

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.

I. — Après l'extraction.

L'extraction des cataractes, qu'on l'ait pratiquée par lambeau ordinaire ou par ponction linéaire, ou même avec la serretète comme dans la cataracte capsulaire secondaire ou traumatique, est quelquefois suivie d'irido-choroïdite. C'est surtout quand la pupille s'enveloppe d'exsudats et se ferme en partie et surtout en totalité, que les douleurs sont le plus intenses et le plus tenaces. Si l'on n'a pas osé détruire de bonne heure les exsudats et prévenir la formation de cette sorte de cataracte secondaire par la paracentèse et l'introduction d'un stylet dans la pupille, on n'a plus d'autres ressources que de se hâter d'exciser une partie de l'iris, comme cela se pratique dans l'opération de la pupille artificielle par déchirement (voy. t. II, p. 545).

La rougeur de l'œil, les douleurs horribles que le malade éprouve, loin d'arrêter le chirurgien dans l'exécution de cette opération, doivent au contraire l'y décider le plus tôt possible, convaincu qu'il doit être que c'est seulement en établissant une large perte de substance dans le diaphragme et en enlevant du même coup, s'il se peut, les exsudats pupillaires, qu'il sauvera l'œil et rendra la santé au patient. Dans ces cas, le chloroforme est d'un puissant secours, et il est presque inutile d'en recommander l'emploi.

Il faut se hâter encore d'exciser largement l'iris quelque temps après l'extraction, et, bien qu'il n'y ait pas d'occlusion de la pupille, lorsque les douleurs oculo-circumorbitaires ne cèdent à aucun traitement, que l'iris prend une teinte verte et que la santé du malade est sérieusement compromise. L'excision sauvera l'œil si on la pratique de bonne heure; elle provoquera, dans le cas contraire, une atrophie très rapide de l'organe, et l'on ne devra pas regretter ce résultat qui serait également survenu, mais avec une désespérante lenteur, comme conséquence ordinaire de l'irido-choroïdite. Dans l'un comme dans l'autre cas, l'opération débarrassera le malade de ses douleurs et il pourra rapidement recouvrer la santé.

II. — Après l'abaissement.

Lorsque l'irido-choroïdite se déclare à quelque distance de l'époque où la cataracte aura été abaissée, et que la pupille est demeurée

assez largement ouverte pour que l'on puisse encore reconnaître le lieu qu'occupe la lentille, on ne doit pas hésiter, pour faire cesser les accidents névralgiques et inflammatoires, à en pratiquer l'extraction.

a. *Extraction d'un noyau cristallinien abaissé.* — Cette opération est assez difficile dans la plupart des cas. Voici une observation qui servira à la description du manuel opératoire à suivre :

M. Sanguinède, habitant Fontainebleau, avait été opéré par abaissement d'une cataracte lenticulaire assez dure. La vue avait d'abord été bonne, mais l'œil s'était pris vers le troisième mois d'une inflammation des membranes internes qui ne laissait aucun repos au malade à cause des douleurs qu'elle occasionnait. Rien n'avait pu maîtriser cet état, et la vue ayant disparu, le globe devenant un peu mou, je proposai au malade l'extraction de la lentille, qu'il accepta.

Je le fis coucher sur un lit et disposai l'œil comme pour l'opération de la pupille artificielle. A l'aide du couteau à cataracte je fis à la cornée une incision oblique externe à lambeau, puis j'engageai dans la chambre postérieure le crochet dessiné dans la figure 26 (voy. p. 223) et j'accrochai le cristallin, qui sortit aisément. Il n'y eut aucune perte d'humeur vitrée, ce qui n'aurait pas été d'ailleurs un grand mal. L'iris ne me gêna que médiocrement, et je ne fus pas dans la nécessité d'en exciser une certaine partie, résolution que j'avais arrêtée au besoin. Les choses se passèrent bien, et, à partir de ce moment, toute douleur disparut. L'œil a conservé son volume, mais il est amaurotique.

L'autre œil, à quelque temps de là, fut opéré avec succès par extraction.

b. *Extraction du cristallin gonflé.* — Nous nous sommes occupé de cet accident et nous n'y revenons ici que pour mémoire.

1. Dès qu'après l'abaissement, le broiement, la discision, ou une blessure, le cristallin prend un volume considérable et occasionne une irido-choroïdite, on l'enlève par une extraction linéaire, s'il n'y a pas de noyau volumineux et dur (voy. p. 270), ou par kératotomy ordinaire, s'il est dans cette dernière condition.

2. Dans le cas où il y aurait déjà des exsudations dans la pupille, conditions qui s'opposeraient à l'application de l'extraction linéaire ou de l'extraction à lambeau ordinaire, on ponctionnerait la cornée et l'iris en haut et en dehors, et avec la curette et la

serretèle on extrairait la lentille et les exsudations. Au besoin, l'iris serait excisé depuis l'endroit de la ponction jusqu'à la pupille. Cette opération, en apparence compliquée, est cependant fort simple et m'a donné des résultats des plus satisfaisants. J'en ai déjà donné la description plus haut (voy. p. 351). L'inflammation et les douleurs tombent aussitôt après qu'on l'a pratiquée.

c. *Extraction du cristallin avec excision de l'iris et d'une fausse membrane fermant la pupille.* — Cette opération est exactement celle que nous avons décrite plus haut en nous occupant des cataractes lenticulaires complètement adhérentes. La seule différence, c'est qu'on la pratique pendant l'inflammation de l'œil et alors que des névralgies des plus intenses compromettent la santé du malade (voy. pour le procédé, p. 334, procédé n° 2).

Après l'opération le malade est pansé comme à l'ordinaire; ses douleurs cessent immédiatement.

On trouve l'occasion d'appliquer cette opération à la suite des abaissements, des broiements ou des blessures, quand le cristallin, resté dans la pupille, a occasionné l'irido-choroïdite.

CHOIX DU PROCÉDÉ APPLICABLE AUX DIFFÉRENTES ESPÈCES
DE CATARACTES (1).

Pour traiter d'une manière convenable cette question, il est nécessaire d'établir tout d'abord, d'une manière solide, la base sur laquelle on devra s'appuyer.

Cette base, c'est le diagnostic précis de la cataracte.

La cataracte, en effet, est-elle lenticulaire?

Est-elle dure?

Est-elle molle?

Est-elle mixte sous le rapport de la densité, c'est-à-dire composée d'un noyau dur et de substance corticale très molle?

Est-elle molle uniformément?

Est-elle liquide?

La cataracte est-elle pseudo-membraneuse?

Le cristallin existe-t-il en totalité? S'est-il résorbé en partie?

La cataracte est-elle capsulaire? Ici encore le cristallin existe-t-il?

(1) Extrait en partie du *Mémoire de Valence*, loc. cit.

La cataracte est-elle mixte dans le sens propre du mot, c'est-à-dire à la fois capsulaire et lenticulaire?

La cataracte est-elle traumatique? Le cristallin s'est alors résorbé en partie. Est-elle volumineuse encore? Est-elle susceptible de résorption spontanée? Au contraire est-elle devenue pseudo-membraneuse? Depuis quelle époque?

Quel âge a le malade?

Une fois le diagnostic posé, on s'inquiétera des complications de la cataracte et l'on prendra tel ou tel procédé selon le résultat auquel on sera parvenu. Ces complications sont locales ou générales.

Les complications locales sont: les taches de la cornée, surtout quand elles sont récentes; une inflammation quelconque de cette membrane, aiguë ou chronique; les changements de forme, comme le staphylôme et l'hydrophtalmie, les kératocèles, les anciennes fistules kératiques; les conjonctivites, les granulations surtout; l'entropion, le trichiasis et l'ectropion. Le trichiasis et l'entropion, de même que les maladies du sac lacrymal, seront notés surtout s'il s'agit d'opérer une cataracte par extraction.

Les suites d'iritis telles que les exsudations plastiques sur cette membrane, les adhérences avec la capsule, les fausses membranes derrière l'iris, ses modifications de forme, de couleur, etc., seront prises en sérieuse considération.

L'amaurose, commençante ou complète, sera notée; jamais, lorsque cette complication existe, même à un faible degré, on ne choisira l'abaissement ou tout autre procédé à l'aiguille, à moins d'autres complications; les adhérences à la pupille ne seront pas toujours considérées comme un empêchement (voy. *Cataracte adhérente*, p. 327). On recherchera par tous les moyens connus, spécialement au moyen de l'éclairage de l'œil à distance dans l'obscurité si la rétine est ou non intacte, et si la cataracte n'est pas la suite d'un décollement. On n'omettra pas non plus la percussion de l'œil pour en faire jaillir les phosphènes, dont l'absence indique à coup sûr une maladie toujours bien grave dans le champ d'avertissement de la rétine. J'ai bien fréquemment prouvé dans mes cours de clinique oculaire que ce moyen ingénieux avait une grande portée au point de vue du choix du procédé dans la cataracte, et qu'il faut recourir à l'extraction quand les phosphènes manquent.

Les choroïdites, les complications de ces graves maladies, tant

que la rétine perçoit la lumière, ne doivent pas faire rejeter l'opération ; mais dans tous les cas elles excluent l'abaissement qui laisse dans l'œil un corps étranger capable d'y produire les plus graves désordres.

Le synchysis ou ramollissement du corps vitré est dans le même cas, je veux dire que c'est aussi une complication. Là l'extraction sera dangereuse, mais non pas toujours absolument contre-indiquée. Il suffira de faire coucher le malade pour l'opérer et de toucher doucement la lentille pour ne la pas faire plonger dans l'œil.

Les yeux petits et très enfoncés dans l'orbite ne seront pas toujours opérés par extraction, l'aiguille sera préférable.

L'extrême timidité du malade, l'impossibilité chez quelques personnes de s'abstenir de contracter les paupières avec énergie pendant que l'aide les écarte, devront faire rejeter l'extraction ; mais ces cas sont heureusement fort rares.

Quant aux complications générales, elles sont des plus nombreuses : si on les tenait pour la plupart en sérieuse considération, on n'opérerait, pour ainsi dire, aucun malade. La goutte, les scrofules, les rhumatismes, la syphilis ancienne, etc., peuvent bien jouer un grand rôle sans doute dans les accidents consécutifs à l'opération ; mais quand on a pris les précautions nécessaires, que le malade est bien portant, qu'on a choisi le procédé en se basant non-seulement sur la nature de la cataracte, mais encore en tenant compte des complications générales, que peut-on véritablement faire de mieux ? Les accès de toux, l'asthme, les maladies du cœur, les affections chroniques des intestins compliquées de diarrhée, les maladies des voies urinaires, les hernies, l'obésité, etc., empêcheront quelquefois de recourir à l'extraction de la cataracte à cause des efforts ou des déplacements que ces affections exigeraient du malade.

Tout ceci étudié, il faut se décider au choix de la méthode, puis au procédé.

Y a-t-il une meilleure méthode ? Préfère-t-on l'abaissement ou l'extraction ? Que veut dire ce mot, *préfère-t-on* ?

Est-ce à dire que l'extraction étant plus difficile que l'abaissement, exigeant plus d'études théoriques et pratiques, on doit la bannir complètement de sa pratique ? Il semblerait tout d'abord qu'une pareille question ne devrait pas être faite, et cependant combien de chirurgiens des plus distingués, des chirurgiens des

grands hôpitaux même, parmi lesquels on peut compter Dupuytren, ont reculé devant l'extraction ! Eh ! n'est-ce pas là une conduite facile à expliquer ? l'homme placé en face de sa réputation, faite en bien ou en mal par les élèves qui le regardent, ne consent pas volontiers aux succès immédiats. Si son habileté à extraire la cataracte n'est pas grande, jamais il ne se risquera à vider un œil et à le perdre devant ceux qui sont appelés naturellement à le juger. Certainement, si elle n'était pas aussi compromettante pour le chirurgien, l'extraction serait préférée par le plus grand nombre.

Mais je reviens au fond de ma question : y a-t-il une meilleure méthode, c'est-à-dire une méthode avec laquelle on doit compter le plus de succès ? Oui, certes ; et cette méthode c'est l'*extraction*. Qu'on n'aille pas croire cependant que je rejette l'abaissement et les autres opérations à l'aiguille ; mais leurs applications doivent être positivement limitées. *Ainsi, dans mon opinion, l'extraction doit tenir la première place, et il faut l'employer comme méthode générale, avec cette réserve qu'on ne peut pas l'appliquer indistinctement à tous les cas.*

Les deux méthodes ont certainement leurs inconvénients ; mais quand elle est bien faite, la kératotomie en a d'infiniment moins grands que l'autre. C'est pourquoi je la préfère comme méthode générale.

Dans l'extraction, le corps du délit est enlevé ; impossible qu'il joue plus tard un rôle dans les accidents qui peuvent se produire.

Dans les opérations à l'aiguille, le cristallin remonte ou se gonfle de manière, soit à rendre tout d'abord nulle l'opération, soit à provoquer des accidents inflammatoires considérables et qui ne se terminent que trop souvent par l'irido-choroïdite.

Dans l'extraction, l'iritis peut se déclarer aussi et tout compromettre, je ne le sais que trop ; mais outre que cet accident est moins fréquent, les douleurs sont beaucoup moins vives et l'on obtient justice plus prompte de l'inflammation, très certainement parce que là il n'y a pas de corps étranger, pesant sur les membranes internes.

Dans les opérations à l'aiguille, le cristallin joue trop souvent le rôle de corps étranger, non-seulement pendant les premiers jours, mais pendant un temps indéterminé et qui peut dépasser plus d'une année. Je me rappellerai toujours un pauvre vieux et

excellent prêtre que j'opérai, il y a bien des années, par la méthode d'abaissement, et qui finit par mourir après avoir souffert pendant quinze mois les douleurs les plus atroces. Le cristallin avait, par sa présence, déterminé une irido-choroïdite avec des névralgies circumorbitaires des plus terribles. Il aurait été convenable de vider l'œil, mais le pauvre opéré était retourné à l'étranger, à Malines, qu'il habitait, et je ne pus venir à son secours.

Un autre homme, Espagnol, a été opéré par moi à l'aiguille, il y a quelques années, un synchysis assez marqué m'ayant fait hésiter, à tort, à opérer par extraction. Tout aussitôt une iritis survint, bientôt une choroïdite avec névralgie, et pendant toute une année le pauvre opéré fut obligé de garder la chambre, le plus souvent avec la fièvre. L'œil était perdu, il eût mieux valu le détruire, mais le malade n'y consentit pas et prit un autre médecin.

Un autre malade, dont j'ai autrefois publié l'histoire, avait été opéré à l'aiguille dans un hôpital. Pris de douleurs après le cinquième jour et d'une violente irido-choroïdite, ce malheureux traîna pendant onze mois la vie la plus misérable. Il restait assis sur son lit, balançant sa tête qu'il comprimait dans ses deux mains; il ne dormait plus, avait perdu l'appétit, et, comme le vieux prêtre, périssait certainement si je n'eusse détruit l'œil. A partir de ce moment, la santé revint.

Voit-on des accidents semblables dans l'opération de la cataracte par extraction? Non, certainement, ou du moins ils sont fort rares et, dans tous les cas, d'une durée infiniment moins grande.

Dans l'extraction, malheureusement, le phlegmon de l'œil et la phthisie consécutive de l'organe sont encore assez fréquents; mais si le phlegmon se voit moins souvent dans l'abaissement, l'atrophie n'est-elle donc pas assez commune à la suite des opérations à l'aiguille? Ne vaut-il pas mieux perdre l'œil rapidement et avec peu de douleur, que de le perdre lentement et avec d'affreuses névralgies? Chez les vieillards, ceux-là même qui ont la peau très flétrie, c'est encore, pour cette raison que l'extraction est préférable, même si elle échoue.

Dans l'extraction non suivie d'accidents inflammatoires, le succès immédiat est la règle; dans l'abaissement, c'est l'exception à cause des accompagnements de la cataracte, c'est-à-dire des débris qui remontent dans la pupille et s'y organisent. Après l'extraction il y a certainement des cataractes secondaires; mais

combien cet accident est moins fréquent! Combien surtout il est moins grave!

Je sais bien, et tout le monde sait comme moi, que l'abaissement a aussi ses beaux succès; mais qui peut assurer que ces succès seront aussi brillants, avant d'opérer? Qui peut affirmer que l'œil opéré par abaissement ne se perdra pas après quelques mois à cause du cristallin qu'il renferme? Cela n'arrive pas dans l'extraction. Voici des faits heureux d'abaissement: Une dame des colonies, aveugle depuis deux ans, revient à Paris pour y vivre avec son fils; elle est très nerveuse, très excitable, très effrayée par l'opération. J'abaisse les cataractes, aucun débris ne reste dans la pupille et la vue est immédiatement parfaite. La sclérotique et la conjonctive demeurent blanches comme si le cristallin n'eût pas été déplacé. Au commencement de la saison, j'opère, d'un côté seulement, une autre dame habitant Chaillot; même chose arrivée. Six mois plus tard, j'abaisse l'autre cataracte, point d'inflammation, rien, pas même de rougeur des membranes externes. Ces faits ne sont pas rares, et pourtant, malgré d'aussi brillants résultats, je le répète, c'est, quand la chose est possible, l'extraction qu'il faut choisir, et si jamais les membres les plus chers de ma famille étaient atteints de cataracte, ce serait l'extraction que je choiserais. Je choiserais aussi, bien entendu, l'opérateur.

Cette dernière pensée me conduit tout naturellement à dire:

Qu'avec un opérateur habile, toute chance égale d'ailleurs quant à l'état des yeux, il faudrait choisir l'extraction;

Qu'avec un opérateur peu exercé, il serait prudent de recourir aux opérations à l'aiguille dont j'ai exposé succinctement les mauvaises chances.

Mais, je l'ai dit plus haut, avec tous ses avantages, l'extraction ne peut pas être appliquée indistinctement à tous les cas.

C'est cette distinction que nous allons essayer d'établir maintenant:

I^o APPLICATION DE LA MÉTHODE PAR EXTRACTION.

Dès qu'une cataracte lenticulaire, ou à demi-molle, ou liquide, se présente avec les conditions physiologiques des autres membranes, qu'elle n'offre aucune complication générale ni locale, la méthode par extraction doit lui être appliquée. Les recherches que le chirurgien devra faire immédiatement sont les suivantes: