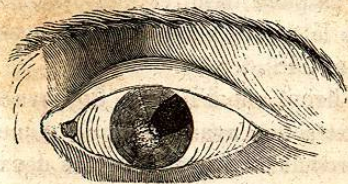


Voici maintenant un beau cas de pupille artificielle pratiquée sur un ancien militaire, invalide, demeurant à l'Hôtel, sixième division, corridor Toulon, n° 22. L'œil gauche est perdu; le droit, dont la cornée est dessinée ici, est rempli d'une fausse membrane épaisse occupant la pupille. Le malade ne reconnaît personne et ne peut pas se conduire. Il voit seulement la masse des gros objets en les rapprochant de son œil.

Dans un cas pareil, devait-on détruire l'appareil cristallin pour enlever la cataracte? Non, évidemment; aussi ai-je pratiqué l'opération de la pupille artificielle.

Il y avait en dehors une petite lacune de l'iris, et j'en ai profité pour faire subir à cette membrane la perte de substance indiquée dans la figure suivante :

Fig. 53.



Fausse membrane au centre de la pupille et petite partie d'iris restée collée à la fausse membrane après la déchirure. — Pupille artificielle bien noire en haut et un peu en dehors.

L'opération a rendu la vue à ce pauvre soldat, que j'ai revu bien des fois depuis; il ne sait pas lire, mais il voit bien les plus petits objets.

#### V. — OPÉRATION DES CATARACTES TRAUMATIQUES.

Nous avons étudié plus haut (voy. p. 144) le traitement médical des cataractes traumatiques; il nous reste quelques mots à dire ici sur le traitement chirurgical pour compléter le sujet.

La cataracte lenticulaire traumatique dans laquelle le cristallin n'occasionne aucun accident inflammatoire ne doit pas, en général, être opérée, surtout quand on constate que la résorption en diminue peu à peu le volume. Le chirurgien et le malade doivent, en pareille circonstance, avoir patience et attendre souvent plusieurs mois avant de recourir aux moyens chirurgicaux.

Si la cataracte lenticulaire traumatique persiste, comme cela arrive après que la plaie de la capsule s'est refermée, on pourra recourir à la discision par la cornée à diverses reprises, au besoin,

suivant les indications qui ont été décrites plus haut (voyez page 312). Dans aucun cas on ne devra songer à l'abaissement sclérotical, les cataractes lenticulaires traumatiques récentes manquant de la consistance nécessaire pour présenter à l'instrument une résistance convenable.

La cataracte capsulaire traumatique et la capsulo-lenticulaire seront traitées par les procédés que nous avons exposés déjà en parlant des cataractes lenticulaires adhérentes et des cataractes secondaires adhérentes et libres, nous n'y reviendrons donc pas ici.

Mais si la cataracte traumatique lenticulaire récente gonfle beaucoup, qu'elle fasse hernie dans la pupille en occasionnant de violentes douleurs, on doit se hâter de recourir à l'extraction linéaire suivant le procédé décrit plus haut, même quand l'inflammation est le plus violente, parce qu'alors le cristallin joue le rôle d'un corps étranger. On traite alors la cataracte traumatique comme la lenticulaire mal opérée par discision. Si des exsudats existent déjà dans la pupille, ou qu'une irido-choroïdite se déclare, on fait disparaître aussitôt l'inflammation en procédant comme nous l'avons indiqué plus haut, c'est-à-dire en ponctionnant simultanément la cornée et l'iris à la partie supérieure externe, en extrayant la cataracte, avec les exsudats, et en excisant au besoin une petite partie de l'iris (voy. page 351).

Si le cristallin renferme le corps étranger qui l'a blessé, on peut souvent, à l'aide de l'ophthalmoscope, l'apercevoir pendant quelque temps et se guider ainsi quant au pronostic, soit sous le rapport des progrès de la cataracte, soit quant aux inflammations qui pourraient surgir par suite de cette complication. Quelquefois le corps vulnérant est renfermé sous la cristalloïde. J'ai vu cette membrane maintenir en place des grains d'acier, des pierres, un éclat de capsule fulminante; le cristallin s'était résorbé et l'œil ne présentait aucun signe d'inflammation. Une autre fois j'ai observé un cristallin entièrement opaque et contenant au centre de sa surface antérieure un éclat de colle forte. J'ai extrait la cataracte et ce corps étranger le 27 juin 1856, par kératectomie supérieure sur le nommé Tryon, âgé de trente-six ans, exerçant la profession d'ébéniste, 170, faubourg Saint-Antoine, qui fut rapidement guéri.



**VI. — OPÉRATIONS APPLICABLES AUX FAUSSES MEMBRANES PUPILLAIRES.**

Les opérations nécessaires dans ces circonstances sont exactement les mêmes que celles que nous avons déjà décrites à propos des cataractes adhérentes. L'essentiel ici, c'est de constater que la fausse membrane adhère de toutes parts à la pupille ou qu'elle n'en occupe qu'une partie. Dans le premier cas on reste naturellement dans le doute sur la question de savoir si le cristallin est transparent ou opaque. Dans l'autre, au contraire, la certitude est ordinairement facile à acquérir ; dans l'un comme dans l'autre cas, le cristallin doit être ménagé et le chirurgien doit se borner à l'exécution d'une pupille artificielle. Si l'on reconnaît, immédiatement après l'exécution de cette opération, que le cristallin est opaque, on l'extrait séance tenante, ou bien s'il y a des motifs pour agir autrement, à deux époques distantes, et lorsque l'œil est exempt de toute injection.

Si la fausse membrane occupe toute la pupille, l'opération du déchirement de l'iris, que nous avons décrite plus haut, devra être pratiquée avec toutes les précautions possibles pour ne pas ouvrir la capsule.

Au contraire, si la fausse membrane n'occupe que la plus grande partie de l'ouverture pupillaire, on pratiquera l'excision dans l'axe de la portion de la pupille naturelle conservée, que l'on aura soin de dilater au préalable par l'atropine. Cependant si cette partie de la pupille naturelle se trouvait en haut, il serait mieux quelquefois de n'en pas tenir compte et de pratiquer l'opération en bas.

Dans l'un comme dans l'autre cas, on se gardera bien de toucher à la fausse membrane.

Les fausses membranes pupillaires s'observent encore après les diverses opérations de la cataracte, particulièrement après celles d'abaissement ou après les autres opérations à l'aiguille. On en voit encore des exemples peu rares après l'extraction la mieux réussie au point de vue chirurgical. Dans ces cas, les opérations à faire sont singulièrement simplifiées ; on pratique encore la pupille artificielle par l'une ou par l'autre des méthodes qui viennent d'être indiquées, suivant que la pupille est entièrement ou partiellement oblitérée ; mais alors, comme on n'a rien à crain-

dre, quant à la capsule, l'opération peut être pratiquée plus hardiment et l'iris saisi dans une plus grande étendue.

Une observation d'une grande importance à faire à propos des fausses membranes pupillaires, c'est que la plupart des chirurgiens les confondent avec la cataracte, et qu'il les traitent comme telles.

S'ils ont eu par malheur recours à l'aiguille et qu'ils aient tenté l'abaissement, tous les accidents que nous avons signalés plus haut à propos des cataractes adhérentes surviennent dans la majorité des cas ; ils produisent une cataracte là où il n'y en avait pas en réalité, et l'œil, qui aurait pu être facilement sauvé par une simple excision de l'iris, est bien souvent perdu.

**VII. — OPÉRATIONS APPLICABLES A L'IRIDO-CHOROÏDITE CHRONIQUE DES OPÉRÉS DE CATARACTE.**

L'irido-choroïdite des opérés est l'une des maladies que doit redouter le plus le chirurgien ; c'est l'affection la plus tenace, la plus cruelle que je connaisse. Non-seulement elle désespère les malades par les douleurs sans cesse renaissantes qu'elle occasionne, mais encore, surtout s'ils sont âgés, elle peut compromettre sérieusement leur vie. On la voit le plus souvent après les opérations à l'aiguille, et particulièrement après l'abaissement ; cependant elle est loin d'être rare encore après les extractions de cataractes secondaires ou même après l'abaissement ou l'extraction de la plus mince des capsules opaques. Impossible au chirurgien de se tromper sur la présence de cette terrible maladie dès qu'après une opération sur l'œil il constate, en même temps qu'une rougeur plus ou moins vive, des névralgies interminables contre le retour et la durée desquelles tout demeure impuissant : saignées, sangsues, ventouses, opiacés, quinine, rien n'arrête la reproduction du mal, et après des mois, quelquefois même plus d'une année, l'œil finit par s'atrophier ou au moins par être frappé d'amaurose. Heureux le malade dont la constitution résiste à toutes ces misères !

C'est pour arrêter ces douleurs, quelquefois pour sauver l'œil d'une perte certaine, qu'il convient de recourir à des opérations que, pour la plupart, nous avons déjà décrites, et que nous ne ferons que rappeler pour l'application exceptionnelle que l'on en doit faire dans ces circonstances toujours très malheureuses. On ne peut jamais y recourir trop tôt.