

ment, nous conseillons de faire l'iridectomie; cette opération peut sauver l'œil. Quelquefois elle donnera lieu à la réascension du cristallin, mais alors le plus souvent les accidents cesseront.

*Amaurose.* Indépendamment de l'amaurose, qui dépend de l'inflammation de la choroïde et de la rétine, la fonction de cette dernière membrane peut être abolie par la compression exercée sur elle par le cristallin abaissé. Si en ouvrant les paupières on constatait cette cécité, sans douleur et sans inflammation, il faudrait provoquer la réascension du cristallin par un vomitif, et en cas d'insuccès, par l'iridectomie. Ces deux moyens sont cependant loin d'être infaillibles. On aura recours aussi aux médications qui favorisent l'absorption du cristallin. Dans des cas rares, la vue ne s'est rétablie qu'au bout de plusieurs mois, d'une année même; il est probable que la résorption progressive du cristallin a permis à la rétine de reprendre ses fonctions.

Il ne faudra pas confondre avec l'amaurose l'imperfection de la vue qui existe chez certains opérés dans les premiers temps. Ces malades ne *savent pas voir*, il leur faut une gymnastique oculaire. L'exercice de la vue ne tarde pas à rendre la fonction normale.

*Réascension du cristallin.* La cataracte abaissée reprend sa place primitive bien plus rarement qu'on ne le croit en général, si toutefois l'opérateur a pris les mesures nécessaires pour l'éviter. La réascension du cristallin se fait le plus souvent pendant l'opération avant qu'on ait retiré l'aiguille de l'œil, ou immédiatement après. Elle dépend presque toujours d'adhérences du cristallin et de sa capsule avec les parties environnantes, adhérences qui n'ont pas été rompues par l'abaissement, et qui existent à la partie inférieure. On doit toujours tenir la cataracte abaissée pendant quelques instants, afin de donner au corps vitré le temps de revenir sur lui-même au devant du cristallin. Si l'on s'aperçoit que le bord inférieur de la cataracte est situé immédiatement derrière l'iris, on passe avec le tranchant de l'aiguille entre cette membrane et la cataracte jusque dans le corps vitré. Si malgré ces précautions on trouve au bout de quelques jours le cristallin remonté, on pourra l'abandonner à l'absorption, si on la juge possible et s'il ne se manifeste pas d'accidents inflammatoires; dans le cas contraire, il faudra l'extraire ou même l'abaisser de nouveau.

**Broiement ou discision.** Cette méthode consiste à couper le cristallin en fragments et à l'abandonner à l'absorption: on peut y rattacher le procédé par lequel la capsule est simplement incisée pour arriver au même but.

L'opération se fait au moyen d'une aiguille à cataracte introduite par la sclérotique (*scléroticonyxis*) ou par la cornée (*kératonyxis*).

Le broiement, employé très-exceptionnellement autrefois, se répandit rapidement après que Scarpa en eut le premier fait une méthode opératoire et que Buchhorn et Langenbeck eurent mis la *kératonyxis* en vigueur.

L'engouement pour cette opération ne tarda cependant pas à se dissiper, et cette méthode est redevenue presque exceptionnelle, sauf chez les enfants.

*Procédé par kératonyxis.* La pupille étant largement dilatée par l'atropine et la paupière relevée par l'aide, comme pour l'abaissement, l'opérateur, placé en face du malade, enfonce une aiguille à cataracte, droite ou courbe, à travers la cornée dans la chambre antérieure. On choisit pour cette ponction la partie de la cornée qui correspond au bord pupillaire de l'iris, lorsque la pupille est à l'état normal. Quelques chirurgiens ont percé le centre de la cornée, s'exposant ainsi sans nécessité à déterminer en face de la pupille une légère cicatrice. Après avoir pénétré rapidement dans la chambre antérieure, on fait successivement des incisions en différents sens dans la substance du cristallin, de manière à le diviser en fragments. On cherche à en faire entrer plusieurs portions dans la chambre antérieure, afin de hâter leur imbibition et leur absorption. Pendant toutes ces manœuvres il est essentiel de ne pas imprimer de mouvements de recul à l'aiguille; l'humeur aqueuse pourrait s'échapper, la cataracte s'appliquerait alors à la cornée et sa discision deviendrait difficile. Pour éviter l'écoulement de l'humeur aqueuse, on se sert d'une aiguille dont la tige augmente de grosseur en s'éloignant de la pointe, afin qu'elle ferme constamment l'ouverture faite à la cornée.

Si l'on rencontre un noyau très-résistant, on peut l'abaisser.

*Procédé par scléroticonyxis.* L'aiguille, introduite comme pour l'abaissement, est poussée derrière l'iris jusque dans la pupille; le broiement s'exécute ensuite de la même manière que dans la *kératonyxis*.

*Procédé de M. de Græfe. Broiement avec iridectomie.* Dans le but d'éviter l'irritation de l'iris par les fragments du cristallin, M. de Græfe a conseillé de faire une iridectomie à la partie supérieure (afin de diminuer la difformité), et de n'opérer le broiement par *kératonyxis* que trois semaines après, ou même plus tard encore. Ce procédé a malheureusement l'inconvénient d'exiger une double opération à plusieurs semaines de distance l'une de l'autre, ce que les malades redoutent. Mais il nous paraît présenter sur les autres

procédés de broiement l'avantage de moins exposer à l'iritis consécutive.

*Accidents observés pendant et après les opérations de broiement.* Pendant l'opération il importe surtout d'éviter la blessure de l'iris, qui n'est pas rare.

L'accident le plus redoutable à la suite du broiement est l'inflammation de l'iris et de la choroïde. Elle est due, soit à la blessure de l'iris, soit à ce que le cristallin, gonflé par l'imbibition de l'humeur aqueuse, comprime les parties voisines et produit un véritable étranglement interne. Pour empêcher ce boursoufflement du cristallin, certains opérateurs, à l'exemple de Conradi, ont laissé la cataracte en place, et se sont bornés à lacérer la capsule afin de n'exposer que la surface antérieure de la lentille à l'action dissolvante de l'humeur aqueuse.

Lorsque l'inflammation interne se développe, on la combat par le traitement antiphlogistique, et l'on fait des ponctions répétées à la cornée, afin de faire cesser l'étranglement par la sortie de l'humeur aqueuse et des parties ramollies de la cataracte.

L'absorption du cristallin broyé se fait plus ou moins vite, suivant la consistance de la cataracte, l'âge du malade, sa constitution plus ou moins vigoureuse. Les fragments disparaissent rarement avant six à huit semaines; quelquefois cette absorption exige des mois et même des années, et dans certains cas elle ne se fait point. C'est là un des inconvénients du broiement; on y remédie en répétant l'opération une ou plusieurs fois, et en divisant de plus en plus la cataracte. Si néanmoins on ne réussissait point, il faudrait extraire les fragments.

*Discision de la capsule seule.* Particulièrement applicable sur les enfants et sur les sujets atteints de cataracte molle, la discision simple de la capsule est une opération facile et généralement heureuse dans ses résultats. Elle peut être faite par scléroticonyxis et par kérationyxis: le dernier mode est le meilleur.

L'œil, le sujet et l'aide étant disposés comme pour le broiement, le chirurgien fait pénétrer l'aiguille dans la chambre antérieure par le côté externe et inférieur de la cornée (*fig. 440*). Il abaisse alors le manche de l'instrument, et il en conduit la pointe à la partie supérieure du champ pupillaire, puis il incise verticalement la capsule dans une étendue en rapport avec la consistance de la cataracte, et d'autant moins que celle-ci est plus molle. L'aiguille est alors retirée directement.

Lorsque l'incision de la capsule a été faite convenablement, le noyau reste habituellement en place et peut être résorbé sans opération nouvelle; s'il persiste, on répète la discision une ou plusieurs

fois, à quelques semaines d'intervalle. Lorsque la capsule a été trop largement incisée, ou lorsque la cataracte est très-grosse et très-molle, le noyau passe immédiatement dans la chambre antérieure: cette circonstance n'a pas toujours d'inconvénients, surtout chez

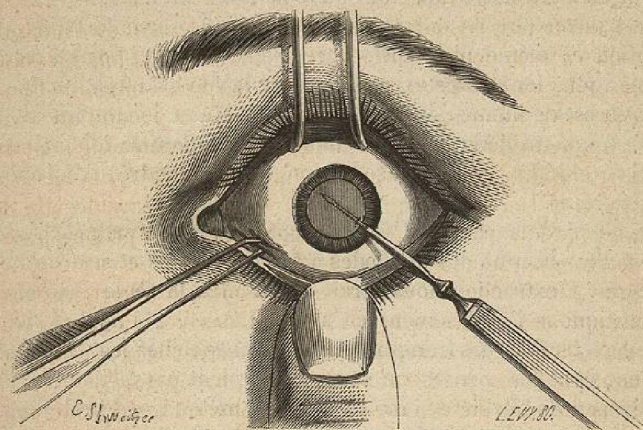


Fig. 440.

les enfants, chez qui l'absorption se fait avec une très-grande rapidité.

Le pansement consiste à instiller une goutte de solution de sulfate d'atropine dans l'œil recouvert d'une simple compresse flottante.

*Appréciation et indications des méthodes opératoires.* La valeur relative des différentes méthodes d'opérer la cataracte est difficile à établir. Les statistiques n'ont d'autorité qu'autant qu'elles comprennent un grand nombre de faits analogues. Il faudrait y faire entrer ici des catégories nombreuses, suivant la nature de la cataracte, l'âge, la constitution du malade, les soins consécutifs à l'opération, toutes conditions qui font varier les résultats de cette dernière.

L'observation des faits et les statistiques les plus récentes nous semblent cependant démontrer que l'extraction, qui est la méthode la plus rationnelle, est aussi celle qui fournit le plus de succès; elle n'expose point à des rechutes et elle rend la vue plus nette.

Chacune des méthodes a ses dangers et ses inconvénients. L'extraction expose à des accidents formidables et immédiats: l'écoulement de l'humeur vitrée, la suppuration et le sphacèle de la cornée, le phlegmon de l'œil. Mais les premiers jours une fois passés sans accident, le succès est presque assuré; la cataracte secondaire