CINQUIÈME LEÇON

PANSEMENT APRÈS L'EXTRACTION. — ACCIDENTS. — PROCÉDÉS DE A. WEBER, DE DE JÆGER, DE LIEBREICH, DE LEBRUN, DE WARLOMONT.

Pansement. Le pansement antiseptique boraté (ainsi que M. *Alf. Graefe* l'a recommandé) est appliqué avec quelques modifications et nous paraît avoir sur les autres pansements antiseptiques certains avantages, principalement en n'irritant pas la peau et en ne dégageant aucune odeur désagréable.

L'opération entièrement terminée, nous n'instillons une seconde fois de l'ésérine que si, en dépit des tentatives de réduction, les extrémités de la section du sphincter iridien ne se trouvent pas à une hauteur absolument égale. Une rondelle de lint boraté[1], bien exprimée après avoir été trempée dans la solution à 4 pour 100 d'acide borique, est appliquée très soigneusement, en la modelant bien exactement sur toutes les anfractuosités du pourtour de l'œil. Après avoir parfaitement rempli le creux orbitaire et recouvert les bords de la rondelle avec de la ouate désinfectée, on applique le monocle en flanelle, l'autre œil étant laissé découvert, mais en recommandant au malade de ne pas l'entr'ouvrir inutilement.

Ce pansement est maintenu pendant 12 à 18 heures sans être renouvelé, si le malade n'accuse aucune sensation désagréable du côté de l'œil. Les jours qui suivent l'opération (et cela pendant 4 à 5 jours), on renouvelle deux fois dans les vingt-quatre heures le bandeau, en s'abstenant d'aucune instillation dans l'œil. On se contente simplement de nettoyer les paupières avec une éponge trempée dans une très faible solution d'acide carbolique (1 pour 1000).

1. Voyez, pour les détails de ce pansement « thérapeutique oculaire », p. 470.

Ce pansement, qui forme en se séchant une sorte de moule des parties sur lesquelles il est appliqué, et que je vous montre toujours absolument sec, lorsqu'il ne se présente aucune complication, me paraît de nature à donner une très grande sécurité dans les jours qui suivent l'opération, à ce point qu'il permet, en général, au malade de pouvoir quitter pour quelques heures son lit le surlendemain de l'opération. Il n'y a pas encore assez longtemps que ce mode de pansement est employé pour qu'on puisse conclure dans quelle mesure il offre une garantie contre l'infection de la plaie (qui certes n'est pas absolue), mais il est au moins démontré que les malades le supportent parfaitement, outre qu'il concourt à donner à l'opérateur une sécurité que je regarde comme très précieuse, et qui m'engage à ne pas renoncer à tout pansement ainsi que le proposent quelques confrères.

Nous modifions ce genre de pansement dès qu'il se présente, le premier ou le second jour après l'opération, un excès de sécrétion conjonctivale, qui, joint à l'apparition de douleurs dans l'œil, nous signale le danger d'une suppuration cornéenne. On supprime tout de suite alors le bandeau, et on laisse uniquement sur l'œil une rondelle boratée qu'on maintient bien appliquée sur les paupières, et qu'on a soin d'humecter très fréquemment avec la solution (à 4 pour 100) d'acide borique préparée à froid. Il faut que ce pansement soit continuellement tenu humide. On peut alors obtenir, ainsi que je vous en ai montré dernièrement un exemple, des résultats très favorables, la suppuratoin s'arrêtant à un millimètre de la plaie, sans que le reste de la cornée perde en rien sa transparence.

Complications. Je ne reviendrai pas sur la manière de traiter les *complications* qui peuvent se présenter à la suite de l'extraction de la cataracte, il en a été longuement question dans les leçons de « thérapeutique » (voy. p. 473), mais je crois devoir appeler votre attention sur ce pansement à l'acide borique

sans bandeau, et vous le recommander comme d'une application très facile et comme très efficace pour conjurer des accidents redoutables, d'autant plus qu'il offre cet avantage de calmer tout de suite les douleurs des malades. Du reste, il n'exclut en rien les autres traitements directs qu'on se proposerait d'instituer (cure d'ésérine, de chlorhydrate de quinine, réouverture de la plaie, etc.).

Accidents.

Devons-nous parler des *accidents* susceptibles d'apparaître pendant l'opération? En vérité, je me trouve embarrassé pour aborder cette question, car vous, messieurs, qui avez assisté à un très grand nombre d'extractions, vous savez combien il est rare, si on a eu soin de bien tailler le lambeau de 3 millimètres, qu'il se présente, même sur les malades les moins tranquilles, un accident.

Issue du corps vitré.

Arrêtons-nous cependant un instant à l'*issue du corps vitré*. Cette complication surgit-elle avant la sortie du cristallin, soit immédiatement avant l'iridectomie, soit pendant cet acte, ou encore au moment de l'incision de la capsule, il faut faire une tentative pour remettre en place la cataracte, qui, en pareil cas, s'est toujours luxée; par de douces pressions exercées au moyen de la spatule, on tâchera d'amener le cristallin dans la direction nécessaire pour qu'il s'échappe aisément de la plaie. On ouvre alors, sans se troubler, très largement la capsule (ou on agrandit l'ouverture lorsqu'une introduction du kystitome a déjà eu lieu), et on procède ensuite, par des mouvements très prudents, à la sortie du cristallin, comme s'il n'était intervenu aucun accident au cours de l'opération. On arrive ainsi généralement à faire sortir le cristallin; mais, si l'on a affaire à un malade très peu docile et qu'il s'échappe du corps vitré en assez grande quantité, il sera préférable, dans ce cas, de terminer rapidement l'opération, en introduisant derrière le cristallin la curette plate de *Critchett*, et en attirant la cataracte au dehors sans trop la presser contre la surface postérieure de la cornée, afin de n'en détacher les masses corticales que le moins

possible. On procède, dans de telles conditions, à l'enlèvement du cristallin, même si l'iris n'a pas été excisé et que la cristalloïde soit intacte.

La perte du corps vitré est bien moins inquiétante lorsqu'elle s'est opérée après la sortie de la cataracte. Mais ici encore le calme doit être recommandé à l'opérateur. Il n'appliquera pas le pansement sans avoir préalablement tenté de débarrasser le champ pupillaire des masses corticales, sans que la plaie n'ait été bien nettoyée et l'iris exactement réduit, en ayant recours à plusieurs instillations d'ésérine, et en faisant même des manœuvres de réduction de l'iris, si le corps vitré n'a que peu de tendance à s'échapper de l'œil. Ces mêmes règles seraient à suivre dans le cas où l'on aurait été forcé d'exécuter l'extraction à l'aide de la curette.

Que dire du conseil de provoquer une sortie du corps vitré dans la chambre antérieure, soit pour obvier au collapsus de la cornée (*Ad. Schmidt*, *Rivaud-Landron*), soit dans le but de s'opposer, par une déchirure de la capsule postérieure et le refoulement des lambeaux de la capsule antérieure, à la formation des cataractes secondaires (*de Hasner*)? Ces tentatives sont absolument à reléguer dans la partie historique de la chirurgie oculaire.

Quoique nous n'envisagions pas la perte d'une petite quantité de corps vitré comme un accident fort compromettant pour le succès de l'opération, le déplacement et la désorganisation que subit le corps vitré laissent plutôt quelque inquiétude pour l'avenir. En règle générale, on peut dire que les accidents redoutables de la suppuration se montrent d'autant plus aisément que le traumatisme empiète davantage sur les parties profondes de l'œil. Ainsi, tandis qu'on n'observe presque jamais la suppuration de la plaie pour une excision de l'iris, même si son étendue a acquis celle d'une section linéaire destinée à l'extraction, pareil accident peut se présenter, si l'on a, par l'ouverture de la capsule et la sor-

tie du cristallin, mis la plaie cornéenne en plus directe communication avec la fossette hyaloïde.

Cette considération a même conduit à se demander si, en limitant l'ouverture de la capsule à une simple fente équatoriale, capable de se cicatriser très rapidement (suivant ce qu'affirme M. *Knapp*), on ne pourrait pas obtenir pour les opérations de cataractes la même immunité que celle dont jouissent les opérations de simple iridectomie. Ce raisonnement démontre que plus on porte le traumatisme en arrière, et plus on s'expose à des accidents ; mais ceux-ci reconnaissent encore pour cause active le manque de coaptation exacte et de propreté de la plaie, entre les lèvres de laquelle s'interpose en général une partie du corps vitré, rendant impossible la coaptation parfaite et accentuant la cicatrice que laisse après elle l'opération.

Étendue insuffisante du lambeau.

Je ne vous parlerai guère d'une *étendue insuffisante du lambeau*, car la paisible exécution de la ponction et la possibilité de faire un choix précis et raisonné de la contre-ponction vous permettront d'éviter presque sûrement cet écueil, surtout si vous vous êtes proposé comme règle générale de plutôt pécher par excès, en portant la hauteur du lambeau à 4 millimètres, bien que vous ayez décidé de pratiquer une extraction combinée, que de vous exposer à faire un lambeau trop petit.

Serait-il en réalité arrivé que la section n'ait pas l'étendue voulue, surtout parce que vous avez négligé de ponctionner verticalement la cornée, et que le couteau a glissé trop longtemps au voisinage de son entrée ou de sa sortie dans les lames cornéennes, pour donner lieu à une ouverture interne disproportionnée avec l'étendue, beaucoup plus grande, de la section externe? En de telles circonstances, je vous conseille tout d'abord de ne pas ménager l'excision de l'iris pour ne pas vous créer encore de ce côté des embarras. En second lieu, si la pression avec la spatule sur le bord inférieur de la cornée ne réussit pas à pousser le

noyau dans l'ouverture de la plaie, et que vous éprouviez une sensible résistance en voulant faire avancer la cataracte, alors abstenez-vous de tout excès de pression, et procédez immédiatement à l'élargissement de la plaie. Pour cela vous ferez usage de fins ciseaux coudés, dont vous introduirez avec beaucoup de soin la branche inférieure et mousse dans l'un des angles de la section, en la laissant glisser exactement le long de la surface postérieure de la cornée jusqu'à 3 ou 4 millimètres, puis vous donnerez un coup sec des ciseaux. Cet élargissement obtenu, on procède de nouveau à une ouverture de la cristalloïde le long de l'équateur du cristallin, et une très douce pression devient suffisante pour faire sortir aisément la cataracte.

Je pense qu'un pareil élargissement de la plaie, auquel on ne doit recourir qu'après s'être bien assuré que la difficulté qu'on éprouve pour la sortie de la cataracte ne dépend pas d'une ouverture incomplète de la capsule (ce dont on s'assurera par une nouvelle introduction du kystitome), ou d'un déplacement du cristallin, est bien préférable à l'emploi de manœuvres violentes destinées à obliger le cristallin à s'échapper par une étroite ouverture; car il peut arriver que le noyau, sous cette pression brutale et démesurée, étant brusquement chassé au moment où on ne s'y attend pas, une certaine quantité de corps vitré se trouve en même temps projetée au dehors. En tout cas il ne sera pas permis de vouloir suppléer à cet élargissement par l'introduction d'une curette. Je vous ai déjà dit, messieurs, que l'emploi de ces instruments devait disparaître comme moyen usuel dans nos procédés opératoires, mais je puis encore ajouter qu'on ne doit y avoir recours qu'à la dernière extrémité, lorsque, comme je vous l'ai exposé tout à l'heure, il s'agit de terminer rapidement une opération dans laquelle la grande quantité de corps vitré qui se perd présente un danger imminent.

Si vous m'avez vu remplacer la curette de *Daviel*, qui était fixée à l'extrémité du manche de kystitome, par ma spa-

tule (voy. p. 23, fig. 3), c'est que je pense aussi que cette curette classique ne doit pas même être employée pendant l'extraction, car il faut absolument s'abstenir de l'évacuation des masses corticales avec un pareil instrument, dont les bords grattent toujours plus ou moins la membrane de *Descemet*. Vous voyez d'ailleurs combien il est aisé, dans le but d'obtenir un parfait nettoyage de la plaie, de ramener au dehors à l'aide de cette simple spatule les quelques flocons formés par les masses corticales qui peuvent avoir été retenues dans l'œil.

Il ne faut pas oublier que, s'il s'agit seulement de terminer une opération qui présentait des difficultés pour la sortie d'une cataracte trop volumineuse par rapport à l'ouverture pratiquée, après que l'on s'est bien assuré qu'il n'existait ni une subluxation, ni une ouverture incomplète de la cristalloïde, capables de rendre compte de l'embarras où l'on se trouve pour achever l'opération, celle-ci est encore susceptible de prendre une tournure absolument favorable, après avoir suffisamment élargi la plaie d'un côté. Je ne sache pas que ces plaies, quoique irrégulièrement taillées, présentent pour la guérison des inconvénients comparables à ceux qui paraissent résulter de la contusion, par suite de la violence avec laquelle la sortie du cristallin est obtenue, des lèvres de la section, celles-ci étant encore froissées, en outre, par le passage de la curette, et rendues malpropres par le contact du corps vitré et des masses corticales.

Résultats statistiques.

Si nous comparons maintenant les résultats que nous a donnés l'ancienne section de *de Graefe*, ou notre petit lambeau de 2 millimètres, dont les extrémités empiétaient sur la sclérotique, avec la *section à lambeau périphérique combinée*, nous pouvons dire qu'avec cette dernière nous avons obtenu des guérisons de beaucoup moins laborieuses, tout en n'ayant pas vu varier d'une façon sensible le nombre des suppurations. Ainsi, depuis le mois de janvier 1877 jusqu'à fin décembre 1878), il a été pratiqué 444 opérations

(les opérations combinées figurent seules dans ce nombre) sur lesquelles nous avons eu à noter 12 suppurations. Si nous récapitulons depuis le 1er janvier 1869 les résultats fournis par 1107 opérations faites, soit par le procédé de *de Graefe*, soit par notre ancien petit lambeau de 2 millimètres (à extrémités sclérotícales), nous arrivons au chiffre de 2,2 pour 100, représentant un nombre de suppuration, quelque peu inférieur, il est vrai : mais avec la nouvelle méthode le nombre des occlusions pupillaires a été réduit de près de moitié, puisqu'il est tombé à 2,49 pour 100 au lieu de 4,27 pour 100 que fournissait l'ancienne opération.

Qu'on ne pense pas que l'agrandissement modéré du lambeau joue dans la fréquence de la suppuration le moindre rôle, car sur 328 extractions simples à lambeau de 4 millimètres, faites pendant cette même période de dix années, nous ne trouvons que 7 suppurations, c'est-à-dire sensiblement 2 pour 100 [1].

Mais nous ne devons pas nous fier uniquement à notre propre statistique, et je vous cite ici les chiffres que le professeur *Zehender*, un des plus fervents admirateurs de *de Graefe*, a donnés récemment, suivant l'expérience de *de Graefe* et de ses imitateurs.

On aurait eu d'après les anciennes extractions à lambeau : 80 succès complets, 13 incomplets, 7 insuccès.

D'après l'extraction linéaire : 85 succès complets, 10 incomplets, 5 insuccès.

Nous pouvons placer à côté de ces chiffres nos propres résultats. Dans les conditions *les moins avantageuses* nous avons eu de 92 à 93 pour 100 de succès complets, 4 à 5 pour 100 de succès incomplets et 2 à 3 pour 100 de pertes. Mais il me serait aisé de trouver des séries de 200 à 300 opérés,

1. Il a donc été pratiqué à la Clinique, comme opérations de cataracte, par le procédé de *de Graefe*, ou par lambeau périphérique de 2, 3 et 4 millimètres de hauteur (simples ou combinées), 1879 extractions dans l'espace de

où cette stastistique est sensiblement meilleure. Quoi qu'il en soit, même dans les plus mauvaises années, jamais notre statistique ne nous a fourni un chiffre de succès parfaits inférieur à 92 pour 100.

Il ressort clairement de ce qui précède qu'en ce qui regarde surtout les succès incomplets nous sommes arrivés à une réduction de moitié, ce qui confirme pleinement ce que je vous disais au sujet des guérisons, qui s'effectuent d'une façon plus régulière et moins pénible pour les malades. Consultez notre personnel chargé de donner des soins aux opérés, et vous apprendrez combien nous avons moins souvent recours aux injections calmantes de morphine et aux potions de chloral, depuis que nous avons agrandi la section, que nous avons mis tous nos soins à nous opposer aux enclavements de l'iris, en nous aidant des procédés de réduction et de l'emploi de l'ésérine, et que nous nous opposons autant que possible à l'interposition de la capsule dans la plaie, en un mot, depuis que la *propreté absolue des plaies* est devenue pour nous le sujet d'une préoccupation toute particulière.

Il arrive, messieurs, dans la carrière d'un opérateur, une époque où il se préoccupe surtout, dans un but d'égoïsme bien légitime d'ailleurs, de se donner une tranquillité d'esprit aussi parfaite que possible. C'est dans ce but que j'ai entrepris divers essais ou modifications opératoires, et que pendant nombre d'années les résultats fournis par les opérations ont été compulsés et réunis sous forme de statistiques établies avec soin. Ces recherches n'avaient nullement pour objet d'éblouir ou, bien entendu, de nous tromper nous-même, mais de nous renseigner sûrement si nous étions dans la bonne voie, le but étant incontestablement d'obtenir le plus grand nombre possible de guérisons. Jamais la préoc-

dix années (du 1er janvier 1869 au 31 décembre 1878), mais cette période doit être réduite à 8 ans 1/2, tant à cause de la guerre que par interruption due à la maladie.

cupation de savoir si l'on nous suivrait ou non dans ce chemin ne nous a causé le moindre souci, ayant d'ailleurs la certitude de convaincre ceux qui voudraient se faire un jugement, non seulement en assistant à un assez grand nombre d'opérations, mais aussi en s'inquiétant d'en contrôler les résultats.

Modifications de l'opération de de Graefe.

Parmi les autres modifications principales qu'a subies l'opération de *de Graefe*, il faut tout d'abord citer celle qui a consisté à donner au couteau, suivant les calculs de M. *A. Weber*[1], une forme telle qu'il en résulte pour la section une configuration et une étendue absolument équivalentes au volume présumé de la cataracte. Ce couteau courbe, en forme de cœur, est poussé à la base de la cornée, d'un bout à l'autre, à travers la chambre antérieure, sur un œil dans lequel on a préalablement, pendant un ou deux jours, instillé de l'atropine pour dilater *ad maximum* la pupille, et pour diminuer, ainsi qu'on le pensait naguère, la pression intra-oculaire.

Procédé de M. A. Weber

De l'avis même de son auteur, le maniement exact de ces lances, prodigieusement larges, n'est nullement facile, lorsqu'il s'agit d'amener l'instrument au côté opposé, de manière que la pointe atteigne la rainure de la chambre antérieure. La moindre déviation dans la direction fausse le calcul subtil de la grandeur que l'on se proposait d'obtenir par la forme du couteau. En admettant que ce temps se soit bien accompli, la plus légère irrégularité dans le mode d'expulsion du cristallin, qui se fait par le refoulement, avec une cuiller *ad hoc*, de la lèvre postérieure de la plaie, en même temps qu'une pression est exercée avec la pince à fixation, peut encore faire manquer le résultat.

Rien n'est plus capable de donner à réfléchir à ceux qui seraient tentés d'expérimenter cette méthode opératoire que l'aveu qu'un opérateur des plus adroits fait des résultats

1. *Archiv*, t. XIII, 1, p. 187.

qu'il a obtenus, bien qu'il faille, même pour un habile chirurgien, tenir compte (ainsi que *de Arlt*, du reste très favorablement disposé par la méthode, l'a fait) de l'apprentissage successif de toute nouvelle opération.

« De même, dit M. *de Arlt*[1], que j'ai, à partir de Pâques 1866, pratiqué toutes les extractions de cataractes (non propres pour la discision) suivant le procédé de *de Graefe*, de même aussi j'ai, depuis Pâques 1872, opéré pendant un certain temps (jusqu'au mois d'août) tous les cas convenables pour l'extraction d'après la méthode de *Weber*, et cela avec des instruments qu'il m'avait fait parvenir sur ma demande[2]. Je crois avoir fidèlement exécuté cette dernière opération, si ce n'est que pour l'ouverture de la capsule[3] je ne me suis servi, ainsi que je l'ai fait du reste également pour le procédé de *de Graefe*, que du crochet iridien pointu, et que, en outre, j'ai exécuté la section presque exclusivement en haut (à l'exception de sept cas) parce que je me proposais de faire l'excision de l'iris[4]. Pendant un certain temps j'obtins de si favorables résultats que je regrettais de n'avoir pas déjà antérieurement expérimenté cette méthode[5]. Alors survinrent cinq cas de pertes complètes, dont deux avec panophthalmie, et ce qui me rebuta encore plus, c'est qu'un assez grand nombre de malades (16) n'obtinrent qu'un résultat qui ne pouvait promettre une chance pour le rétablissement de la vision qu'à la suite d'une opération secondaire.

« Après avoir opéré ainsi 88 yeux, je retournai à l'extraction linéaire périphérique ; et celle-ci, depuis que je porte mes soins moins sur la linéarité de la section que sur une exacte excision de l'iris et une bonne coaptation du lambeau

1. *Graefe Sæmisch*, t. III, p. 313.
2. On sait que la confection des lances à courbure exacte présente une telle difficulté, qu'il faut, pour qu'elles puissent atteindre absolument le but qu'on se propose, une surveillance et une attention toutes particulières.
3. Ce que M. *Weber* exécute avec un kystitome à deux crochets superposés.
4. Du reste, M. *Weber* lui-même fait très souvent son procédé combiné.
5. Et pourtant c'était là la véritable période d'apprentissage.

conjonctival, m'a donné des résultats de beaucoup supérieurs. Les chiffres publiés par M. *Driver*[1], relatant 88 pour 100 de guérisons, 6 pour 100 de demi-succès et 6 pour 100 de pertes, mais surtout la plus grande facilité dans la section[2], me déterminèrent à retourner encore une fois, en juin 1873, à cette méthode ; mais, sur 7 cas, il n'y eut que 6 guérisons, et un œil se perdit par suppuration. »

Il n'a jamais été publié, en ce qui regarde la méthode opératoire de M. *Weber*, des chiffres d'une importance suffisante pour qu'on ait pu en tirer des déductions de probabilités ayant quelque valeur mathématique. Néanmoins il est permis de préjuger que les succès sont loin d'atteindre ceux que peuvent donner la section linéaire et le lambeau périphérique, tous deux d'une exécution moins difficile. En sorte que renouveler de pareilles expériences, même si l'on croyait être plus habile opérateur que *de Arlt*, ce serait, à mon avis, faire un essai dont les malades auraient seuls à payer les frais. Telle est aussi la raison pour laquelle je me dispense d'entrer dans de plus amples détails, relativement à ce procédé réservé dès maintenant à l'histoire de notre art.

Procédé de de Jæger.

L'extraction avec des couteaux courbes avait déjà été exécutée, avant M. *Weber*, par *Santarelli*[3] et *Ed. de Jæger*[4]. La section de *de Jæger* est exécutée avec un couteau courbe qui est différent pour chaque œil, droit ou gauche. Ce couteau, plus long que celui de Beer, a 33 à 35 millimètres de longueur sur 5,5 à 6,5 millimètres de largeur. Il présente une forme cylindrique, à rayon de 6 à 7 millimètres pour le côté concave, et de 5 millimètres pour le côté convexe. Le couteau étant placé la face concave en avant, on fait la ponction à peu près dans le point où nous plaçons celle de l'extraction à lambeau pé-

1. *Archiv*, t. XVIII, 2, p. 200.
2. Cet aveu prouve que *de Arlt* était déjà tout à fait maître du procédé opératoire.
3. *Ricerche per facilitare il cateterisme e l'estrazione della cataratta.* Vienna, 1795.
4. *Der Hohlschnitt.* Wien, in-8°, p. 23, 1873.