

tomie supérieure, la paupière correspondante recouvre le lambeau dans une assez grande étendue pour affronter exactement les lèvres de la plaie cornéale. De là deux avantages : le premier, de favoriser la réunion ; le second, de prévenir une hernie consécutive de l'iris. 3° Le bord libre de la paupière supérieure, descendant au-dessous de la base du lambeau, n'a pas la moindre tendance à s'insinuer entre les lèvres de la plaie cornéale, comme cela arrive pour le bord libre de la paupière inférieure dans la kératectomie oblique inférieure. 4° Dans la kératectomie supérieure, les lèvres de la solution de continuité ne sont pas continuellement baignées par les mucosités secrétées par la conjonctive, comme il arrive dans la kératectomie inférieure, puisque ces mucosités s'accumulent vers le cul-de-sac conjonctival inférieur. Or ces mucosités sont une cause d'irritation et contribuent à développer une phlegmasie grave, pour peu que l'iris s'engage entre les lèvres de la plaie cornéale. 5° La cicatrice qui succède à la kératectomie supérieure est cachée par la paupière supérieure, c'est-à-dire qu'elle ne siège pas sur une portion de cornée habituellement à découvert ; elle ne saurait donc apporter aucun trouble dans l'exercice de la vision. 6° Après l'extraction, il se peut que la pupille s'oblitére à la suite d'une large hernie de l'iris. A la suite de la kératectomie supérieure, la pupille artificielle pourra être exécutée en bas, c'est-à-dire dans des conditions plus avantageuses qu'après la kératectomie inférieure, où, dans les conditions précédentes, la pupille devrait être pratiquée en haut.

Choix d'une méthode suivant les cas. Si nous admettons que, en principe, l'extraction par kératectomie supérieure est la méthode à mettre de préférence en usage, nous pensons, d'un autre côté, qu'il ne faut pas l'appliquer indistinctement à tous les cas, et qu'il est des circonstances spéciales, inhérentes à la cataracte, qui motivent l'emploi d'une des autres méthodes que nous avons décrites.

Les manœuvres de l'extraction seraient difficiles chez les sujets qui ont les yeux fortement enfoncés dans l'orbite, ou dont la fente interpalpébrale est étroite. C'est le cas de lui substituer l'abaissement. La kératectomie linéaire sera appliquée de préférence chez les jeunes sujets dont la cataracte est très-molle ou liquide. Les cataractes traumatiques avec ramollissement de la lentille peuvent être traitées aussi par cette méthode. Lorsque, après une opération de *discision* de la capsule ou de *broiement*, le travail de résorption marche avec une grande lenteur ou est arrêté, on enlèvera les fragments cristalliniens opaques par la kératectomie linéaire que l'on combinera avec l'excision d'une portion d'iris.

La méthode de la *discision de la capsule* donne de bons résultats dans les cataractes des enfants, qui en raison de leur indocilité ne peuvent être opérés par extraction. Elle doit être appliquée, suivant France, aux cataractes des *diabétiques*, qu'il faut opérer le plus tard possible. L'abaissement est contre-indiqué, dans ces cas, par l'état de mollesse du cristallin ; l'extraction, par le peu de tendance à la cicatrisation des plaies de la cornée.

L'abaissement sera préféré à l'extraction, chez les vieillards faibles, cacochymes, à cause du peu de tendance à la réunion qu'offre, dans ces

conditions, un lambeau taillé à la cornée. La même méthode sera mise à exécution dans les cataractes compliquées de *ramollissement du corps vitré* ; l'extraction exposant, dans ce cas, à l'issue de l'humeur vitrée. Un état de mollesse de l'œil, indiquant cette fluidité, ou un défaut d'élasticité des éléments membraneux de l'organe, fera aussi pencher pour l'abaissement, la lentille étant difficilement expulsée dans ces conditions. La même méthode convient aussi de préférence dans les cataractes *branlantes et natales*, à moins que le cristallin ne soit tombé dans la chambre antérieure.

Les préceptes relatifs au traitement de la *cataracte stratifiée* (p. 402) ont été formulés de la manière suivante par de Græfe :

1° Lorsque la cataracte est stationnaire ; si le sujet peut lire, sans dilatation artificielle de la pupille, des caractères fins d'imprimerie, on s'abstient de toute opération ; 2° si le malade ne peut lire qu'après dilatation de la pupille, on agrandit celle-ci par une opération d'*iridectomie* ; 3° si l'opacité est assez étendue pour que le sujet ne puisse lire qu'avec difficulté des caractères de dimension moyenne, et qu'il ne puisse lire avec suite des caractères fins après dilatation de la pupille par l'atropine, il convient d'opérer par *discision de la capsule* à travers la cornée. L'abaissement est contre-indiqué, parce que la substance corticale demeurée transparente ne se détache qu'avec difficulté de la capsule. Si, après la *discision*, il se développe des phénomènes inflammatoires graves causés par le gonflement du cristallin, on a recours à l'extraction linéaire.

Certaines cataractes *congénitales* centrales stationnaires peuvent être traitées par l'échancrure de la pupille (voy. p. 456).

Les cataractes *capsulo-lenticulaires* motivent quelques indications spéciales : ou elles sont libres d'adhérences avec le contour de la pupille, ou elles adhèrent en partie ou en totalité à cette ouverture.

1° En cas de *cataracte capsulo-lenticulaire non adhérente*, si la capsule a peu d'épaisseur et peu de consistance, on multiplie les incisions avec le kystitome. Si, après la sortie de la lentille, la cristalloïde opaque persiste derrière la pupille sous la forme d'une opacité grisâtre, on cherche à la saisir et à l'extraire avec des pinces appropriées. La cristalloïde est-elle plus épaisse, plus dure, on extrait l'appareil cristalloïdien en masse, avec des pinces ou avec le crochet. Cette pratique est applicable aux cataractes *arides siliquieuses*.

2° *Cataractes capsulo-lenticulaires adhérentes à toute la circonférence de la pupille*. Dans ce cas, il est nécessaire de faire une *iridectomie* avant d'extraire le cristallin. Les deux manœuvres sont exécutées dans la même séance, ou à un certain intervalle.

A. Opération simultanée de la pupille artificielle et de la cataracte. Le malade est couché, les paupières convenablement écartées. Avec le couteau lancéolaire, on pratique une incision à la circonférence de la cornée. On saisit l'iris avec les pinces à iridectomie et on excise une large portion du diaphragme. On ouvre ensuite la capsule avec le kystitome et on extrait la cataracte. Si celle-ci reste fixée dans l'œil par suite d'un épaissement de la capsule, on saisit la cristalloïde avec les pinces et on la déchire avec

le kystitome; on fragmente le cristallin et on amène les fragments au dehors avec la curette. Si, malgré les manœuvres précédentes, le cristallin reste adhérent, on essaye de le faire sortir avec le crochet.

Procédé de Wenzel fils. Avec un couteau à cataracte on traverse la cornée et l'iris, de manière à tailler aux dépens des deux membranes un lambeau semblable à celui de la kératectomie inférieure, mais plus petit. L'iris est saisi avec les pinces et excisé. Le cristallin sort généralement tout d'une pièce; s'il ne venait pas, on l'extrairait avec un crochet ou une curette.

B. Opération de la cataracte et de la pupille artificielle à un certain intervalle. On commence par pratiquer l'*iridectomie*. Plus tard, et lorsque tout danger d'inflammation est passé, on extrait le cristallin par *kératectomie linéaire*.

Cataractes capsulo-lenticulaires incomplètement adhérentes. S'il n'existe qu'une seule adhérence, après avoir taillé le lambeau de la cornée, on détruit l'adhérence en introduisant une aiguille tranchante entre la portion adhérente de la pupille et la capsule; ensuite on procède aux autres manœuvres de l'extraction. S'il existe plusieurs adhérences, on les attaque de la même manière les unes après les autres.

DE LA CATARACTE CONGÉNITALE.

La dénomination de *cataracte congénitale* doit être réservée à la cataracte qui s'est formée pendant la vie intra-utérine. On a souvent compris dans ce groupe des cataractes qui s'étaient développées dans la première enfance.

Causes. C'est une affection relativement assez rare. Adams, Carron, Dupuytren, Lusardi, Pellier, Saunders, Weller, signalent la transmission de la maladie des parents aux enfants. On a aussi remarqué que parfois plusieurs enfants, frères ou sœurs, sont simultanément atteints. On en a expliqué la formation, soit par un *arrêt de développement* de l'appareil cristallinien (Walther), soit par un *travail pathologique*, inflammation du cristallin et de sa capsule (Beer), relâchement de l'appareil cristallinien à la suite de convulsions intra-utérines, de coups portés sur le fœtus, de chutes de la mère pendant la grossesse (Schmidt). La première hypothèse est plus rationnelle, parce que la cataracte congénitale coïncide souvent avec d'autres anomalies de l'œil: l'*iridérémie*, le *coloboma* de l'iris, la *décoloration* de ce diaphragme, la *dyscorie*, le *microphthalmos*. D'autres nouveau-nés sont atteints en même temps de pied bot, de bec-de-lièvre, etc.

Variétés. La cataracte est parfois *centrale*, c'est-à-dire qu'elle occupe les couches en rapport avec l'axe antéro-postérieur de l'appareil cristallinien, la portion circonscrite conservant sa transparence. Tantôt l'opacité est bornée à une petite portion de la capsule antérieure, tantôt elle atteint toute l'épaisseur du cristallin (*cataracte capsulo-lenticulaire centrale*). Wenzel a observé, chez une petite fille aveugle-née, une cataracte *pyramidale*. Himly, Seiler, d'Ammon, pensent que l'opacité centrale peut n'occuper que la lentille seule, la capsule demeurant transparente dans

toute son étendue. Chez d'autres sujets, la cataracte occupe toute l'étendue de l'appareil cristallinien.

Le cristallin peut être liquide, et alors l'opacité est blanchâtre ou d'un blanc de lait: cataracte *lactée*. Le plus souvent, la cataracte est *molle* ou *demi-molle*, présente une teinte uniforme, d'un blanc bleuâtre, comparable à celle de l'amidon cuit; parfois elle est *dure*. Dans d'autres cas, la lentille se résorbe peu à peu, à mesure que l'enfant avance en âge, et la cataracte se réduit à l'opacité *capsulaire*. Il arrive aussi, dans quelques circonstances, que la résorption fait disparaître le cristallin entier et son enveloppe; de cette façon, la cataracte guérit spontanément.

La cataracte *lenticulaire congénitale* est communément moins volumineuse que celle des adultes; ce qui le démontre, c'est la grande mobilité de la pupille, la largeur du cercle noir qui entoure l'opacité et qui résulte de l'ombre portée sur la tache par l'iris. Parfois il existe des adhérences de la cataracte avec le limbe de la pupille, circonstance invoquée par les partisans de la nature inflammatoire du mal.

Symptômes. Lorsqu'il existe une cataracte *centrale*, les sujets distinguent les objets à un demi-jour. Dans le cas de cataracte *totale*, ils conservent la faculté de distinguer la lumière des ténèbres, et même les couleurs éclatantes; quand ce phénomène manque, il y a lieu de soupçonner une altération grave de la rétine.

Parmi les cataractés de naissance, on trouve beaucoup d'enfants *scrofuleux* ou *rachitiques*; souvent il existe une organisation vicieuse du cerveau. Beaucoup sont *strabiques*; tous sont promptement affectés de *nystagmus*, ce que l'on explique par l'habitude qu'ils prennent d'imprimer aux globes des mouvements en divers sens pour chercher à y faire pénétrer la lumière.

Traitement Les procédés opératoires qu'il convient d'appliquer sont subordonnés à l'espèce de la cataracte; mais auparavant, il convient de résoudre une question d'une grande importance:

A quel âge convient-il d'opérer les enfants atteints de cataracte congénitale? Tous les praticiens s'accordent à admettre que l'opération doit être faite le plus tôt possible. Scarpa, Ware, Hey, Sichel, Chélius, Furnari, Rognetta, Weller, Lawrence, Gibson, Middlemore, Saunders, P. Guersant, etc., sont unanimes sous ce rapport. Guersant opère au bout de huit jours après la naissance; Lawrence après six semaines à deux mois; Gibson et Middlemore au bout de six mois; Saunders à dix-huit mois ou deux à trois ans. Rau conseille d'agir avant l'époque de la dentition, qui amène souvent des phénomènes de congestion vers la tête. J. Anstiaux préfère l'âge de six à dix mois, et White Cooper deux à trois mois après la naissance.

Moyens de contention de l'enfant. L'enfant nouveau-né est emmaillotté; on le couche sur une planche étroite aussi longue que le corps; une bande solide, de longueur et de largeur suffisantes, est conduite autour du corps, depuis le haut de la poitrine jusqu'aux pieds, en comprenant dans les circulaires à la fois le corps et la planche; elle est assujettie à son extrémité. Un petit coussin dur est placé sous la tête du petit opéré, qui est