

tirer une portion au dehors et l'exciser. Si la plaie de la cornée est trop étroite, on l'élargit vers son extrémité externe soit avec des ciseaux dont on introduit la pointe mousse entre la cornée et l'iris, soit avec un couteau à pointe mousse. On facilite aussi la sortie du cristallin en faisant l'iridectomie comme dans le cas de resserrement pupillaire. Si au lieu du cristallin c'est l'humeur vitrée qui se présente à la plaie, il faut éviter le moindre tiraillement de l'œil, introduire rapidement un petit crochet derrière le cristallin, accrocher celui-ci et le tirer au dehors. L'écoulement de l'humeur vitrée à la suite du cristallin n'est dangereux qu'autant qu'il est considérable; une petite quantité du corps vitré peut s'échapper sans compromettre le succès de l'opération, mais il en résulte toujours, par suite de l'interposition de ce corps entre les lèvres de la plaie, un retard dans la cicatrisation, une dépression de l'iris et une irrégularité de la pupille. Aussitôt que cet accident se manifeste, il faut se hâter de fermer l'œil, de rassurer le malade en l'engageant à relâcher les muscles oculaires. Un pansement compressif est alors nécessaire. La procidence de l'iris entre les lèvres de la plaie peut être le résultat de l'écoulement de l'humeur vitrée; mais elle peut aussi se produire isolément. On remplace l'iris avec la curette; si on n'y parvient pas, ou si la procidence se renouvelle constamment, on excise la portion herniée.

Plusieurs des accidents que nous venons d'énumérer sont évidemment dus à l'étendue qu'on est obligé de donner à la plaie; c'est à cette même cause que nous pouvons attribuer la suppuration du lambeau et surtout son sphacèle.

Pour obvier à ces accidents, on a inventé des procédés opératoires qui peuvent être réunis sous le nom d'*extraction linéaire* et qui permettent d'extraire le cristallin par une ouverture plus petite.

Extraction linéaire. — 1° *Extraction linéaire simple.* L'observation ayant appris que les plaies linéaires de la cornée guérissent avec une grande facilité, on a pensé que pour des cataractes peu volumineuses ou très-molles on pourrait se borner à faire une incision linéaire à la cornée pour extraire le cristallin. De là le procédé suivant: avec un kératotome on fait une incision linéaire verticale à la partie externe de la cornée, dans la région qui correspond au bord pupillaire externe de l'iris, lorsque la pupille est modérément dilatée. Cette incision a 5 ou 6 millimètres d'étendue. On ouvre ensuite la capsule du cristallin avec un kystotome. Si le cristallin est complètement ramolli, il s'en échappe immédiatement une portion à travers la plaie; on favorise la sortie du reste en pressant légèrement avec une curette la lèvre externe de la plaie

pour la faire entrebâiller, et en comprimant un peu avec le doigt la partie opposée du globe de l'œil. Nous avons modifié ce procédé en réunissant les deux premiers temps; nous nous servons d'un couteau de Beer un peu allongé, que nous plongeons d'un coup à travers la cornée jusque dans le cristallin. Nous évitons par là la difficulté d'ouvrir largement la capsule, alors que par l'écoulement de l'humeur aqueuse la pupille s'est considérablement rétrécie. La cicatrisation de la plaie se fait très-vite et la guérison est souvent complète au bout de quelques jours.

Les résultats ne sont cependant aussi brillants qu'à la condition que le cristallin soit ramolli dans toute son étendue, comme nous l'avons vu dans plusieurs cataractes diabétiques. S'il existe un noyau plus consistant, il restera dans l'œil et pourra occasionner des accidents graves. C'est ce qui a déterminé M. de Graefe, le véritable auteur, ou plutôt le vulgarisateur de l'extraction linéaire, à y apporter une modification importante.

2° *Extraction linéaire avec iridectomie.* Procédés de MM. de Graefe et Schuft. Avec un couteau lancéolaire on fait au bord de la cornée une incision qui comprend le quart ou le tiers de la circonférence de cette membrane. On saisit alors avec une pince à iridectomie la partie de l'iris qui correspond à la plaie, on tire cette portion en dehors et on l'excise. Puis on introduit un kystitome, on incise largement la capsule cristalline; après quoi, avec une spatule de Daviel un peu large on passe derrière le cristallin, qu'on presse d'arrière en avant contre la cornée, et qu'on entraîne en retirant l'instrument.

M. Schuft (qui aujourd'hui a pris le nom de docteur Waldau) a fait confectionner de petites cuillers de dimensions différentes, qui remplacent avantageusement la spatule de Daviel, et M. Critchett, qui pratique l'incision et l'iridectomie à la partie supérieure de la cornée et de l'iris, a adopté un instrument de forme un peu différente.

Ces procédés conviennent surtout à des cataractes dont la matière corticale est molle et qui ont un petit noyau consistant. Ils ont l'avantage de n'exiger qu'une ouverture peu considérable de la cornée et d'être applicables chez des individus débiles, décrépits, chez lesquels on redoute la mortification d'un lambeau comprenant la demi-circonférence de la cornée.

Cependant, après avoir joui d'une certaine faveur, ils sont aujourd'hui à peu près abandonnés. On n'a pas tardé à voir que la sortie du cristallin, quelquefois plus volumineux qu'on ne pensait, à travers une ouverture étroite, donnait lieu à des tiraillements, qui, joints à la pression exercée sur la face interne de la cornée et

à l'irritation produite par l'introduction souvent répétée de l'instrument dans la chambre antérieure, occasionnaient des inflammations graves de la cornée, de l'iris et même du globe entier.

3^e *Extraction linéaire modifiée.* M. de Græfe a fait subir à l'extraction linéaire quelques modifications qui paraissent d'une grande importance si l'on en juge d'après les résultats obtenus, et qui consistent à faire une incision aussi linéaire que possible dans le bord sclérotical supérieur, à la limite de la chambre antérieure; à exciser la partie supérieure de l'iris, et à extraire le cristallin.

Il procède de la manière suivante: après avoir écarté les paupières au moyen d'un ophthalmostat à ressort, il saisit avec une pince la conjonctive bulbaire près du bord inférieur de la cornée, afin de fixer le globe oculaire et de le tirer vers en bas. Prenant alors un bistouri à lame étroite (*fig. 435*), il l'enfonce dans le bord

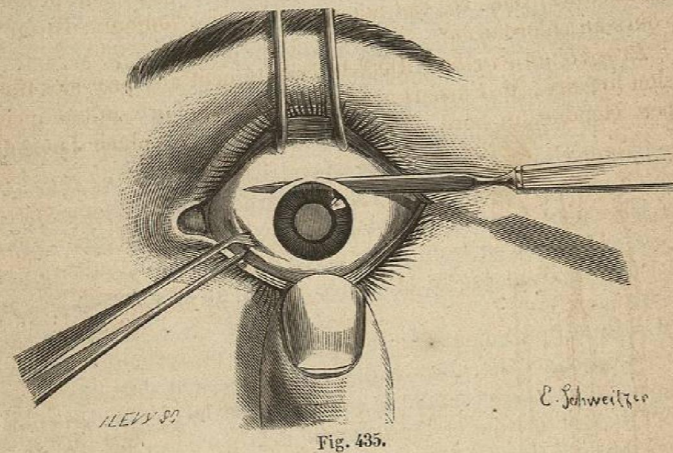


Fig. 435.

sclérotical en haut et en dehors, la pointe dirigée d'abord en bas pour l'amener dans la partie visible de la cornée et ne point l'égarer; il relève ensuite la pointe de l'instrument et la dirige sous le bord sclérotical interne et supérieur, où il fait une ponction de dedans en dehors. En poussant l'instrument, dont le tranchant est alors dirigé en avant, il incise le bord sclérotical soit d'un seul coup, soit par quelques mouvements de va-et-vient.

Le second temps de l'opération consiste à exciser l'iris avec soin d'un angle de la plaie à l'autre, afin qu'il ne puisse s'y engager.

Dans le troisième temps, on incise la capsule cristalline avec un kystitome coudé; enfin dans le quatrième temps on favorise la sortie du cristallin en pressant de bas en haut sur la cornée avec une

spatule en caoutchouc. Ce n'est que dans les cas exceptionnels que M. de Græfe se sert d'une curette ou d'un crochet pour saisir le cristallin et l'extraire.

Ce mode opératoire qui semble, surtout en Allemagne, être de plus en plus préféré au procédé à lambeau, présente, d'après les statistiques de M. de Græfe et de ses nombreux élèves, des avantages considérables. Il réduit beaucoup le nombre des yeux qui se perdent par la suppuration du lambeau cornéen et par le phlegmon oculaire; il n'oblige pas l'opéré à une immobilité aussi absolue que les autres procédés, et il abrège de beaucoup le traitement consécutif.

On observe fréquemment un écoulement plus ou moins considérable du corps vitré, et fréquemment aussi le développement d'une cataracte secondaire, qui nécessite une opération supplémentaire. L'opération est plus difficile que celle à lambeau, surtout sur des sujets inquiets et agités, et chez ceux dont les yeux sont profondément situés. Dans ces cas nous conseillerons toujours d'avoir recours au chloroforme.

Procédé de Furnari. Déjà antérieurement aux procédés d'incision linéaire, M. Furnari avait proposé de ne faire qu'une incision peu étendue au bord de la cornée avec un couteau lancéolaire

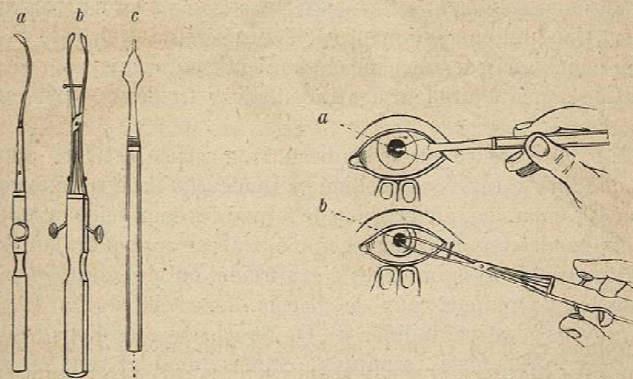


Fig. 436.

Fig. 437.

c (*fig. 436*), *a* (*fig. 437*), d'ouvrir en même temps la capsule avec la pointe de cet instrument, et de saisir ensuite le cristallin avec un kystotriteur *b* (*fig. 437*), pince en forme de forceps *a* et *b* (*fig. 436*), propre à écraser en partie la cataracte, si elle est trop volumineuse pour passer à travers l'ouverture de la cornée. Ce procédé est d'une exécution difficile; la pupille se contracte fortement après la sortie de l'humeur aqueuse, et le kystotriteur ne peut saisir le cristallin à travers la pupille rétrécie qu'en froissant inévitablement l'iris, ce qui présente un danger réel.