

CHIRURGIE OCULAIRE

L'OPÉRATION DE LA CATARACTE SIMPLIFIÉE

La découverte de la cocaïne, anesthésiant et immobilisant le globe oculaire, supprimant ses réactions contre les manœuvres opératoires, doit amener, dans les procédés d'intervention, une simplification en rapport avec les progrès réalisés.

Alors que l'œil supportait difficilement le moindre attouchement, que le spasme des paupières le défendait contre toute attaque extérieure, il paraissait légitime de fixer l'organe avec une pince spéciale pour l'empêcher de se dérober devant le couteau, et d'écarter avec un instrument convenable les voiles palpébraux toujours prêts à se refermer, d'où l'usage longtemps continué, dans les opérations de cataracte, de l'écarteur ou blépharostat et de la pince à fixer. Ces instruments auraient dû disparaître à l'avènement de la cocaïne, qui rend l'œil inerte et détend les paupières.

Néanmoins, la plupart des ophthalmologistes ont continué l'usage de ces deux outils, dont je comprendrais que mention fût faite dans l'histoire de l'opération pour en énumérer les inconvénients et donner les raisons qui ont obligé les opérateurs à renoncer à leur emploi.

Le blépharostat amène, au moment de sa mise en place et de son retrait, une gêne marquée, par suite une réaction, presse aussi sur le globe oculaire en un point quelconque, par suite déforme l'organe, entrebaille les plaies opératoires plus que de raison, enfin favorise les issues du corps vitré puisque, en cas d'urgence, il ne peut être enlevé assez rapidement et assez légèrement. Il est donc inutile, gênant, parfois dangereux.

La pince à fixer mord dans la conjonctive, qu'elle déchire et irrite ; en cas de mouvements intempestifs de l'œil, presse sur le globe et aide à l'expulsion du contenu.

Mais si le malade remue ? me dira-t-on. Je répondrai à ceci que la fixation digitale suffit pour immobiliser l'œil suffisamment pour l'exécution correcte de la ponction et de la contre-ponction et que quelques mouvements du patient ne sont pas pour m'effrayer, car, avec un peu de dextérité, ils peuvent être utilisés pour la taille du lambeau, la cornée se sciant sur le

tranchant maintenu seulement parallèle au plan de section. J'avoue que, pour un débutant, l'emploi de la pince et du blépharostat peuvent être d'un certain secours ; je consens à ce qu'on les conserve pour les exercices de médecine opératoire. Les praticiens consommés sauront s'en passer, devant être en mesure de réussir une opération même délicate, dès qu'elle doit être la plus utile et la moins dangereuse pour le patient.

N'étaient leurs inconvénients, plus haut signalés, que les deux outils, s'ils ne sont pas reconnus indispensables, devraient encore être abandonnés, la doctrine moderne nous obligeant à employer le moins possible d'instruments, chacun pouvant devenir source d'infection.

Cette dernière raison, non la moins suggestive, m'a fait rejeter de la pratique le kystitome, destiné à déchirer la capsule du cristallin, trop difficile à nettoyer et souvent porteur de germes, comme l'a si bien dit M. le professeur Gayet, à l'exemple duquel je me suis conformé sur ce point.

Si, dans cette campagne pour la simplification opératoire, je ne suis pas appuyé par tous mes confrères pour le rejet en bloc des trois instruments susnommés, je suis certain que tel ou tel, ayant déjà reconnu nuisible l'un des

trois instruments, m'approuvera partiellement. La pince à fixer me paraît garder le plus de partisans ; mais j'affirme qu'en étudiant mon procédé, on arrivera à s'en passer très facilement.

On s'est servi jusqu'ici, pour pratiquer l'opération de la cataracte, des outils suivants : blépharostat, pince à fixer, couteau de Græffe, kystitome, curette, spatule à iris. Je propose de n'en conserver qu'un seul, le couteau, toujours facile à entretenir et à maintenir dans un état parfait d'asepsie.

L'opération, pratiquée telle que je vais la décrire, assurera un minimum de traumatisme, un maximum de sécurité et de célérité. Elle pourra être aussi aseptique que possible et ne sera, pour ainsi dire, pas sentie du malade.

Il y a tendance à supprimer des facteurs de succès l'exécution rapide et correcte d'une opération. Cette tendance me paraît éminemment fâcheuse ; je maintiendrai quand même que des tissus contusionnés, restés trop longtemps en contact avec des instruments, les pressurant ou les déchirant, fourniront des cicatrisations moins nettes et seront moins susceptibles de réagir efficacement contre les germes pathogènes.

Voici comment je pratique l'opération de la cataracte :

Je relève la paupière supérieure avec l'index gauche et j'abaisse l'inférieure avec le pouce du même côté, ces deux doigts appuyant légèrement à la partie supérieure et inférieure du globe oculaire, qui se trouve ainsi fixé en même temps que les paupières sont écartées. Deux doigts, c'est-à-dire deux instruments intelligents, instantanément mobiles, remplacent donc blépharostat et pince avec un avantage indéniable, puisqu'ils peuvent s'adapter à toute circonstance, modifier leur position, le degré de pression qu'ils exercent et être immédiatement retirés. Avec ce mode d'écartement et de fixation, il n'y a plus de danger d'issue du corps vitré, puisqu'une manœuvre très simple permet aux paupières de revenir rapidement en occlusion et de fermer ainsi la plaie cornéenne. Les chances de prolapsus de l'iris sont réduites au minimum, l'œil non comprimé conservant sa forme normale, la plaie ne tendant pas à s'entrebâiller.

J'invite le patient à regarder en bas, faisant toujours une section supérieure ; puis, de la main droite, je saisis le couteau, dont la pointe, après ponction, va déchirer la capsule pour ensuite remonter au point de contre-ponction ; la lame n'ayant plus qu'à tailler un lambeau un peu plus étendu que le tiers supérieur de la

cornée, se rapprochant, à le frôler, du bord scléro-cornéen.

Avant de finir la taille du lambeau, j'abandonne la paupière inférieure, soulevant seulement la supérieure avec l'index gauche et n'ayant nul souci d'une mobilité quelconque de l'œil que fixe le couteau.

Le lambeau sectionné, j'appuie le dos du couteau sur la partie inférieure de la cornée, aidant ainsi à la sortie du cristallin, que je suis quelquefois obligé de favoriser par une légère pression faite, avec le bord palpébral supérieur, sur le segment correspondant du globe.

Je n'ai plus qu'à faire, par les procédés ordinaires, la toilette de l'œil, sans instiller aucun collyre, et à placer un pansement sec aseptique, que je lève trois jours après. A ce moment, l'œil, nullement injecté, car il n'a subi aucune irritation pendant l'acte opératoire, supporte vaillamment la lumière ; la plaie est coaptée, la chambre antérieure refermée ; j'instille l'atropine, et le sixième jour les malades peuvent quitter l'hôpital.

Voici plus de 300 opérations de cataracte sénile que j'exécute par ce procédé devant les élèves qui fréquentent la Clinique des Quinze-Vingts ; je n'ai pas eu un seul accident pendant l'acte opératoire, pas une suppuration consécu-

tive. J'ai observé à peine 6 p. 400 de hernies de l'iris, 2 p. 100 d'iritis. A défaut d'autres, n'aurais-je pu me contenter de ce dernier argument ?

L'INTERVENTION DANS LES LUXATIONS DU CRISTALLIN

Une question aussi importante que celle qui va m'occuper ne peut être résolue qu'en en basant l'étude sur un grand nombre de cas bien suivis.

Je ne veux pas discuter les opinions émises à ce sujet, elles sont connues de tous les spécialistes. Il me suffira de rappeler que plusieurs se sont montrés partisans de l'abstention, d'autres de l'emploi de moyens palliatifs, d'autres encore de procédés d'extraction plus ou moins compliqués (fixation d'Agnew, par exemple).

L'an dernier, à l'une des séances de la Société d'ophtalmologie de Paris, mon distingué confrère, le Dr Despagnet, est venu protester contre l'inaction en apportant des faits probants ; je me suis empressé d'abonder dans son sens en indiquant brièvement ma pratique habituelle.

Aujourd'hui, je suis en possession de dix-huit observations détaillées, dont la critique formera

le fond de ce petit travail ; toutes les vues théoriques doivent disparaître devant les affirmations des faits cliniques. Je suis partisan de l'intervention précoce chaque fois que l'état de l'œil le permet. Il y a grand avantage à agir sans timidité ; la méthode radicale est la meilleure, soit l'extraction à la curette de l'organe déplacé.

Devant un cristallin luxé on peut émettre deux hypothèses : ou l'œil souffre de la luxation et ses souffrances n'iront qu'en s'aggravant malgré l'emploi des procédés palliatifs (sclérotomie, etc.), ou l'œil tolère assez bien le déplacement de la lentille, mais il n'aura pas longtemps la même complaisance et on ne retrouvera peut-être pas pour agir des circonstances aussi favorables. Dans le premier cas on a la main forcée par le danger, dans le second cas, on doit être poussé vers l'acte opératoire par les circonstances dans lesquelles il peut être réalisé.

Quand cesse la cause, cesse l'effet ; je ne vois donc pas les motifs qui pourraient éloigner le chirurgien du désir de supprimer la cause nocive. Un seul serait valable, la possibilité d'augmenter la gravité de la situation par une intervention inopportune. Cette crainte est-elle légitime, je ne le pense pas. La manœuvre de l'extraction à la curette est délicate, mais tout à

fait à la portée des spécialistes éduqués. Bien exécutée, elle amène très peu d'accidents ; si elle en produit, ce sont des accidents à peu près dénués de gravité ; les suites en sont généralement très simples.

Mais, me dira-t-on, le malade retire-t-il toujours un bénéfice visuel de l'opération ? Je ne le prétends pas, mais j'affirme que, même dans des cas à complications profondes, il récupérera une vision utile et que 90 fois sur 100 il aura le précieux avantage de conserver son bulbe oculaire. Parfois l'extraction est un préservatif, presque aussi puissant que l'énucléation, de la désastreuse ophthalmie sympathique ; un œil qui réagit violemment sous l'influence du déplacement de la lentille n'est pas loin de nuire à son congénère.

Peut-on éviter ce péril par d'autres moyens que l'extraction ou l'énucléation ? Non ; donc il faut extraire, puisqu'il est toujours temps d'énucléer. J'ai essayé l'extraction alors que je n'espérais pas éviter l'énucléation et j'ai eu l'heureuse surprise de voir mes efforts couronnés de succès.

Les cas que je rapporterai montreront que l'effroi engendré par la perspective des extractions de cristallins luxés ne repose sur aucun argument solide. L'issue du corps vitré pendant

les manœuvres est moins fréquente qu'on ne le pensait ; les suites opératoires sont aussi simples et aussi régulières que possible.

Avant d'aller plus loin je dois donner un aperçu du procédé que j'ai adopté et qui me paraît applicable à presque tous les cas.

Je place le malade dans la position qui semble le mieux mettre son cristallin à ma portée, le plus souvent dans le décubitus dorsal sur le fauteuil *ad hoc*, quelquefois assis sur une chaise, d'autres fois couché sur le ventre, voire même la tête en bas, mais en ceci je suis la pratique de tous. J'ai aussi rarement que possible recours à une position bizarre, le décubitus dorsal suffit à presque tous les besoins. L'opérateur, dans la nécessité de conserver toutes ses aises, toute la liberté de ses mouvements, doit rechercher l'attitude habituelle ; le malade, de son côté, sera d'autant plus docile qu'il sera dans une situation plus confortable.

Je repousse de toute mes forces l'emploi des anesthésiques qui annihilent complètement le patient dont l'intelligence peut concourir au succès de l'opération et provoquent souvent des efforts de vomissements nuisibles à la bonne coaptation de la plaie. La cocaïne n'est-elle pas là avec son merveilleux pouvoir ?

L'œil bien nettoyé et cocaïnisé, je confie la

paupière supérieure à un aide exercé et je fais ponction et contre-ponction sans pince à fixer, appuyant seulement l'index gauche sur le globe, en face des points de ponction pour empêcher l'œil de se dérober. Dans le limbe scléro-cornéen je pratique une incision plutôt petite. Je ne saisis pas l'avantage que quelques-uns croient trouver dans une grande incision qui offre une large issue au corps vitré, se coapte moins bien, est plus longue à se cicatriser et augmente l'astigmatisme post-opératoire. L'incision doit être proportionnée au volume du cristallin et de l'instrument ; ceci établi, elle doit être aussi petite que possible, de telle sorte que le cristallin une fois saisi puisse être amené rapidement entre les lèvres de la plaie, qu'il doit boucher, s'opposant ainsi à la sortie de l'humeur vitrée. Comme mesure j'adopte de préférence le tiers supérieur de la cornée ; je m'inspire des circonstances particulières.

Je fais toujours l'iridectomie : 1° pour élargir et rendre libre la porte de sortie ; 2° pour éviter le froissement et la contusion de l'iris au moment de l'introduction de l'instrument et de l'issue du cristallin ; 3° pour rendre le cristallin plus visible en toutes ses parties ; un cristallin bien vu est un cristallin enlevé ; 4° pour prévenir les hernies de l'iris rendues sans elle

presque obligatoires, la toilette de l'œil étant difficile à faire après la sortie de la lentille.

Saisissant moi-même la paupière supérieure de la main gauche j'introduis dans l'œil, de la droite, l'anse fenêtrée de Taylor que je porte rapidement près du bord inférieur du cristallin, quelquefois dessous. Puis en toute hâte, j'applique l'organe contre la face postérieure de la cornée et je l'amène au dehors par glissement. Le secret de la réussite est dans l'application vive du cristallin contre le plan résistant qui l'empêchera de se dérober, de flotter dans le corps vitré.

Je ne me presse jamais lorsque je vais à la recherche du cristallin, mais dès qu'il est saisi, je me hâte d'exécuter le mouvement en avant et d'engager la lentille dans la plaie. Cet engagement réalisé, tout danger a disparu, l'issue du corps vitré qui pourrait suivre la sortie du cristallin n'ayant qu'une importance relative. Je tiens à être maître de la paupière supérieure plutôt que de la confier à un aide, car je n'ai qu'à la laisser échapper dès que le cristallin est sorti, pour fermer la plaie.

Quand il s'agit d'une luxation dans la chambre antérieure, l'organe est placé contre le point d'appui cornéen, il faut donc prendre de grandes précautions pour passer la eurette derrière lui sans le déplacer.

Pourquoi ai-je préféré l'anse de Taylor à toute autre curette? Parce qu'elle réalise les conditions primordiales que je recherchais : la légèreté, la minceur, une certaine flexibilité. Elle tient peu de place dans le liquide vitréen, et, accompagnant le cristallin entre les lèvres de la plaie, elle n'augmente pas notablement son entrebaillement; elle est légèrement coupante par sa minceur et s'incruste volontiers dans le cristallin; elle n'entraîne pas de parcelles de corps vitré, sa courbure est très commode. J'admets l'usage de curettes pleines (lourdes et volumineuses) s'il y a des raisons de soupçonner que le cristallin se fragmentera.

Je place en haut l'incision de la cornée afin de dominer le champ opératoire et bien voir dans l'œil. Avec ce lieu d'élection l'issue du vitré est moins fréquente, car la plaie peut être rapidement bouchée par la paupière supérieure tandis qu'une section inférieure est moins bien coaptée par la paupière inférieure qui souvent même ne la recouvre pas.

Craignant toute pression inutile sur le globe oculaire, j'ai forcément renoncé à me servir du blépharostat et de la pince à fixer. Le premier pèse toujours sur l'œil, provoque de la part du malade des mouvements réactionnels et ne peut, si besoin, être enlevé avec assez de rapidité. Il

serait remplacé par un releveur, si le patient se montrait très indocile.

Par ce procédé j'ai fait 18 opérations sur lesquelles 13 ont été pratiquées sur des yeux atteints de complications profondes, quelques-uns en pleine réaction, d'autres dans un état de désorganisation assez avancé.

Si certains malades n'ont pas retiré de bénéfice visuel de l'acte chirurgical, celui-ci n'a pas du moins aggravé leur état.

J'ai dû énucléer deux femmes après des extractions in-extremis et les avoir prévenues de la nécessité où je me trouverais de sacrifier l'organe si je ne réussissais pas; et, je le dis à ma décharge, j'avais réussi dans des cas analogues.

Je pourrais me reprocher d'avoir opéré des individus dont l'examen me faisait pressentir un résultat visuel nul ou médiocre. J'ai le plus ordinairement agi sur la demande du malade, mais de bonne grâce, persuadé que c'est toujours rendre un service que de restituer une parcelle de vision. D'autres fois l'extraction a fait cesser de violentes douleurs, n'est-ce point quelque chose?

Contrairement à ce qu'on aurait pu prévoir, l'issue du corps vitré ne s'est produite que 6 fois sur 18, soit dans un tiers des cas. J'attribue cet

heureux résultat à l'emploi de la méthode que j'ai indiquée plus haut ; je crois aussi très exagérée la peur qu'on a de voir apparaître l'humeur vitrée. Une fois seulement j'ai constaté une issue considérable de liquide de nature à m'effrayer. Chez les cinq autres malades l'accident a eu très peu d'importance, la quantité d'humeur perdue ayant été insignifiante.

Les suites opératoires se sont montrées très simples, sauf dans les deux cas qui ont nécessité l'énucléation ; 16 fois sur 18 elles se sont passées comme après une extraction vulgaire.

La durée du traitement post-opératoire calculée sur celle du séjour du malade à la clinique a varié entre huit et quatorze jours et a été de dix à onze jours en moyenne.

Dans les cas où l'œil opéré ne présentait pas d'autres altérations que la luxation, les résultats ont été superbes après des suites opératoires fort calmes. L'introduction de la curette ne paraît pas éveiller beaucoup la susceptibilité de l'œil en bonne santé.

Avant de terminer, j'insisterai sur une observation qui me paraît offrir un gros intérêt. Le malade avait à gauche une cataracte traumatique luxée qui déterminait des poussées de cyclite avec + tn. depuis deux ou trois semaines, en même temps l'œil droit se troublait, présentait

de l'hyperhémie papillaire et quelques flocons du corps vitré. L'extraction eut lieu sans incident ; trois jours après toute douleur avait cessé et dix jours après le malade quittait la clinique. Au bout de trois semaines la vision de l'œil opposé, qui était $\frac{1}{3}$ la veille de l'opération, était remontée à 1, et il était impossible de reconnaître une altération quelconque de l'organe. Dans ce cas, l'intervention a enrayé et guéri une ophthalmie sympathique au début.

Je ne vois pas de meilleure façon de clore cette étude que de grouper les résultats obtenus.

18 malades ont été opérés, 13 ayant d'autres altérations oculaires que la simple luxation.

2 pertes irrémédiables de l'œil.

2 fois la vision a été nulle, mais dans un des deux cas il y a eu cessation de violentes douleurs.

6 fois la vue a été médiocre.

8 fois elle a été satisfaisante ou bonne.

Il y a eu 6 fois issue du corps vitré, l'accident n'a été grave que dans un cas.

Suites opératoires simples, sauf dans deux cas.

Durée du traitement post-opératoire, dix à onze jours en moyenne.
