

Appréciation. La kératotomie linéaire n'est applicable qu'aux cataractes molles, celles dans lesquelles le cristallin est réduit tout entier en une sorte de gelée. Opérer par ce procédé les cataractes volumineuses et dures, c'est produire une vulnération beaucoup plus grave que de tailler de prime abord un lambeau aux dépens de la cornée. La modification imaginée par Schuft ne nous paraît pas heureuse; elle donne lieu à une difformité irrémédiable de la pupille et à une vision bien plus défectueuse qu'avec les autres procédés. Elle expose à déplacer le cristallin en arrière, à déchirer la fossette hyaloïdienne et à faire évacuer l'humeur vitrée. De l'aveu de Critchett et de Bowman, deux des principaux promoteurs de la kératotomie linéaire, l'iritis est plus fréquente à la suite de ce procédé qu'après l'extraction à lambeau. Or l'iritis est l'accident qui fait le plus souvent échouer les opérations de cataracte faites dans les conditions les plus heureuses. La question est ainsi jugée en faveur de l'extraction à lambeau. La kératotomie linéaire trouvera au contraire une application heureuse dans certains cas où le cristallin, étant tombé dans la chambre antérieure, à la suite de la scléroticonyx, la lentille aura diminué de volume par le fait de son séjour prolongé dans l'humeur aqueuse.

QUATRIÈME MÉTHODE.

BROIEMENT.

Le broiement consiste à diviser largement la capsule antérieure du cristallin, et à partager la lentille en fragments qu'on abandonne à la résorption dans les chambres de l'humeur aqueuse. Cette opération peut être effectuée à travers la sclérotique ou à travers la cornée. On se sert de l'aiguille à abaissement qui a été mentionnée (p. 148). Jüngken, Ph. de Walther, Saunders, Rosas, Jacob (de Dublin), ont modifié soit la tige, soit la portion pointue de l'instrument, ce qui n'a pas grande importance.

Broiement par scléroticonyx. La situation de l'opéré, l'élévation de la paupière supérieure, l'abaissement de l'inférieure et la fixation de l'œil sont conformes à ce qui a été dit (p. 148). La ponction de la sclérotique se fait aussi de la même manière. Lorsque la lance de l'instrument a été conduite à plat jusqu'à la demi-circonférence interne de la pupille, au-dessus du diamètre horizontal de cette ouverture, on fait exécuter au manche un quart de mouvement de rotation sur l'axe, de façon à tourner l'un des tranchants de la lance vers la capsule antérieure du cristallin. Imprimant alors à l'aiguille des *mouvements en levier* dont le point d'appui se trouve au niveau de la plaie scléroticale, on pratique dans la masse lenticulaire des sections obliques et transversales entre-croisées. On jette quelques fragments du cristallin dans la chambre antérieure pour en rendre l'absorption plus active, et on précipite les plus gros dans la portion inférieure du corps hyaloïde. On ramène l'instrument dans une direction telle, que la lance soit parallèle à l'iris par ses deux faces, on le tire directement en dehors, et un peu avant de lui faire franchir la plaie faite aux membranes externes

de l'œil, on lui fait exécuter de nouveau un quart de mouvement de rotation sur l'axe, de manière à le faire sortir de l'œil dans la même situation que celle dans laquelle il était au moment de la ponction.

Broiement par kérationyxis. Cette opération s'effectue comme la dépression par kérationyxis (p. 125). L'aiguille est introduite par la cornée, soit par le centre, soit par la partie périphérique de cette membrane, l'un des tranchants de la lance tourné en haut, l'autre en bas. On pousse l'instrument à travers la pupille, préalablement dilatée par l'instillation d'atropine. La pointe de la lance est conduite à la partie supérieure de la capsule, l'un des tranchants dirigé vers celle-ci. En imprimant à la tige de l'instrument des *mouvements en levier* qui a son point d'appui dans la plaie cornéale, on divise le cristallin de haut en bas par des sections verticales et obliques. Faisant ensuite exécuter au manche un quart de mouvement de rotation sur l'axe, on tourne la lance de façon qu'un des tranchants de la lance regarde vers le nez et l'autre vers la tempe. A l'aide de mouvements en levier imprimés de nouveau à l'instrument, on pratique au cristallin une série d'incisions horizontales qui croisent les premières. On retire l'aiguille, en lui donnant exactement la même direction que lors de son introduction à travers la cornée. Si, pendant les manœuvres de broiement, on rencontre des fragments assez consistants, on essaye d'en faire la réclinaison.

Signalons, pour mémoire seulement, le procédé de Furnari, appelé par ce dernier KÉRATOTOMIE-KYSTOTRIE, consistant à faire une ponction, au niveau de la demi-circonférence externe de la cornée, avec un kérationyxisme pourvu d'une *double lance*, l'une de forme et de grandeur ordinaires, l'autre se continuant avec la première qu'elle termine, de la forme et de la grandeur d'une lance d'aiguille à cataracte. La première sert à ponctionner la cornée; la seconde à inciser la capsule cristalline. Le même instrument accomplit donc en une seule fois ces deux temps de l'opération. On introduit ensuite par la boutonnière cornéale un KYSTOTRIEUR, espèce de pince terminée par deux cuillers destinées à saisir le cristallin et la capsule, à les écraser et à en extraire les fragments.

Phénomènes consécutifs au broiement du cristallin. Après le morcellement du cristallin, il convient, pour prévenir une phlegmasie grave, de pratiquer pendant plusieurs jours des fomentations réfrigérantes. On fera aussi des instillations d'atropine pour empêcher la pupille de s'oblitérer, ce qui arrive souvent par l'irritation que détermine sur l'iris la pression de fragments cristalliniens tuméfiés par l'humeur aqueuse qui les imbibe.

Après l'opération, la vision n'est pas recouvrée immédiatement, comme après la dépression ou l'extraction. Quelquefois il ne s'opère aucun changement dans l'état des fragments cristalliniens pendant plusieurs semaines. Dans les cas les plus favorables, la pupille commence à s'éclaircir vers le dixième ou le douzième jour. On peut considérer comme un résultat favorable la résorption complète effectuée au bout d'un mois à six semaines. Il faut, pour certains opérés, deux ou trois mois et même des années. Chez quelques-uns, la résorption s'arrête après avoir marché quelque temps.

Chez d'autres, elle est nulle pendant plusieurs semaines, et commence ensuite à marcher avec activité. Lorsque la cataracte est dure en totalité ou en partie, elle résiste complètement à l'absorption; on est parfois obligé de revenir au broiement, ou bien d'abaisser un noyau rebelle à l'absorption, ou bien encore d'extraire des fragments de la lentille. Pendant le travail de résorption, il arrive souvent que le contour de la pupille change momentanément de forme, par suite de la pression qu'exercent sur l'iris quelques débris de la cataracte. Le gonflement de ces portions ou de la masse du cristallin occasionne souvent des névralgies et des accidents inflammatoires violents, qu'il convient de combattre par les antiphlogistiques et les antiplastiques, les instillations d'atropine. Lorsque la cataracte est molle et surtout liquide, que les sujets sont jeunes, la résorption marche plus activement. Pour accélérer ce travail, on a proposé divers moyens: l'emploi d'un collyre éthéré; des frictions sur les paupières avec un liniment excitant; l'exposition de l'œil à des vapeurs excitantes, telles que celles qui se dégagent de l'huile de girofle, de fenouil, de cajepout, ou bien encore de l'ammoniaque liquide; des collyres stibiés ou au sublimé, des purgations répétées: l'évacuation, à divers intervalles, de l'humeur aqueuse, en ponctionnant la cornée.

Il résulte des considérations précédentes, que l'opération du *broiement* n'est applicable que dans certaines conditions inhérentes à la nature de la cataracte ou à l'âge de l'opéré: 1° en cas de cataracte molle ou liquide, lorsque l'âge et la constitution du malade permettent d'espérer la résorption; 2° chez les individus jeunes, où le travail de résorption est actif; 3° chez les enfants atteints de cataracte *congénitale*; 4° chez les sujets de tout âge affectés de cataracte molle, et qui sont atteints d'une toux habituelle; cette dernière circonstance contre-indique l'extraction.

Le broiement ne sera pas mis en usage chez les gens âgés ou cachectiques, parce que chez eux le travail de résorption ne s'effectue qu'avec une lenteur infinie; dans les cataractes *dures*, dans les cataractes *capsulaires*, surtout quand la paroi de la capsule est très-épaisse et tellement dégénérée que les lambeaux de la cristalloïde ne se rétractent pas; chez les sujets qui ont des névralgies oculo-palpébrales habituelles.

Lorsqu'on se décide à opérer une cataracte par *broiement*, la *scléroticonyxis* est préférable à la *kératonyxis*, parce qu'en agissant par la sclérotique l'aiguille peut être portée plus facilement sur tous les points de la capsule. La *kératonyxis* convient dans les cas d'adhérence complète du cristallin à l'iris; lorsque, la cataracte étant molle, la capsule est très-tendue, saillante, et touche la face postérieure de l'iris; lorsque l'œil à opérer est très-mobile, comme dans certaines cataractes congénitales, parce que l'aiguille introduite à travers la cornée empêche l'œil de fuir.

CINQUIÈME MÉTHODE.

DISCISION DE LA CAPSULE.

Il est d'observation que l'humeur aqueuse exerce une action dissolvante tellement énergique sur le cristallin, que, chez un jeune sujet, il suffit que la capsule antérieure soit déchirée pour que la lentille disparaisse peu à peu. De là une méthode spéciale, d'une exécution plus simple et plus rapide que celles que nous avons passées en revue précédemment, et consistant à ouvrir la capsule pour livrer la lentille à l'action absorbante de l'humeur aqueuse. On la pratique, comme l'abaissement et le broiement, par la cornée ou par la sclérotique.

Discision par la cornée. L'œil est fixé comme nous l'avons dit précédemment; on introduit une aiguille à lance très-fine, droite et tranchante des deux côtés, au côté externe de la cornée, à 2 millimètres de la sclérotique. On pousse rapidement l'instrument à travers la pupille, préalablement dilatée, et on le plonge dans la capsule cristalline, de façon à faire dans cette membrane une petite ouverture. En retirant l'instrument, on ramène, si faire se peut, une petite quantité de substance cristalline qu'on laisse interposée dans la plaie cristallinienne, pour en prévenir une cicatrisation trop rapide. On retire l'aiguille à travers la plaie cornéenne avec beaucoup de précaution. Jäger père pratiquait sur la capsule plusieurs incisions qui s'entre-croisent; les unes dirigées de haut en bas, les autres dirigées transversalement. Cette modification a pour but de mettre une plus grande surface du cristallin en contact avec l'humeur aqueuse, ce qui favorise la résorption de la substance lenticulaire. De Graëfe a proposé de faire précéder la *discision à travers la cornée* d'une *iridectomie* pratiquée à la partie supérieure de l'iris, quelques semaines auparavant. Il trouve à cette modification l'avantage de permettre à la substance cristalline, qui vient faire hernie à travers la plaie de la capsule, d'atteindre un fort volume, sans que l'on ait à craindre une irritation de l'iris; l'inflammation consécutive est moins grave.

Discision par la sclérotique. On commence par pratiquer sur le côté externe de la sclérotique, un peu au-dessus ou au-dessous du diamètre transversal de l'œil, une ponction, soit avec un couteau lancéolaire étroit, soit avec une lancette. Après quelques instants de repos accordés au malade, on engage ce dernier à regarder en dedans, pour mettre la plaie scléroticale à découvert. On prend ensuite un crochet à décollement; on lui fait traverser l'ouverture de la sclérotique, de telle façon que la convexité de l'instrument soit seule en rapport avec les membranes incisées et que la pointe n'en blesse aucune; le crochet arrive derrière la pupille, presque couché à plat, la pointe légèrement tournée en arrière et touchant la capsule. Le chirurgien porte alors l'instrument sous tous les points possibles de la marge de l'iris, l'enfonce dans la capsule, et trace sur cette membrane des lignes qui rayonnent toutes vers l'endroit d'entrée de l'instru-