulevée largement autour de l'aiguille, forme une tumeur dont le volume égale quelquefois celui d'une noisette. On ne peut douter alors qu'on n'ait divisé un des gros vaisseaux qui rampent dans le tissu cellulaire sous-conjonctival, ou un vaisseau variqueux de la muqueuse même. On évitera cette piqûre en pratiquant la ponction au-dessus ou au-dessous des vaisseaux, ou bien entre leurs ramifications. Le volume de la tumeur est augmenté parfois d'une assez grande quantité d'humeur aqueuse ou vitrée, qui sort par la petite plaie scléroticale, surtout lorsque le corps hyaloïde est ramolli. Si la tumeur est forte et gêne le rapprochement des paupières, on peut diviser la conjonctive dans une étendue suffisante pour enlever le caillot sanguin qu'elle recouvre. Cette même petite opération devient nécessaire quand une grande partie du corps vitré a glissé sous la muqueuse et formé là une tumeur assez volumineuse et incolore.

Au moment où la ponction est faite, le malade se trouve pris quelquefois de mouvements spasmodiques très étendus. Il arrive assez souvent alors que la tête est portée brusquement en arrière, et que l'aiguille se dégage de l'œil : dans ce cas, la faute appartient, à la fois, à l'aide et à l'opérateur : l'aide n'a pas convenablement appuyé la tête du patient contre sa poitrine, ou a négligé de prendre la pose que j'ai fait représenter dans la figure 12, p. 173, et il a été brusquement repoussé en arrière ; le chirurgien a oublié que dans les opérations sur l'œil, la main qui tient l'instrument doit prendre sur la face du malade un point d'appui qu'elle ne doit plus quitter, lors même que la tête serait agitée de mouvements très étendus. Dans d'autres cas, c'est une syncope qui produit cet accident, qu'on prévient aisément en habituant d'avance le malade au contact de l'instrument, comme nous l'avons dit lorsque nous nous sommes occupé des soins préparatoires.

Lorsque, la tête étant convenablement maintenue, l'œil, au moment où il vient d'être blessé par l'instrument, fuit avec rapidité, en se dégageant par un mouvement brusque de l'aiguille, comme nous l'avons dit plus haut, cela vient encore de ce qu'en pratiquant le temps de ponction, le chirurgien a oublié qu'il doit tenir le globe fixé par l'aiguille, et en arrêter ainsi tous les mouvements.

La paupière supérieure échappe assez fréquemment à l'aide peu exercé et tombe sur l'instrument qui a pénétré dans l'œil. Si l'on est sûr de sa main, on peut le laisser en place jusqu'à ce que l'aide ait repris la paupière; il serait plus prudent, si l'on ne se sentait pas bien maître de la direction de l'aiguille, de la retirer entièrement, sauf à faire une seconde ponction. Il m'est arrivé une fois, par suite du peu d'expérience de mon aide, d'être obligé de la faire sortir de l'œil, et de l'y introduire une seconde fois; il n'en est résulté aucune inflammation. C'est le cas de faire remarquer ici combien il est nécessaire en pareille circonstance que le chirurgien conserve son sang-froid, et se garde de parler à l'aide avec vivacité; autrement l'inquiétude du malade provoquerait des mouvements du globe, qu'on pourrait difficilement arrêter. D'un autre côté, l'aide, rassuré par le calme du chirurgien, se troublera moins et exécutera plus fidèlement et avec plus de rapidité l'ordre donné.

DEUXIÈME TEMPS. — *Aiguille dans la pupille.* — Lorsqu'on abaisse trop fortement le manche vers la tempe du malade, la pointe de l'aiguille vient s'appuyer contre l'iris, et piquer cette membrane. Si l'instrument n'est pas exactement posé à plat sur la cataracte; en d'autres termes, si l'un de ses tranchants est tourné en avant et l'autre en arrière, le premier blesse la face postérieure de l'iris, sur lequel on voit apparaître quelques gouttelettes de sang. Il peut même arriver, si l'on manœuvre brusquement et avec maladresse, que la pointe traverse l'iris, et se montre brillante dans la chambre antérieure. Tout aussitôt la pupille se resserre énergiquement, et la manœuvre devient extrêmement difficile; c'est pour ce motif, outre les autres raisons que nous avons exposées, qu'il est bon d'employer longtemps d'avance les instillations d'atropine.

Si l'on n'abaisse pas assez vers la tempe le manche de l'instrument, on s'expose ou à embrocher le cristallin, accident que nous avons déjà noté en parlant de la ponction, ou à faire passer l'ai-

guille immédiatement entre ce corps et la capsule. Dans ce dernier cas, l'aiguille recouverte par le tissu de la membrane paraît terne, en quelque sorte dépolie, et n'a plus ce brillant métallique si facile à reconnaître. On risque alors, surtout si la cataracte est molle, de se fourvoyer dans l'espace intra-capsulaire, et de mal exécuter la manœuvre du troisième temps. Pour éviter cette fausse direction, on prendra soin de constater que l'aiguille est libre en avant de la capsule, et si cela n'est pas, on la retirera doucement vers le côté externe de la pupille, puis on fera attention de revenir dans cette ouverture, en poussant la pointe de l'instrument vers la chambre antérieure.

Le deuxième temps de l'opération est modifié quand il s'agit d'une cataracte capsulaire; les adhérences qui la retiennent à la pupille exigent que l'opérateur conduise l'instrument à travers un interstice jusqu'au-devant de l'opacité; cette circonstance nécessite souvent le déplacement de la ponction, qui est faite alors ou plus bas ou plus haut, selon la direction de la lacune qui permettra l'introduction de l'aiguille. Il est inutile de répéter qu'on devra essayer de rompre les adhérences avant de passer au temps suivant de l'opération. A cet effet, on dirige l'un des tranchants de l'instrument sur les petites brides qui retiennent la pupille, et on les détruit une à une par des mouvements prudemment dirigés de dehors en dedans, et répétés autant de fois que cela est nécessaire: il y a avantage à commencer par les adhérences supérieures. Si le tranchant est mal dirigé, l'iris est atteint quelquefois, et l'on voit alors une gouttelette de sang glisser sur la membrane, et s'arrêter dans la chambre antérieure. On évitera cette piqûre en se servant d'une aiguille droite, dont le tranchant sera incliné légèrement vers la capsule.

TROISIÈME TEMPS. — *Déplacement de la cataracte.* — Lorsque le cristallin est dur, la manœuvre s'exécute facilement; il n'en est pas de même lorsqu'il est d'une densité moindre; c'est alors que quelques accidents sont à craindre, et le principal est la *chute de la cataracte dans la chambre antérieure*. Elle arrive lorsqu'on presse maladroitement trop au-dessus ou surtout trop au-dessous du diamètre transversal de la lentille, ou lorsque la capsule a été préalablement divisée en haut ou en bas. Tout mouvement brusque doit, à ce temps de l'opération, être interdit; c'est en agissant avec lenteur et par des pressions très ménagées, qu'on parvient à abaisser le noyau lorsqu'il traverse la substance cor-

ticale en la laissant en place, ce qui arrive très souvent. Pour abaisser autant que possible tout le cristallin, on commence par le séparer à sa circonférence de ses attaches normales, en le déprimant toujours avec précaution sur tous les points accessibles de sa circonférence.

Malgré tous les efforts que l'on a faits pour débarrasser d'un seul coup la pupille, on voit souvent dans cette ouverture des débris opaques nombreux qui, en se réunissant, reconstitueraient une cataracte secondaire, si on les laissait en place. On les charge l'un après l'autre avec l'aiguille, et on les abaisse, ou, si cela ne se peut, on les disperse de tous côtés pour que la résorption s'en fasse plus aisément.

Si, nonobstant les précautions qu'on a prises, le *cristallin est tombé dans la chambre antérieure*, on doit, de crainte qu'il ne réagisse sur l'iris et que la pupille ne se resserre, se hâter d'essayer de le harponner avec l'aiguille que l'on fait passer à travers cette ouverture. C'est surtout vers le centre du noyau qu'il convient de diriger l'instrument; autrement on courrait risque de blesser la cornée, et de ne pouvoir ramener le cristallin en arrière, à cause du peu de résistance des couches de sa circonférence.

Quand les essais qu'on a faits demeurent infructueux, il est prudent de l'extraire immédiatement par la cornée, surtout s'il est volumineux, l'absorption ne devant le faire disparaître qu'après un temps considérable, et sa présence devenant la cause d'inflammations successives qui peuvent compromettre l'œil tout entier.

J'ai publié dans la *Gazette des hôpitaux*, en 1841, un cas dans lequel le cristallin, tombé vingt-quatre heures après l'opération dans la chambre antérieure, s'est résorbé au bout de quelque temps; j'ai vu, depuis, le même fait se reproduire également sur un vieillard, et une autre fois sur une femme de cinquante et un ans; Dupuytren a constaté le même résultat sur un de ses opérés, après trois mois de séjour à l'hôpital; mais, même dans ces cas exceptionnels et heureux, les malades ont été tourmentés d'ophtalmies répétées jusqu'à l'entière disparition de la lentille.

J'ai été maintes fois appelé à extraire des cristallins tombés dans la chambre antérieure à des distances plus ou moins éloignées de l'opération. Tout récemment j'en ai extrait un qui avait été abaissé depuis dix-huit ans et qui était réduit au quart environ

de son volume. En pareille occurrence c'est à l'extraction qu'il faut immédiatement recourir afin d'éviter les accidents qui ne manquent pas de survenir dès que le cristallin a pris place dans la chambre antérieure.

Si des débris nombreux de la substance corticale du cristallin passent dans la chambre antérieure, il est avantageux de les y laisser sans s'en occuper. On sait qu'on facilite la résorption d'une cataracte molle, en faisant traverser la pupille à quelques-uns de ses débris.

L'iris peut gravement souffrir dans ce temps de l'opération, si, comme cela arrive très fréquemment, des adhérences existent entre cette membrane et la cataracte, et qu'elles n'aient point été aperçues. En pressant sur le cristallin d'avant en arrière, on voit alors l'iris entraîné dans ce sens; toutes ses fibres convergentes sont énergiquement tendues, et si les adhérences qui le retiennent ne se rompent pas sous l'influence de la pression qu'on exerce, il se décolle le plus souvent en haut et en dedans, dans une étendue considérable. Du sang vient alors se mêler immédiatement à l'humeur aqueuse, et la cataracte est masquée. On prévient ce grave accident en divisant les adhérences *dans le second temps*, comme nous l'avons recommandé, et en n'essayant d'abaisser que lorsque la lentille est parfaitement libre. Si l'iris est blessé malgré ces précautions, on se hâte de retirer l'instrument de l'œil, et de prescrire un énergique traitement antiphlogistique. (Voyez *Opérations des cataractes adhérentes*.)

QUATRIÈME TEMPS. — *La cataracte est maintenue abaissée.* — Lorsqu'on relève l'aiguille dans la pupille, après avoir abaissé la cataracte, il arrive souvent que celle-ci remonte dans l'ouverture pupillaire, quelque peine que l'on se donne pour l'en tenir éloignée; cet accident est surtout très fréquent dans les cataractes capsulaires ou capsulo-lenticulaires. Il est presque toujours dû à la présence d'une adhérence élastique très fine, qui maintient l'opacité en rapport de continuité avec l'iris. Après une ou deux tentatives infructueuses, on recherche le siège de l'obstacle, que l'on essaie de détruire avec le tranchant de l'instrument. Mais c'est là une manœuvre difficile, et elle échoue dans un si grand nombre de cas, qu'il vaut mieux, de peur de produire des lésions graves et une réaction très forte, l'abandonner que de la répéter trop longtemps. D'ailleurs la résorption amène des modifications

dans la forme de la cataracte, et la pupille peut se trouver par là débarrassée.

On aurait encore la ressource d'extraire la cataracte à travers une ponction faite à la cornée.

Lorsqu'il s'agit d'une cataracte lenticulaire, on l'abandonne dans la pupille quand elle remonte, mais on a soin de la morceler, si cela se peut, ou au moins de diviser largement la capsule. C'est surtout dans les cataractes secondaires que l'on voit cet accident, quelque effort que l'on fasse (voyez *cataractes secondaires*). On n'a point d'autre ressource alors que l'extraction; et dans quelques cas même ce dernier moyen manque, lorsqu'une opacité, en tout point semblable d'aspect à une toile d'araignée, s'est organisée au loin dans la pupille: par sa finesse elle ne donne pas de prise aux instruments avec lesquels on cherche à la saisir, et elle est si élastique, qu'elle se laisse entraîner sans difficulté dans tous les sens, pour reprendre tout de suite après la place qu'elle occupait d'abord. D'autres fois c'est une capsule flottante, n'ayant aucun point d'attache, qui se balance dans la pupille; si on veut l'abaisser à l'aiguille, elle remonte sans cesse, étant d'une densité moins grande que l'humeur aqueuse.

Heureusement que dans tous ces cas le temps suffit pour résorber et déplacer ces opacités, de telle sorte que la vue, but de l'opération, finit par être rendue au malade. Une sage expectation est toujours préférable ici à une brillante manœuvre qui peut être suivie d'accidents déplorable.

Il est enfin un accident commun à tous les temps de l'opération, c'est la rupture de la pointe de l'aiguille dans l'œil; le plus souvent c'est sur la cataracte même qu'elle se brise; alors on doit l'extraire avec celle-ci, dans le but d'éviter la suppuration du globe, résultat malheureusement déjà observé par Pellier. « Juengen, dit M. le docteur Deval (1), a vu cet accident survenir dans une réclinaison qu'exécutait un illustre opérateur; la cornée fut ouverte sur-le-champ, et l'on eut le bonheur d'extraire avec la cataracte le fragment métallique. » Si un grand fragment de la lance est demeuré dans l'œil, on doit certainement se hâter de l'extraire; mais il n'en sera pas de même s'il ne s'agit que d'une très petite portion de la pointe, l'oxydation pouvant

(1) Deval, *loc. cit.*, p. 100.

l'emporter. J'ai observé moi-même ce fait dans un cas où j'opérais un vieillard; la pointe de l'aiguille se rompit sur le noyau du cristallin, et aucun accident ne survint. Cline rapporte un autre exemple semblable, dans lequel la pointe, tombée dans la chambre antérieure, s'oxyda et disparut, sans occasionner de suites fâcheuses.

PANSEMENT. — Rien n'est plus simple que le pansement de l'œil, après l'opération par abaissement. Le malade est conduit immédiatement vers son lit avec précaution, il aura soin pour s'y rendre de tenir la tête droite, et d'éviter surtout de se baisser brusquement en avant; ses habits lui seront ôtés doucement, il se couchera sur le dos et on lui maintiendra la tête haute au moyen d'oreillers. Si la cataracte a remonté dans la pupille on le fera marcher quelque temps la tête haute et l'on parviendra quelquefois ainsi à abaisser définitivement le cristallin.

On a assez l'habitude en France de cacher l'œil sous d'épaisses compresses, et de fermer les paupières au moyen de bandelettes de taffetas d'Angleterre. Tout cela est pour le moins inutile; il suffit d'appliquer sur l'œil opéré une compresse mouillée d'eau froide, que l'on renouvelle autant de fois qu'il est nécessaire, pendant vingt-quatre ou trente-six heures, plus ou moins. Si le froid détermine quelques douleurs névralgiques, on cesse aussitôt.

Quand un seul œil est opéré, on prescrit assez généralement de fermer l'autre par des agglutinatifs; je pense que cela n'est pas nécessaire, et qu'il suffit de recommander au malade d'en tenir les paupières rapprochées. La chambre où il est couché doit être obscure, mais non pas complètement privée de lumière. On éloigne de lui tout ce qui pourrait troubler son repos physique et sa tranquillité d'esprit. S'il n'y a point d'accident, quelques potages seront permis pendant les premières vingt-quatre heures; plus tard on donnera une nourriture plus abondante, quoique légère.

REMARQUES SUR LES ACCIDENTS QUI PEUVENT ARRIVER APRÈS L'OPÉRATION.

Le plus fréquent des accidents qui surviennent après l'opération par abaissement, c'est l'*iritis* avec ses suites, comme l'hypopyon, les fausses membranes dans la pupille, l'atrésie de cette ouverture, etc. On a aussi à craindre les *vomissements*, la *réascension du cristallin* (cataracte lenticulaire secondaire), sa chute