

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-