

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-

ment. De cette façon, la capsule du cristallin est largement déchirée et la lentille est exposée à l'action dissolvante de l'humeur aqueuse. Enfin, dans le troisième temps de l'opération, le crochet est retiré avec précaution, en suivant un chemin semblable à celui qu'il a parcouru lors de son introduction dans l'œil.

Après la discision de la capsule, les phénomènes ultérieurs d'absorption du cristallin varient. Dans les circonstances les plus favorables, des flocons se détachent de la masse lenticulaire, deviennent flottants dans l'humeur aqueuse, et finissent par disparaître. Lorsque la capsule antérieure a été largement morcelée, les lèvres de la plaie se roulent en spirale, se plient et se rétractent vers la périphérie de l'appareil cristallinien. Si, au contraire, on s'est borné à faire à la capsule une seule incision, il arrive parfois que les bords de la solution de continuité se réunissent, après quoi, le cristallin n'étant plus au contact direct de l'humeur aqueuse, le travail d'absorption est interrompu, ce qui nécessite une nouvelle opération.

SIXIÈME MÉTHODE.

ASPIRATION OU SUCCION.

Lorsqu'en 1847, le professeur Laugier mit cette méthode à exécution, plusieurs chirurgiens érudits trouvèrent, dans les écrits des siècles passés, une description du manuel opératoire. P. Armati a revendiqué en faveur de Pecchioli (de Sienne) et l'invention de l'opération de la succion et la première idée de la construction de l'aiguille à pompe.

Procédé de Laugier. Il est applicable surtout aux cataractes très-molles ou liquides. Le but que se propose ce chirurgien est d'extraire avec l'aiguille



Fig. 494.

à pompe (fig. 494) toute la portion fluide ou molle du cristallin, sans toucher à la capsule antérieure, lorsque celle-ci est restée transparente. Il introduit la lance de l'aiguille à pompe à travers la sclérotique, comme pour l'opération de l'abaissement; ponctionne le cristallin à sa partie inférieure externe et postérieure, à travers la capsule postérieure; fait ensuite le vide, en tenant l'instrument dans l'immobilité. De cette façon, les parties molles ou fluides du cristallin sont aspirées par l'aiguille et extraites de l'œil, sans que la capsule antérieure ait été touchée. S'il reste un noyau dur, après la disparition des couches périphériques, on peut, avec le même instrument, entraîner cette portion dans la partie inférieure de l'œil.

La méthode de la succion n'a pas fait fortune. En effet, elle n'est applicable qu'aux cataractes tout à fait molles ou laiteuses, parce que l'aspiration ne s'exerce que sur des parties liquides. Mais ces dernières cataractes sont

bien plus faciles à opérer par la simple *discision de la capsule*, ou par broiement. Dans la méthode par succion, on respecte précisément la capsule antérieure; or celle-ci ne tarde pas à être envahie par une opacité secondaire, d'où la nécessité d'intervenir ultérieurement par une nouvelle opération.

Parallèle des diverses méthodes. Les chirurgiens sont divisés d'opinion relativement à la prééminence d'une de ces méthodes sur l'autre. L'abaissement compte pour partisans: P. Pott, Carron du Villards, Scarpa, Beer, Dupuytren, Lisfranc, Sanson, Jüngken, etc. L'extraction a pour représentants: Beer, Boyer, Forlenza, Richter, Roux, Pamard, Maunoir, Wenzel, Demours, etc. Pour apprécier la valeur des deux méthodes principales, l'abaissement et l'extraction, on s'est appuyé sur la statistique, c'est-à-dire sur les résultats bruts obtenus, par chacune d'elles, sous le rapport du rétablissement de la vision. Nous avons prouvé ailleurs (voy. notre *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 332) le peu de confiance qu'il faut attacher aux statistiques.

On a cherché à établir un parallèle entre l'abaissement et l'extraction, sous le rapport du manuel opératoire, des accidents immédiats et consécutifs. Il est certain que la manœuvre est plus facile, pour une main inhabile, dans l'abaissement que dans l'extraction; mais il est évident aussi qu'une main exercée exécute l'extraction avec autant d'aisance que l'abaissement. Il est certain aussi que les accidents immédiats sont moins à redouter dans l'abaissement que dans l'extraction; mais il n'en demeure pas moins établi que celui qui a l'habitude de l'extraction ne redoute pas ces accidents, les prévient ou les conjure. D'un autre côté, il n'y a pas d'assimilation possible à établir entre les résultats fournis par l'extraction et ceux que donne l'abaissement, sous le rapport du rétablissement de la vision. Quand l'extraction est faite dans des conditions heureuses, que l'œil ne s'enflamme pas par la suite, la vue est recouvrée avec une netteté que l'on constate rarement après l'abaissement. Il n'y a pas non plus à craindre, dans ce cas, d'accidents éloignés, comme il s'en présente après l'abaissement, où les opérés sont exposés à la réascension du cristallin, à des douleurs névralgiques souvent intolérables occasionnées par une irido-choroïdite, et à une amaurose consécutive. Le cristallin abaissé, c'est-à-dire privé de ses connexions avec les parties voisines, peut être considéré comme un véritable corps étranger; à ce titre, il irrite les membranes de l'œil avec lesquelles il est en rapport, d'où une phlegmasie chronique.

L'extraction nous semble donc devoir obtenir la préférence sur l'abaissement. Toutefois, certaines circonstances inhérentes à la cataracte feront donner la préférence à l'une des autres méthodes (voy. plus loin). Des divers procédés qui se rapportent à la grande méthode de l'extraction, la *kératotomie supérieure* l'emporte sur les autres, par les raisons suivantes:

1° En taillant à la cornée un lambeau à base inférieure, l'effusion de l'humeur aqueuse est moins abondante; l'iris est donc moins exposé à se porter sous le couteau, pendant la section kératique. 2° Dans la kérato-