

val avec division du pont, est préférable en général à celui par lambeau kératique ordinaire.

III. — Extraction linéaire.

On nomme ainsi une opération dans laquelle on pratique l'extraction d'une cataracte à travers une plaie droite ou par ponction simple de la cornée qui ne doit pas avoir plus de 5 à 6 millimètres (2 lignes et demie à 3 lignes).

Elle a d'abord été étudiée avec soin par Fr. Jæger, de Vienne, sous le nom d'extraction *partielle*; plus tard, son fils et lui l'ont décrite sous le nom d'extraction *linéaire*, préférant avec raison une dénomination qui exprimât la forme du procédé plutôt que le but de l'opération.

Elle est à peine connue en France; je l'ai, comme beaucoup d'autres, appliquée il y a bien des années déjà à des cas de cataractes lenticulaires liquides, à des cataractes traumatiques et à l'extraction de cristallins ramollis après l'abaissement ou le broiement, et occasionnant de graves accidents (voy. plus loin, *Opérations applicables à l'irido-choroïdite des opérés*). En Allemagne, elle est encore peu employée, et malgré les efforts de M. Græfe, de Berlin, qui a publié sur ce sujet un excellent travail auquel je me propose de faire ici de nombreux emprunts (voy. *Archiv. für Ophthalmologie*, t. I, 2^e partie, p. 219), je suis certain que partout elle demeurera restreinte dans ses diverses applications, ce qui, au reste, est aussi son avis, car, ainsi que nous le verrons, elle ne peut réussir que dans les seuls cas de cataracte liquide, ou dans les cataractes sans noyau et ramollies que l'on observe chez les jeunes sujets.

L'extraction linéaire fut d'abord appliquée par Palucci, suivant Græfe, à des cas de cataractes pseudo-membraneuses ou arides siliqueuses. Plus tard, des essais pour l'extraction de la cataracte lenticulaire furent tentés par Wardrop, qui voulut, sans y réussir, la substituer à l'extraction par le lambeau ordinaire. Gibson la réservait aux cataractes molles et (de même que d'autres chirurgiens qui se sont bornés à la pratiquer sans rien écrire) après une discision malheureuse, lorsque le cristallin en gonflant occasionnait des accidents, il en faisait l'application et débarrassait ainsi ses malades des suites fâcheuses que ce gonflement pouvait entraîner. Travers modifia sans succès la forme de l'incision; il la fit courbe,

égale au quart de la cornée. Arlt, dans son récent manuel, la réserve aux cataractes complètement liquéfiées ou à des restes gonflés de cataracte; Græfe (Mémoire cité) l'érige en méthode applicable à un grand nombre de cataractes que l'on voit chez les jeunes gens et entre dans beaucoup de détails sur les caractères des cataractes qui, selon lui, en permettent l'application.

Nous décrirons d'abord le procédé comme nous l'avons fait pour les autres méthodes, puis nous en exposerons les indications, les difficultés d'exécution et les accidents immédiats ou consécutifs.

Instruments. — Le couteau lancéolaire de Jæger, ou simplement un couteau à cataracte pour ouvrir la cornée, un crochet à pupille artificielle, ou le kystitome recourbé dessiné dans la figure 18 (voyez plus haut, p. 190), pour déchirer la capsule, une curette pour extraire quelques débris de la lentille, suffisent pour pratiquer cette opération.

On doit avoir, en outre, une serretète ou à défaut une pince très fine, pour débarrasser la pupille de débris de la capsule à laquelle adhèrent quelquefois des précipités opaques ou des exsudations.

Soins préparatoires. — Le malade peut être opéré assis; mais comme il arrive souvent que la manœuvre est longue parce que la cataracte à extraire n'est pas liquide, il est préférable de le coucher sur un lit. Sa pupille doit toujours être dilatée. Les paupières sont écartées avec les doigts de l'aide, ce qui est moins douloureux pour le malade que les éleveurs que l'on réserve seulement pour des cas exceptionnels; l'œil est fixé par la pique de Pamard plutôt qu'avec une pince.

PREMIER TEMPS. — Tout étant disposé comme il vient d'être dit, le chirurgien, placé à la droite du lit, opère l'œil droit du malade avec sa main gauche et le gauche avec sa main droite. Dans le cas où il ne serait pas ambidextre, l'opérateur en se plaçant à la tête du lit, pourrait opérer l'œil droit de la main droite.

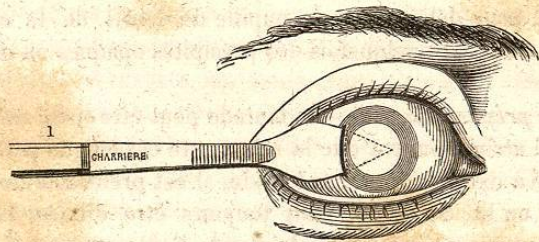
Le chirurgien tient le couteau à cataracte ou le couteau lancéolaire de la main gauche pour l'œil droit, et fixe le globe de l'autre main, avec la pique de Pamard. Il pose doucement la pointe du couteau à 1 millimètre de la sclérotique sur la cornée, dans le diamètre transversal de l'œil, au niveau de la marge externe de la pupille élargie, et en pousse la lame dans la chambre

antérieure, parallèlement à l'iris, jusqu'à ce que la plaie kératique ait 5 millimètres et demi au moins, 6 millimètres au plus. A ce moment, de même que je l'ai recommandé pour la pupille artificielle, il diminue la pression de la pique sur l'œil et retire brusquement le couteau hors de la chambre pour conserver dans cette cavité toute l'humeur aqueuse et se ménager ainsi une entrée facile de l'instrument destiné à déchirer la capsule. Si la ponction est bien faite la plaie doit avoir 6 millimètres à la surface externe de la cornée et 5 à la surface interne; il faut encore que la course du couteau, à travers l'épaisseur de la cornée soit très peu oblique: autrement la plaie serait trop étroite et l'on aurait beaucoup de difficulté à faire sortir la lentille.

La figure 34 représente ce temps de l'opération.

L'œil demeurant prudemment fixé par la pique qui ne doit pas

Fig. 34.



exercer de pression inutile, on se dispose à exécuter le deuxième temps.

DEUXIÈME TEMPS. — Le chirurgien, ayant remplacé le couteau par le kystitome recourbé (ou par un simple crochet à pupille artificielle), vise avec attention le centre de la plaie de la cornée, et pousse rapidement la pointe de l'instrument jusqu'au bord interne de la pupille. L'humeur aqueuse, conservée dans la chambre, s'échappe aussitôt, mais avec trop peu de rapidité pour que l'iris soit rencontré par le kystitome. Alors on tourne la pointe du kystitome contre la capsule, aussi près que possible de la marge interne de la pupille, puis en ramenant l'instrument en dehors, comme si on voulait le retirer de l'œil, on déchire la cristalloïde transversalement dans la plus grande étendue possible. Si la cataracte est liquide, et que l'on presse un peu avec le plat du kystitome sur la lèvre externe de la plaie, de manière à entr'ouvrir

celle-ci, le cristallin se précipite au dehors avec une très grande rapidité, et l'opération est terminée dès que l'on a enlevé l'instrument. Mais, au contraire, si la cataracte est molle, et qu'elle ait conservé encore une certaine densité, on passe au troisième et dernier temps de l'opération.

Dans quelques cas où l'on est certain d'avoir affaire à une cataracte liquide, on peut exécuter l'opération pour ainsi dire en un seul temps. Ainsi, dès que le couteau à cataracte ou le couteau lancéolaire a pénétré dans la chambre antérieure, on en dirige la pointe dans la capsule pour l'ouvrir, et, dès que l'on ramène l'instrument en dehors en pressant un peu sur la lèvre externe de l'ouverture, la cataracte s'échappe de l'œil avec rapidité. Il faut avoir soin, si l'on manœuvre ainsi: 1° de faire à la capsule une ouverture aussi large que possible pour éviter une cataracte secondaire; 2° de relever la pointe du couteau vers la cornée dès que cette ouverture est faite, pour que l'hyaloïde ne soit pas ouverte et éviter ainsi la sortie du corps vitré. De même que M. de Græfe, je préfère opérer en deux temps, même dans les cas de cataracte liquide, afin de mieux déchirer la capsule.

TROISIÈME TEMPS. — Il est applicable aux cas de cataractes molles complètes, sans noyau dur, telles qu'on en trouve assez fréquemment sur des sujets au-dessous de trente ans. M. de Græfe le décrit ainsi: on applique la curette de Daviel par sa surface convexe contre le bord de la cornée (son axe étant perpendiculaire à la plaie de cette membrane), et l'on presse avec cet instrument de façon à rendre la blessure béante, mais sans y entrer. La légère pression, qui est nécessaire pour cela, ne doit agir ni sur le bord latéral ni sur le bord antérieur de la curette (1); mais on doit de préférence pousser la surface convexe, posée à plat, juste vis-à-vis du bord externe de la lentille, tout doucement vers le centre du bulbe. Aussitôt que la blessure commence à être béante, la substance molle de la lentille, dont quelques parties s'attachent déjà généralement au petit crochet, sort de la capsule, et s'avance devant l'iris vers la cornée pour s'échapper au dehors en grande partie dans le creux de la curette. Pour opérer le déplacement de la lentille de la façon la plus avantageuse, il est

(1) Une pareille pression insuffisamment répartie pourrait faire éclater la fossette hyaloïdienne et elle s'opposerait au déplacement de la substance molle de la lentille qu'on désire pousser vers la pupille.

convenable d'appliquer un doigt à plat sur le bord de la cornée (au côté interne), vis-à-vis de la curette, et de presser de la même manière avec ce doigt et l'instrument. Poussée ainsi vers la pupille par le doigt d'un côté et par la curette de l'autre, la substance molle et cataractée sort facilement, laissant cette ouverture parfaitement noire.

La figure 35, empruntée comme la précédente au Mémoire cité de M. de Græfe, représente ce temps de l'opération.

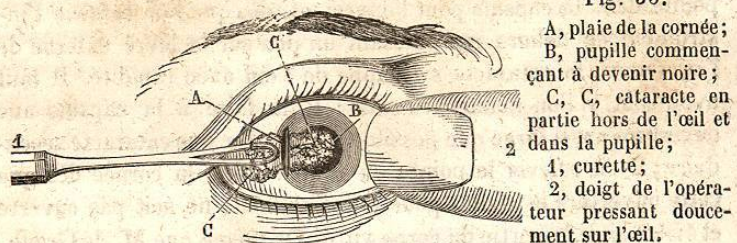


Fig. 35.

A, plaie de la cornée;
B, pupille commençant à devenir noire;
C, C, cataracte en partie hors de l'œil et dans la pupille;
1, curette;
2, doigt de l'opérateur pressant doucement sur l'œil.

Si des débris restent dans la capsule, on donne quelques moments de repos au malade, et dès qu'un peu d'humeur aqueuse s'est reproduite, on presse doucement sur la cornée à travers la paupière par un mouvement doux et circulaire, puis, en entr'ouvrant la plaie, on donne issue à ces débris qu'on a réunis ainsi dans la pupille. Au besoin, on s'aide encore de la curette de la manière indiquée, et même on l'introduit dans la chambre antérieure avec la précaution de ne pas meurtrir les bords de la plaie par une pression inutile.

Pansement. — Si le cristallin est enlevé en totalité, la réunion par première intention de la plaie sera facilement obtenue en appliquant quelques bandelettes de taffetas sur les deux yeux pendant vingt-quatre heures, et en recommandant au malade le silence et l'immobilité. Dès le lendemain, on examine l'œil et, s'il n'y a pas d'inflammation, il suffira de recommander l'occlusion au moyen d'un simple bandeau aussi léger que possible. Le malade, tenu à la diète et au lit le jour de l'opération, pourra se nourrir de choses légères et se lever. Quatre ou cinq jours suffisent pour une guérison complète.

ACCIDENTS PENDANT ET APRÈS L'OPÉRATION.

PREMIER TEMPS. — Rien n'est plus facile, assurément, que

l'exécution du premier temps de l'opération; aussi ne nous arrêtons-nous qu'un seul instant ici pour dire que, si l'on présente trop parallèlement à la cornée le couteau qui doit pénétrer dans la chambre antérieure, on pratique ainsi dans les lamelles une sorte de canal oblique et étroit, à travers lequel la matière cristalline ne pourra s'échapper. En ponctionnant presque perpendiculairement, comme cela est indiqué dans la figure, il n'y a aucun danger de produire cet accident.

La ponction peut être trop rapprochée ou trop éloignée de la sclérotique; elle peut aussi être ou trop petite ou trop grande. Si elle est *trop rapprochée* de la sclérotique, la course du cristallin vers la plaie étant trop longue et trop oblique, on se trouve, par cette trop grande excentricité de la plaie, dans la nécessité de comprimer davantage le globe, comme cela est recommandé dans le troisième temps, ou même de faire manœuvrer la curette dans la chambre antérieure, ce qui peut occasionner des contusions inutiles et dangereuses de la plaie de la cornée et de l'iris. Cette dernière membrane vient aussi, dans cette condition de la plaie, former une hernie volumineuse que l'on ne peut pas facilement réduire et qui, fermant l'ouverture de la cornée, s'oppose à la sortie du cristallin, même quand il est liquide.

Quand la ponction est *trop éloignée* de la sclérotique, l'inconvénient est généralement moindre; cependant, si l'iris vient faire en cet endroit une hernie moins volumineuse et plus facilement réductible, si le cristallin opaque s'échappe plus aisément, ces avantages pour l'exécution de l'opération sont plus que compensés par les dangers, en cas d'inflammation d'une plaie de la cornée, placée près du centre de la pupille et devant entraîner des opacités capables d'intercepter la lumière. La plaie trop centrale a encore un inconvénient que nous nous bornerons à signaler, c'est qu'elle entraîne la nécessité, pour l'ouverture de la capsule, de diriger le kystitome trop perpendiculairement et qu'il en peut résulter, surtout dans les cataractes liquides ou dans celles qui ont une faible épaisseur, la blessure et l'issue du corps vitré.

La ponction trop étroite exige une pression plus grande et une manœuvre plus longue, partant plus dangereuse pour l'œil. Elle peut entraîner directement la hernie de l'iris, et plus tard l'inflammation de cette membrane avec ses suites fâcheuses, par exemple, l'occlusion de la pupille; en outre, on conçoit que les bords de la plaie, froissés par le cristallin et peut-être aussi par la nécessité

d'employer la curette, s'enflamment et que la suppuration compromet l'œil opéré.

L'ouverture, trop grande, n'a le plus souvent d'autre inconvénient que d'être inutile; elle peut entraîner cependant, comme toutes les plaies étendues de la cornée, la suppuration de cette membrane.

DEUXIÈME TEMPS. — Le seul accident qui puisse être produit, c'est la contusion ou quelquefois la déchirure de l'iris avec le crochet ou avec le kystitome recourbé pendant le mouvement nécessaire à l'ouverture de la capsule. On l'évite en poussant cet instrument d'avant en arrière, dès qu'il a franchi l'ouverture de la cornée, et en le faisant avancer de manière à toucher cette membrane jusqu'au moment où l'on croit devoir en diriger la pointe contre la capsule. Dès que ce résultat est obtenu, on le fait avancer un peu vers l'angle interne pour le dégager et le replacer en avant de l'iris, puis on le retire toujours en l'appuyant contre la cornée. Si l'iris fait une hernie irréductible, on en fait immédiatement l'excision. On a ainsi une pupille allongée, mais cela n'a aucun inconvénient pour le rétablissement de la vision.

TROISIÈME TEMPS. — C'est la pierre de touche du diagnostic. Dès que l'on a ouvert la capsule, on sait, à n'en pas douter, si l'on pourra ou non extraire la lentille, et si l'extraction, dans les cas où elle est possible, sera accompagnée de difficultés ou se fera facilement. Les accidents que l'on remarque dans ce temps de l'opération, sont les suivants :

Sortie impossible du cristallin ayant pour causes : *a*, l'ouverture trop limitée de la capsule; *b*, la densité trop grande de la lentille; *c*, l'ouverture trop petite de la plaie de la cornée; *d*, ou enfin une manœuvre en dehors des règles que nous avons établies.

Déchirure de l'hyaloïde et issue du corps vitré ayant pour causes : *a*, une pression inégale ou maladroite de la main et de la curette; *b*, une blessure directe par le kystitome dans le deuxième temps.

Hernie de l'iris;

Enlèvement incomplet de la cataracte.

1° *Sortie impossible du cristallin.* — *a*. Cet accident survient lorsque le chirurgien a ouvert la capsule dans une trop petite

étendue avec le kystitome, ou bien que, croyant avoir affaire à une cataracte liquide, il a fait une erreur, et que dans le but de terminer l'opération d'un seul coup, il a ouvert simultanément la cornée et la capsule avec le couteau lancéolaire. La densité de la cataracte d'une part, la résistance qu'offre l'étroitesse de la plaie de la cornée d'autre part, s'opposent absolument à la déchirure de l'enveloppe du cristallin, lequel demeure immobile dans toutes ses parties, quel que soit le degré de pression que l'on exerce. Pour remédier à cet inconvénient, il y a deux routes à suivre : ou le chirurgien doit laisser l'opération dans ces conditions, ce qui la réduit à la discision ordinaire; ou bien il doit agrandir d'abord la plaie de la cornée, et ensuite celle de la capsule, jusqu'à ce que la lentille, sortant sans effort, n'occasionne aucune pression fâcheuse ni sur l'iris, ni sur les lèvres de la plaie kératique.

Dans le premier cas, il suffit, aussitôt qu'on a reconnu que le cristallin ne peut s'échapper, de fermer les deux yeux comme après l'opération de la cataracte, et après avoir prescrit des instillations d'atropine dans le grand angle, de surveiller le malade, enfin d'agir vigoureusement par un traitement antiphlogistique énergique dès que l'œil devient douloureux.

Dans le second, on agrandit la plaie de la cornée avec le couteau mousse dessiné figure 15 (page 188), et l'on transforme la plaie linéaire en une plaie à lambeau ordinaire. Puis, après avoir déchiré plus largement la capsule avec le kystitome ou le crochet, on procède à l'extraction comme dans la kératotomie ordinaire.

b. La densité trop grande de la lentille peut s'opposer seule, et on le comprend sans peine, à la sortie du cristallin à travers la plaie, de beaucoup inférieure à son diamètre. Ici l'on a fait une grave erreur de diagnostic, et il faut, pour y remédier, recourir à l'un ou à l'autre des deux moyens que nous venons d'indiquer.

c. L'ouverture trop petite de la plaie de la cornée occasionne cet accident dès que la densité de la lentille est égale à celle du cristallin à l'état normal. Pour arriver à extraire quelques parties de la substance corticale, on se trouve forcé, dans cette circonstance, de presser sur l'œil avec trop d'énergie, et après maint effort, on n'arrive à la suite de chaque pression, à pousser dans la plaie de la capsule, puis dans celle de la cornée, qu'une quantité excessivement petite de la substance corticale. On est conduit dès lors à répéter cette manœuvre un très grand nombre

de fois, à moins que, reconnaissant immédiatement d'où vient la difficulté, on n'ait recours à l'agrandissement de la plaie de la cornée au moyen du couteau mousse.

d. La manœuvre vicieuse peut entraîner des accidents plus graves encore que la difficulté d'extraire le cristallin. Outre cet accident si sérieux, elle peut avoir pour effet immédiat de déchausser la lentille d'un côté et de pousser l'hyaloïde dans la chambre antérieure. Avant la rupture de celle-ci, on peut reconnaître, à une tumeur transparente qui se montre sous l'iris dans la chambre antérieure, et bientôt dans la direction de la plaie kératique, l'accident que l'on va produire, et on peut l'éviter si l'on cesse toute manœuvre. Là encore, il vaut mieux s'en tenir à une simple discision, ou consentir à faire, par l'agrandissement de la plaie de la cornée, une extraction au moyen d'un lambeau ordinaire. Enfin, si le noyau de la cornée est plus dense que la substance corticale, on pourra parvenir à extraire celle-ci; mais on laissera dans l'œil la partie centrale de la lentille et, partant, une cause d'inflammation capable de produire les plus graves désordres. J'ai vu cependant dans un bon nombre de cas un noyau s'abaisser spontanément, ou, récliné par l'opérateur, ne déterminer aucune conséquence fâcheuse.

2° *Déchirure de l'hyaloïde et issue du corps vitré.* — Nous venons de voir qu'une pression maladroite de la main et de la curette peut produire cet accident. Il arrivera d'autant plus facilement que la pression sera plus inégale et que, d'un côté ou de l'autre, soit par la curette soit par les doigts, la pression, ou ne sera pas régulière, ou sera faite dans une direction autre que celle d'un rayon mené de la circonférence au centre de la pupille.

Cet accident pourra survenir encore dans le deuxième temps de l'opération, se montrera souvent pendant ce temps, mais ne deviendra évident que dans le troisième, lorsque la cataracte étant mince, le kystitome aura atteint directement l'hyaloïde après avoir divisé la capsule. Si la cataracte s'échappe aussitôt que la capsule est ouverte, comme on le voit dans la cataracte liquide, et que l'on ait ouvert le corps vitré, le cristallin, dont une partie s'est échappée au dehors, sera poussé immédiatement du centre vers la circonférence et se cachera derrière l'iris; aussitôt la pupille deviendra noire par le passage rapide du corps vitré, à

travers la cataracte, dans la chambre antérieure et bientôt dans la plaie de la cornée. La pupille, disons-nous, devient immédiatement noire; mais dès que l'humeur aqueuse se reproduit, le corps vitré étant refoulé en arrière, le cristallin qui s'est caché pendant le collapsus de l'œil derrière l'iris, reparait aussitôt dans la pupille par un mouvement de retour, et constitue très souvent tous les éléments d'une cataracte secondaire.

Si la déchirure de l'hyaloïde survient dans le troisième temps, elle ne peut être attribuée qu'à une pression maladroite et quelquefois exagérée; alors les mêmes phénomènes se montrent, et l'on a encore à subir consécutivement le même accident. Une fois, dans un cas où le corps vitré, très ramolli, s'était échappé en petite quantité, j'ai eu le lendemain une reconstitution de la cataracte et une inflammation si violente que le phlegmon détruisit l'œil.

3° *Hernie de l'iris.* — Il arrive assez souvent dans cette opération d'extraction linéaire que l'iris vient faire hernie dans la plaie, dès que l'humeur aqueuse s'est écoulée, surtout lorsque la ponction a été pratiquée trop loin de la sclérotique, ou bien que la pupille s'est contractée aussitôt après la disparition de la chambre antérieure. Dans ces cas, on réduit la membrane herniée avec la curette, et il faut souvent, dès lors, pour extraire la lentille, maintenir le dos de l'instrument dans la chambre antérieure pour arriver à extraire la lentille. Cette manœuvre prédispose à la suppuration de la plaie et à l'ophtalmie interne. L'iritis d'abord et plus tard des exsudations dans la pupille et une cataracte secondaire sont les conséquences les plus ordinaires de cet accident. Mais si l'iris est contusionné ou la hernie irréductible, on l'emporte d'un coup de ciseaux, comme dans la pupille artificielle, et l'on prévient ainsi toute éventualité fâcheuse.

4° *Enlèvement incomplet de la cataracte.* — Lorsque la cataracte est d'une densité partout égale, si l'on ne parvient pas à l'extraire en totalité, il peut arriver que, non-seulement il en résulte plus tard tous les inconvénients d'une cataracte capsulaire adhérente, ou si l'on veut, d'une *atrésie* de la pupille, mais encore que cet état soit la conséquence d'une inflammation très violente des membranes internes que l'on aura d'abord à combattre. Si l'on a été forcé d'abandonner l'extraction complète de la lentille, on

devra se tenir sur ses gardes, et tout aussitôt employer un traitement antiphlogistique convenable, en même temps que de fréquentes instillations d'atropine, pour tenir la pupille aussi largement dilatée que possible. On parviendra souvent ainsi à limiter le mal et à conserver à la pupille une ouverture suffisante.

Applications de l'extraction linéaire. — L'extraction linéaire peut être pratiquée dans tous les cas de cataracte liquide; mais la difficulté consiste à diagnostiquer avec précision les cataractes de ce genre. Avec une grande habitude, et cette condition que le malade ne soit pas arrivé à plus de trente ans, on peut surmonter cette difficulté; mais pour y arriver, il faut avoir vu un nombre énorme de cataractes, et surtout en avoir extrait assez par la méthode ordinaire pour apprécier avec certitude les caractères anatomiques sur lesquels on se fonde pour le choix du procédé, basé sur la consistance du cristallin.

Lorsque la cataracte, chez les jeunes sujets, paraît volumineuse, qu'elle est d'une teinte blanc bleuâtre à peu près uniforme, que l'on n'y découvre pas de rayons réguliers partant du centre pour se rendre à la circonférence; que, après avoir éclairé le cristallin au moyen d'une lentille en dirigeant obliquement une lumière artificielle puissante dans le fond de l'œil, on n'y a rien découvert qui puisse indiquer la présence d'un noyau opaque et conséquemment plus dense que le reste de la lentille, on peut appliquer ce procédé. Mais, que d'habitude il faut avoir pour recourir à ce moyen! et si la substance de la lentille est un peu plus dense qu'on ne l'a jugé d'abord, que de précautions il faudra employer pour comprimer l'œil ouvert à sa partie inférieure, et extraire, sans produire aucune contusion, aucune rupture, le corps opaque placé dans le champ pupillaire!

Dans la cataracte traumatique, surtout celle des jeunes gens, qui, dans les premiers jours, présente un gonflement considérable accompagné d'une inflammation très vive, le cristallin est transformé en masse en une substance floconneuse demi-liquide que l'on peut extraire avec une extrême facilité par la kératectomie linéaire. C'est le moyen le plus parfait, assurément, que je connaisse pour remédier aux accidents consécutifs de ces blessures. Douleurs, inflammation, fièvre, insomnie, danger de perdre l'œil, tout disparaît comme par enchantement dès que l'on a pratiqué une ponction sur la cornée et évacué le cristallin.

Dans la discision de la capsule maladroite ou malheureuse, maladroite quand on a ouvert la capsule trop largement, malheureuse quand l'ouverture est agrandie par un gonflement trop rapide du cristallin, l'extraction linéaire est encore, comme dans le cas précédent, le plus parfait moyen de faire tomber à l'instant même tous les dangers. On ne doit pas craindre de l'appliquer énergiquement, même et surtout au plus fort des accidents, parce que l'on est bien certain que, dans ces conditions, la lentille gonflée agit sur les membranes de l'œil à la manière d'un corps étranger. A la suite des broiements, si le cristallin gonfle et occasionne des accidents inflammatoires, ce procédé est applicable encore comme dans les deux conditions précédentes.

L'extraction linéaire a de nombreux avantages sur l'extraction ordinaire dans la cataracte liquide, à cause de l'étroitesse de la plaie et de la facilité avec laquelle elle se réunit. Elle est préférable à la discision dans les cas de cataracte très molle, lorsque la capsule présente à sa surface des dépôts calcaires, parce qu'il est prouvé que dans ces dernières conditions le cristallin, laissé dans l'œil, provoque des désordres inflammatoires considérables.

IV. — Extraction scléroticale.

Les accidents si graves et si nombreux qui résultent de l'extraction de la cataracte à travers la cornée ont donné l'idée à bon nombre de chirurgiens d'enlever la lentille par la sclérotique. Proposée par B. Bell, et, en 1801, exécutée sur le vivant par Earle, cette opération a été abandonnée comme dangereuse, après avoir trouvé des partisans, parmi lesquels on doit compter Lobenstein-Lobel, Ritterich, Giorgi d'Imola, Pirondi, et surtout Quadri, de Naples. Tous ces chirurgiens opéraient en pratiquant sur la fibreuse et sur les membranes sous-jacentes, en arrière du corps ciliaire, une large ouverture parallèle à la circonférence de la cornée; puis ils introduisaient les instruments derrière l'iris, et manœuvraient dans la chambre postérieure.

Des accidents graves sont la conséquence de ce procédé:

- 1° Souvent l'œil se vide instantanément;
- 2° Une hémorragie considérable, suite de la division des rameaux de l'artère ciliaire longue, produit une cataracte grumeuse ou sanguine;
- 3° L'iris, en se resserrant, masque les instruments, et l'opérateur charge le cristallin sans le voir;