

zonulaire étroite, la conduite à tenir sera la même. Elle comporte l'exécution de l'iridectomie seule.

L'iridectomie extrasphinctérienne (Pope) et l'iridotomie précornéenne ont été aussi préconisées ici. Leur exécution et leurs suites incertaines nous font préférer une étroite iridectomie, dont l'étendue en longueur et en largeur sera limitée par la largeur et le siège plus ou moins périphérique de l'incision cornéenne. Cette étendue sera naturellement appropriée aux dimensions variables de la cataracte zonulaire.

Une dilatation pupillaire préalable (cocaïne, atropine) donnera de précieuses indications sur l'étendue de la cataracte zonulaire et sur la vision par la partie encore transparente. Mais l'atropinisation répétée ne saurait constituer un traitement de la cataracte zonulaire. On s'en tiendra à la double iridectomie optique symétrique inféro-interne, lorsque l'acuité visuelle sera suffisante après cette intervention : cela dépend aussi de la profession et du degré d'intelligence des sujets : une vision moyenne satisfera un malade, tandis que tel autre sera beaucoup plus exigeant. On pourra donc, dans certains cas, pratiquer, sur le désir formel du malade, la maturation artificielle par discissions répétées prudentes précédées d'une iridectomie si elle n'a pas été faite, l'extraction ultérieure du cristallin qu'on pourra opérer par *incision inférieure*, s'il y a déjà l'iridectomie optique qui, ici, aura joué le rôle d'une iridectomie *préparatoire*.

La discission seule a été autrefois appliquée à ces variétés de cataracte. Même si la cataracte zonulaire est molle, la discission ne donne qu'un résultat lent et médiocre, en abandonnant à une résorption hasardeuse et souvent compliquée d'iritis ou de glaucome, d'énormes quantités de masses corticales qui en tous cas arriveront à constituer un épais gâteau de cataracte secondaire, même largement adhérent à l'iris.

Si la cataracte zonulaire est presque *complète*, l'extraction directe du cristallin, avec iridectomie préparatoire ou non, suivant les cas, sera pratiquée, mais il y a lieu de s'attendre en général à une cataracte secondaire.

Doit-on exécuter sur un seul œil l'extraction du cristallin et sur l'autre seulement l'iridectomie optique ? Cette conduite semble logique, ces yeux étant myopes en général : un œil servirait alors à la vision de près, l'autre à la vision de loin. Nous avons remarqué cependant plusieurs fois que le sujet ainsi opéré utilisait presque exclusivement l'œil iridectomisé : il en est là comme pour l'extraction monolatérale du cristallin dans la myopie élevée. Bien souvent le sujet continue à se servir de son œil myope non opéré et est plutôt gêné par l'œil qui a subi l'extraction. On commencera donc par l'iridectomie optique sur les deux yeux atteints de cataracte zonulaire. Si le résultat est insuffisant, on passera à l'extraction sur un œil d'abord, sur le second œil ensuite, si le malade éprouve encore une gêne assez grande. La même conduite est à tenir pour les cataractes partielles des sujets plus âgés.

*Cataractes pointillées.* — Les cataractes pointillées se prêtent mal à une amélioration visuelle par une iridectomie. Tant que l'acuité visuelle sera passable chez l'enfant, on temporisera. Si au contraire la vision est très mauvaise, l'*iridectomie préparatoire* et la *discission maturatrice* pourront être pratiquées avant l'extraction, sauf dans les cas où les points sont tellement serrés que l'on se proposera, après iridectomie préparatoire, l'extraction du cristallin sans discission. *Chez l'adulte*, nous avons plusieurs fois opéré des cataractes pointillées par extraction d'emblée avec iridectomie : ces cristallins, d'une assez grande consistance vu l'âge du sujet, sortent parfaitement, mais les masses transparentes donnent ordinairement une légère membranule qui nécessite une opération secondaire.

*Cataracte molle totale.* — L'extraction en sera pratiquée d'emblée avec ou sans iridectomie.

Quelquefois elle comportera l'aspiration des masses glutineuses qui sortent mal.

*Cataracte liquide laiteuse.* — La même opération, avec plaie linéaire encore plus petite, nous paraît préférable à la simple dissection par kératonyxis.

*Cataracte membraneuse.* — La cataracte membraneuse spontanée ne diffère pas beaucoup de la cataracte secondaire de l'adulte : mais elle est souvent beaucoup plus épaisse et beaucoup plus résistante.

Elle sera traitée par l'extraction partielle ou totale à la pince, avec ou sans iridectomie (adhérences), exceptionnellement, si elle est adhérente, par l'irido-capsulotomie. La capsulotomie simple au kystitome ou à la pince-ciseaux, préférable en général à la section avec une ou deux aiguilles ou avec un couteau de formes diverses, sera pratiquée dans les cas rares où la cataracte membraneuse infantile serait sans adhérences et extrêmement mince, au moins dans certains de ses points.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — 1° *Extraction.* — Tout d'abord l'anesthésie chloroformique s'imposera chez les petits enfants. Ce n'est que vers 7 à 8 ans, sauf de rares exceptions, que l'opération pourra être faite à la cocaïne et nous l'y avons plusieurs fois réussie chez des enfants raisonnables ; mais, même après cet âge, tout sujet turbulent ou inintelligent, pouvant pleurer et se défendre au moment ou au cours de l'opération, devra être endormi. Rappelons ici ce que nous disions, en parlant de l'indication de chaque méthode d'anesthésie en chirurgie oculaire. Ce qu'il faut, c'est que l'opération puisse être bien faite.

Une fois le petit sujet anesthésié, le blépharostat sera mis en place. S'il est léger et à enlèvement instantané, il rendra beaucoup plus de services, sera plus sûr et gênera beaucoup moins que les doigts de l'aide, même exercé.

Faut-il employer la pique ou le couteau à cataracte ? On sait les grands avantages de la pique dont les plaies se coaptent avec une rapidité dont la simple paracentèse cornéenne offre l'exemple. D'autre part, la plaie en biseau faite par la pique a le grand inconvénient de *généraliser* l'évacuation de tout noyau un peu volumineux et même de contrarier la sortie totale des masses corticales.

Le seul cas où la pique devra être conservée est celui de la cataracte blanche absolument laiteuse et liquide. Avec une pique sans arrêt, de façon à pouvoir, s'il y a lieu, agrandir la plaie en sortant, on ponctionnera la cornée en haut : on évitera les piques trop étroites et les sections *trop centrales* qui gênent beaucoup l'issue de la cataracte et favorisent les accolements iriens.

Une petite plaie au couteau de Græfe ou au couteau courbe se cicatrise du reste à peu près aussi bien : nous l'avons vu plusieurs fois parfaitement cicatrisée, le troisième jour, sans aucun enclavement irien. Nous croyons donc que dans beaucoup de cas de cataracte congénitale, le couteau à cataracte pourra être employé à condition de faire un lambeau du quart de la cornée. Si l'évacuation des masses corticales est très complètement faite, si l'iris a été parfaitement déplissé et remis en position avec la spatule, il n'y a pas beaucoup plus de risques d'enclavement irien que si la plaie était faite à la pique, et il y a d'autant moins de risques de cataracte secondaire que la plaie au couteau offre des *facilités notablement plus grandes* pour l'évacuation des masses. Si la cataracte est liquide ou très molle, l'opération avec une *bonne* pique donne des résultats équivalents, mais sans supériorité incontestable.

Nous en reviendrons donc ainsi avec avantage à la formule chirurgicale de Pellier : l'opération de la cataracte congénitale chez les enfants se fera très généralement avec les *mêmes instruments* et dans les *mêmes conditions* que

l'opération de la cataracte acquise chez l'adulte ou le vieillard; seulement le cristallin ayant le plus souvent une consistance molle ou presque liquide et l'enclavement étant dangereux, le *lambeau du quart* du limbe (fig. 116) sera ordinairement suffisant. Ce lambeau du quart se mesurera aussi facilement que le lambeau de la cataracte banale. On pourra même, en mettant la pince à fixation au-dessus du diamètre horizontal de la cornée, en face du tiers de la circonférence, le mesurer et avoir un lambeau qui soit dans



Fig. 11.

Lambeau du quart pour l'extraction des cataractes congénitales.

la pratique sensiblement égal au quart. Comme dans toute opération de cataracte, au cas où, par impossible, la plaie se trouverait trop étroite, le cristallin ayant une consistance plus forte que celle présumée, rien n'est plus simple que d'agrandir la plaie d'un seul coup de ciseaux courbes, par exemple du côté opposé à la pince à fixation. Il vaudrait bien mieux agir ainsi, que vouloir faire absolument passer par une plaie souvent trop étroite (comme l'est quelquefois, vu sa forme en biseau, celle faite avec la pique, si la cataracte n'est pas absolument molle) un cristallin trop volumineux. Il se produit alors une irruption de corps vitré dans la chambre antérieure: ce corps vitré gêne l'ablation du cristallin ou de la plus grande partie des masses corticales. Dans un cas de ce genre opéré par un confrère, le cristallin lui-même était resté très largement enclavé dans la plaie, avec cicatrice cystoïde et absence totale de vision: une plaie plus large aurait évidemment permis l'expulsion totale du cristallin. Nous nous bornâmes à pratiquer une large iridectomie inférieure qui permit une vision assez satisfaisante avec des verres à cataracte, sans toucher au cristallin et à l'iris trop solidement enclavés pour qu'une intervention à leur niveau ne fût des plus dangereuses pour l'avenir de l'œil.

Pas plus que chez l'adulte, la plaie ne sera faite à la

partie externe de la cornée (fig. 117). C'est *en haut* qu'il faudra placer la plaie cornéenne. Un enclavement ou une iridectomie, si elle est jugée indispensable, sont infiniment moins mal placés sous la paupière supérieure qu'à la partie externe de la cornée, sur la partie la plus visible de tout le globe de l'œil.

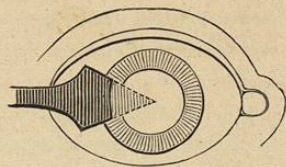


Fig. 117. — Incision linéaire externe de la cornée.

Dans le cas où on voudra délibérément et d'emblée faire l'*iridectomie*, on emploiera toujours le *couteau à cataracte*.

Mieux vaut une bonne et correcte iridectomie de petites dimensions et en parties cachée sous la paupière supérieure qu'un enclavement avec tous ses dangers consécutifs. Tout iris flasque et rentrant mal après l'extraction, sera impitoyablement réséqué.

Il faut préférer la pique au couteau à cataracte, lorsqu'il s'agit d'une cataracte en poche membraneuse, régressive, *desséchée*, siliqueuse.

Dans ces cas là, avec ou sans une iridectomie commandée par les adhérences iriennes, s'il y en a, le procédé de choix est l'extraction avec la pince, pratiquée suivant un procédé identique à celui de l'extraction de la cataracte secondaire. Comme le corps vitré est alors fatalement ouvert, une très étroite plaie en biseau à la pique s'oppose mieux à l'issue du corps vitré et permet une parfaite ablation du sac cristallinien. Il en serait de même pour la dissection au kystitome d'une très fine membranule secondaire. Nous rentrons alors tout à fait dans l'opération de la cataracte secondaire banale.

Le siège de l'incision sera généralement le limbe lui-même, comme pour la cataracte de l'adulte. Les lambeaux intracornéens prédisposent à l'accolement.

La kystitomie ne sera jamais faite, pas plus que chez

l'adulte, avec la pointe du couteau (kystitomie anticipée, procédé de Pellier) et surtout avec la pointe de la pique. Les incisions capsulaires pratiquées de la sorte sont insuffisantes, exposent à d'épaisses cataractes secondaires : enfin il n'est pas impossible de subluser le cristallin et d'amener le corps vitré dans la chambre antérieure. Comme chez l'adulte, sur un œil où chez un sujet bien anesthésié, et avec des instruments aseptiques, la kystitomie sera faite en général avec le kystitome, largement et tranquillement. La pratique d'exécuter tout à la fois n'a, ni chez l'enfant ni chez l'adulte, un avantage quelconque : elle amène l'imprévu là où tout doit se passer simplement et sûrement. Lorsque la cataracte s'accompagne d'opacités sous-capsulaires (plaques sous-capsulaires, cataractes pyramidales, etc.), il y aura quelquefois intérêt après *iridectomie* à enlever le fragment capsulaire à la pince kystectome. Mais nous avons obtenu aussi de bons résultats avec la simple kystitomie large. Si une tentative de ce genre ébranlait légèrement le cristallin, on lâcherait la partie saisie par la pince pour se borner à la kystitomie.

Chez l'adulte, toute cataracte congénitale complétée réclame un lambeau au moins du tiers de la cornée (avec ou sans *iridectomie*) vu la consistance plus grande du cristallin.

Chez les jeunes sujets, on sera cependant plus réservé dans l'emploi de l'*iridectomie*, sauf si l'enclavement est extrêmement probable avant ou après l'extraction du cristallin.

On la fera le moins possible : il n'y a plus ici les raisons qui conduisent à la faire plus souvent chez le vieillard.

Chez les sujets jeunes, en particulier chez des femmes, il nous est plusieurs fois arrivé d'opérer des cataractes congénitales monolatérales *sans iridectomie* dans un but esthétique réclamé par les malades : après guérison, on ne

se doute pas qu'il y a eu une cataracte, ce qui au point de vue social peut avoir une assez grande importance.

2° *Discission*. — S'il s'agit d'une cataracte partielle à compléter, il y a ordinairement intérêt à faire quelques semaines à l'avance une *iridectomie* préparatoire en haut (*discission* combinée de Græfe, à moins qu'il n'ait été déjà fait une *iridectomie* inféro-interne optique), pour éviter les dangers de l'hypertonie ou de l'iritis oclusive. La dilatation cocaïnique suffit et est bien préférable à l'atropinisation. L'aiguille à *discission* ou le kystitome sont introduits un peu en dedans du limbe et égratignent, sur une étendue pas trop grande, la cristalloïde antérieure. Il vaut mieux ne pas faire une trop large *discission* d'emblée, mais on ne se bornera jamais à une simple piqûre dont le résultat est tout à fait minuscule. L'écueil de l'opération serait de pénétrer profondément dans le cristallin et de le subluser.

Nous préférons, dans ces cas, faire une très petite incision à la lance au niveau de l'*iridectomie* préparatoire, laisser s'écouler l'humeur aqueuse, et labourer ensuite d'un seul coup la cristalloïde antérieure avec le kystitome ordinaire, qui agit si légèrement, si commodément et où tous les mouvements sont libres, ce qui n'est pas le cas avec l'aiguille ordinaire encastrée dans la cornée et s'agitant par suite péniblement, lourdement, à une profondeur difficile à apprécier vu la présence de l'humeur aqueuse, et avec une force de pression que son implantation dans la cornée empêche de graduer convenablement. On a au contraire les coudées franches avec le kystitome.

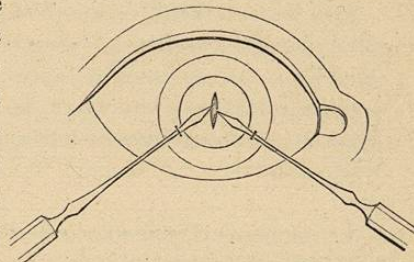


FIG. 118. — Discission avec deux aiguilles.

La discission à deux aiguilles (fig. 118) aurait des dangers de luxation encore plus grands que celle à une seule aiguille.

L'aiguille à discission a pu, en se retirant, enclaver un fragment capsulaire dans la cornée.

Ce n'est qu'en face d'une cataracte liquide chez un très petit enfant que l'on pourrait penser à la discission à une aiguille, sans ouvrir la chambre antérieure, et encore préférons-nous dans ce cas la discission au kystitome avec plaie minime à la pique.

3° *Aspiration*. — L'aspiration prudente avec une seringue à canule aplatie bien vérifiée ou l'aspirateur de Redard, sera combinée à l'extraction à plaie étroite, si certaines masses ne s'évacuent pas facilement à la pression ou à la curette (jamais le doigt dans l'œil) ou si certains cristallins luxés décommandent les pressions et ne paraissent pas susceptibles d'être extraits sans danger à la curette mince ou avec une pince-curette.

On sera enfin fort réservé, *même en présence de perception et de projection lumineuses satisfaisantes*, lorsqu'il existe du *nystagmus*, un *strabisme*, des *anomalies congénitales diverses*, la microphthalmie, etc.

Sauf les cataractes molles complètes où le résultat est généralement excellent, les cataractes *partielles* offrent dans les suites opératoires, après extraction d'emblée ou après maturation, l'imprévu et les accidents inhérents aux cataractes traumatiques et à la suppression des cristallins transparents.

Le moment et l'*opportunité* de l'intervention varient avec les formes de cataracte, l'état général des sujets. Mais, si la cataracte est *double* et *totale*, on n'hésitera pas à intervenir quelques mois après la naissance, afin de permettre à l'enfant de voir et de supprimer toute amblyopie par défaut d'usage des yeux. Si la cataracte est monola-

térale, on temporisera ou on opérera dans un but esthétique.

Des observations intéressantes dues, entre autres, à Cheselden, Strafford, Dupuytren, von Hippel, Dransart, ont été faites sur les *aveugles-nés*, opérés tardivement et ont été utilisées pour résoudre les théories empiristes ou nativistes de la perception extérieure. Ce n'est qu'après une série d'études et de leçons de choses que le sujet arrive à se rendre compte des couleurs, de la nature des objets, de la distance à laquelle ils sont situés, alors qu'après l'extraction, il n'a que la sensation d'une lumière plus vive et est incapable de distinguer et de nommer les objets du monde extérieur. L'œil doit donc subir une éducation spéciale; Dupuytren liait les mains et bouchait les oreilles de ses opérés pour les empêcher de continuer à utiliser presque exclusivement le tact et l'ouïe.

Il en est autrement si le malade a vu pendant quelque temps après sa naissance.

9° *Anomalies congénitales*. — L'*ectopie* congénitale comporte éventuellement un traitement analogue à celui déjà mentionné dans l'étude des *subluxations* du cristallin.

Pour le *lenticone*, si la lésion est bilatérale et empêche toute vision nette, même avec iridectomie optique, nous croyons qu'on pourra être amené, d'abord d'un seul côté, à opacifier le cristallin transparent et à extraire plus tard la cataracte traumatique consécutive, en suivant la règle de conduite, fort justifiée ici, qui a été mise en pratique dans la myopie extrême.

On pensera aussi à agir ainsi dans certains cas de *colobomes*.

Fuchs pense que la cataracte est inopérable dans les cas de colobome irien, car un décollement rétinien coexisterait avec elle. Il y aura en tous cas lieu, ici comme ailleurs, de vérifier exactement la projection lumineuse.

10° *Cataractes traumatiques.* — Les cataractes traumatiques, le plus souvent monolatérales, nécessiteront des opérations plus fréquentes que les cataractes monolatérales en général, à cause des accidents inflammatoires ou glaucomeux qu'elles entraînent assez souvent. C'est plutôt dans le but d'y remédier qu'on opérera, la vision restituée restant, si l'autre œil est sain, de peu de secours au malade et de qualité fort inférieure, et les lésions cornéennes et iridiennes résultant ordinairement du traumatisme lui-même empêchant le succès opératoire d'être complet comme résultat visuel.

La conduite à tenir varie beaucoup avec le moment où on est appelé après le traumatisme.

Lorsque l'œil vient d'être blessé et qu'il est déjà visible que le cristallin a été lésé et se trouble peu à peu, il n'y a d'autres précautions à prendre que de désinfecter l'œil, prévenir l'infection de la plaie, retirer, s'il y a lieu, un corps étranger bien visible et accessible. Les antiphlogistiques et antiseptiques sont ensuite continués ; s'il y a un enclavement irien, les myotiques seront utilisés. On sera réservé dans l'emploi de l'atropine, si le cristallin est gonflé et l'hypertonie imminente.

Une intervention *précoce* ne sera pratiquée, sauf en cas de corps étranger visible, que si, au bout de quelques jours, l'hypertonie est extrême par suite du gonflement des masses corticales et quelquefois d'une luxation cristallinienne.

Une évacuation partielle des masses, par incision étroite quasi-linéaire avec *pression* ou *aspiration*, quelquefois une *large iridectomie sans toucher au cristallin*, exceptionnellement une sclérotomie ou des paracentèses, donnent, suivant les cas si divers, des résultats utiles comme opérations d'urgence : les douleurs se calment, l'inflammation tombe peu à peu. Dans certains traumatismes, vu leur étendue et leur siège, ces opérations, suivies ou non de la

perte du corps vitré quelquefois existant déjà dans la chambre antérieure, n'entraînent que lentement la rémission. L'iridectomie, lorsque la chambre antérieure est nulle, sera faite par une minuscule incision linéaire, agrandie de chaque côté aux ciseaux. Quelquefois l'irido-sclérotomie est une utile ressource pour rétablir la chambre antérieure.

En tous cas, dans la grande majorité des cas, on se gardera d'exécuter trop tôt l'évacuation de la cataracte traumatique, cataracte encore incomplète, se dégageant mal, cette opération ajoutant trop tôt un nouveau et large traumatisme à l'état d'un œil déjà gravement blessé.

Dans quelques cas rares, la cataracte traumatique s'arrête et se réduit à un point parfaitement limité et indéfiniment stationnaire, la vision restant satisfaisante. Quant au trouble strié très marqué apporté au cristallin par une simple contusion, nous venons d'en observer un cas typique où la transparence du cristallin, troublée à la suite d'un violent coup de poing, fut totalement récupérée en quelques jours.

Au bout de plusieurs mois, lorsque l'œil a totalement repris son calme, que l'hypertonie et l'inflammation ont disparu, on pourra, s'il y a lieu, opérer. L'opération variera suivant la consistance de la cataracte.

Il nous est arrivé plusieurs fois d'opérer chez de jeunes femmes des cataractes traumatiques monolatérales dues à des *contusions* sans plaie pénétrante. Désireux de conserver l'aspect esthétique, tout en supprimant la cataracte traumatique blanche si visible, nous avons fait l'extraction simple avec lambeau du tiers, sans iridectomie, et obtenu des résultats excellents.

Dans la plupart des autres cas, l'*iridectomie* est nécessaire. Une fois elle nous a suffi, le malade ayant récupéré la vision par la pupille artificielle située à côté de sa cataracte subluxée et adhérente, à laquelle nous ne touchâmes pas. L'iridotomie et l'irido-capsulotomie pourraient aussi être indiquées.

Quant à l'extraction après iridectomie, elle ne présente rien de spécial, malgré un imprévu assez grand, vu les adhérences possibles et la rupture fréquente de la zonule par le traumatisme. L'incision sera proportionnée à la consistance de la cataracte. Elle ne dépassera guère un lambeau du tiers, la cataracte traumatique étant souvent réduite.

Enfin, si la cataracte est réduite au sac capsulaire et à des débris non résorbés, la plaie sera faite à la lance et l'extraction tentée avec la pince à cataracte secondaire.

Dans tous les cas, le pronostic est fort variable, et les résultats optiques souvent médiocres. Comme notre maître Trélat le disait, on fait « ce qu'on peut, et non ce qu'on veut » avec une cataracte traumatique et en opérant trop tôt, on peut faire beaucoup de mal.

C'est en opérant la cataracte elle-même le plus tard possible, après avoir équilibré la situation par des *opérations préparatoires*, qu'on obtiendra les résultats les moins mauvais, après avoir laissé faire au temps tout ce qu'il pouvait faire.

On sera très réservé, même en présence de perceptions lumineuses assez bonnes, dès que la projection n'est pas parfaite, vu l'existence probable d'un décollement rétinien qui, si limité qu'il soit, empêchera un bon résultat. Si l'autre œil est bon, on sera obligé assez souvent de résister aux instances du malade, pour éviter d'attirer des dangers nouveaux pour un résultat visuel nul, sur l'œil anciennement traumatisé.

*Cataracte traumatique avec corps étranger.* — Assez souvent le corps étranger *traverse le cristallin*, y cause une cataracte traumatique et va au fond de l'œil, donnant des irido-choroidites graves et des décollements rétiniens. Un reste de perception lumineuse ne doit pas, dans de tels cas, empêcher l'énucléation, si l'ophtalmie sympathique est menaçante et l'extraction du corps étranger impossible.

Le corps étranger est d'autres fois resté *dans le cristallin*. Il est quelquefois superficiel, enkysté, et pourra ne jamais déterminer l'opacification, au delà de la zone d'implantation. On se gardera d'intervenir ici. Si au contraire le corps étranger détermine une vaste cataracte, tantôt il restera *visible* en tout ou en partie, tantôt il deviendra *invisible*, tantôt il sera *d'emblée* invisible, perdu dans les masses opaques. Ici l'éclairage par transparence pourrait rendre service avec atropinisation.

Dans les cas où le corps étranger occupe les couches superficielles du cristallin, on pourrait aller le chercher avec une pince à caillots ou une pince à iris, après iridectomie, instruments préférables en général à la curette qui pourrait luxer le cristallin, mais qui serait employée en cas d'insuccès. Si le corps est magnétique, les instruments précédents pourraient être aimantés ou remplacés par l'électro-aimant si maniable de Hirschberg, avec introduction dans la chambre antérieure (employer une lame très mince).

Dans la plupart des autres cas, il sera seulement indiqué, comme le conseille Terson père, de procéder à une large incision de la cornée avec iridectomie, de façon à pouvoir enlever d'un seul coup le cristallin et le corps étranger. L'incision cornéenne et l'excision de l'iris seront placées dans la région la plus rapprochée du corps étranger.

Si le corps étranger n'est pas extrait par ces manœuvres, ou tombe dans le fond de l'œil, on devra, immédiatement ou plus tard penser, sauf le cas d'infection grave, à l'ablation par l'électro-aimant.

*Cataractes traumatiques opératoires.* — Dans un certain nombre de cas, on s'est proposé d'opacifier des cristallins soit transparents soit déjà en partie opaques, afin de provoquer ou de hâter par un traumatisme l'opacification complète. Tantôt il s'agit d'une maturation artificielle de cataracte existante (congénitale ou acquise), tantôt d'une cataracte

traumatique volontaire, comme cela a été fait dans la myopie élevée.

La *suppression du cristallin transparent* a été proposée ou exécutée dans le kératocone, l'ectopie du cristallin et certaines anomalies (lenticone), les luxations, certains cas de glaucome rebelle et d'irido-cyclites avec adhérences totales ou dépôts pigmentés abondants malgré plusieurs iridectomies, enfin dans la myopie forte.

C'est dans cette dernière affection que cette opération a été le plus souvent exécutée. Depuis que Desmonceaux la proposa au XVIII<sup>e</sup> siècle et fit opérer ses malades par Wenzel père qui ne parle pas des résultats, l'opération a été assez souvent conseillée et exécutée (Weber, Ruiz et Kœnig, Fukala et Vacher entre autres), malgré une opposition extrême assez justifiée, il faut bien le dire, par beaucoup de raisons. Actuellement, comme en fait foi le travail de Pflüger<sup>1</sup>, un grand nombre de ces opérations ont été pratiquées, sur lesquelles certains bons résultats ont été publiés, mais il faut se garder de l'engouement et ne point prendre cette intervention pour une opération sans gravité ou pouvant toujours rendre des services considérables et durables.

L'extraction d'un cristallin transparent se pratique après dissections répétées, de façon à transformer le cristallin en cataracte traumatique. Or une cataracte traumatique n'est pas une bonne cataracte à opérer et un œil fortement myope n'est pas un œil qui supporte toujours bien des traumatismes répétés et l'extraction d'une cataracte traumatique.

Le procédé le plus sûr consiste encore à pratiquer une iridectomie préparatoire, puis des dissections répétées à l'aiguille ou au kystitome après ponction à l'aiguille à paracentèse : on extrait par extraction linéaire ou avec un

1. PFLÜGER. Rapport à la Soc. fr. d'ophtalm., 1899.

très petit lambeau (sauf chez les sujets âgés) la cataracte traumatique, à une période variable, assez tard, excepté dans les cas où une hypertonie excessive résultant de dissections démesurées et du gonflement considérable du cristallin imbibé réclame une extraction *précoce*, partielle ou totale. Il y a en plus généralement à faire l'extraction d'une cataracte secondaire. En somme, on se trouve en présence d'une cataracte traumatique avec ses ennuis et ses dangers, sur un mauvais œil.

Malgré certains cas de décollements rétiniens survenus après l'opération, il n'est pas absolument prouvé qu'elle prédispose beaucoup au décollement, mais elle supprime l'accommodation, et si, comme cela a été recommandé, on n'opère qu'un *seul œil*, il arrive que le sujet néglige la vision, même bonne, de l'œil opéré, pour se servir presque toujours de l'œil myope. Dans certains cas, il est tellement gêné par l'opération monolatérale qu'il en devient absolument hypochondriaque. De plus, il n'est pas exact que l'opération arrête régulièrement la marche des lésions chorio-rétiniennes de la myopie progressive. Dans certains cas même, les lésions profondes n'existaient pas avant l'opération et elles se sont produites depuis (Panas), même chez des sujets jeunes. L'opération bilatérale, tout en supprimant l'accommodation, ne supprime pas la *convergence*, dont les effets sont néfastes pour accentuer les complications de la myopie progressive.

Ce n'est donc que, dans de très rares cas, et en se gardant d'opérer des myopies moindres de 15 dioptries, qu'il nous semble justifié de penser à cette opération dans la myopie, si le malade exige une intervention.

On commencera par l'opération monolatérale, mais elle donnera quelquefois peu de soulagement et beaucoup d'ennuis. C'est dire que les indications opératoires ne nous semblent pas avoir acquis un caractère absolument général : elles restent *individuelles*, variables avec les chirurgiens,



les sujets et les yeux, même de réfraction identique, et cette intervention nous paraît rester une intervention d'exception.

Elle serait de plus tout à fait inutile, s'il est manifeste que la multiplicité et le siège des lésions chorio-rétiniennes sont les causes d'un extrême affaiblissement de l'acuité visuelle.

Jocqs a proposé d'opacifier le cristallin avec une injection intra-capsulaire d'humeur aqueuse aspirée avec la seringue hypodermique. Des cataractes artificielles sur les animaux et les cadavres avaient été pratiquées au milieu de ce siècle par Le Roy d'Étiolles, et d'autres opérateurs par injection de liquides divers dans la capsule.

Chez les sujets après 40 ans, Vacher procède à l'extraction du cristallin, sans opacification préalable.

L'âge ne provoque guère d'indications spéciales. On n'opérera chez les enfants avant 10 ans que si l'on se trouve en présence de ces cas rares de myopie congénitale extrême entre 15 et 20 dioptries; chez les vieillards, l'indication opératoire sera également exceptionnelle, la période active de la vie étant passée et d'autre part les lésions de la myopie progressive ayant généralement alors évolué trop complètement pour que l'opération puisse être utile à l'opéré.

On sera moins réservé en général chez les adultes atteints de ces scléroses centrales du cristallin à marche fort lente, qui gênent considérablement la vision, souvent dans les deux yeux à la fois.

11° *Cataractes compliquées d'un état général particulier.* — Le diabète, même sans iritis, présente, à notre avis, de réels dangers d'iritis post-opératoire, bien que la panophtalmie ne semble pas plus fréquente aujourd'hui (asepsie des instruments) que dans les cas simples: elle était autrefois au contraire habituelle (Desmarres). Les synéchies nous ont semblé plus fréquentes. Aussi avons-

nous pris pour habitude de faire l'iridectomie, et assez large, dans ces cas. Le traumatisme irien a été bien supporté, et une vaste pupille est restée ouverte. Nous croyons de plus, comme Valude, que l'iridectomie obvie ici aussi à un retard possible de la cicatrisation de la plaie.

L'extraction avec iridectomie nous a plusieurs fois complètement réussi, et récemment encore, sur des sujets largement et *simultanément* diabétiques et albuminuriques. La préparation du malade par l'antipyrine (G. Sée, Panas), ne sera de mise que s'il y a *glycosurie seule*, car elle est dangereuse chez les albuminuriques; chez les malades dont l'urine contenait du sucre et de l'albumine, nous avons eu des succès complets, sans aucune préparation et sans aucun régime spécial.

Les *cardiaques*, les asthmatiques prédisposés à l'enclavement et aux hémorragies (yeux congestionnés, impossibilité de rester couché, agitation, etc.) nous semblent en général justiciables de l'iridectomie, plus souvent préparatoire. De même les *prostatiques*, si incommodés et si dérangés par leurs habitudes de miction nocturne. Dans le doute on *ne s'abstiendra pas* et on fera l'iridectomie, généralement préparatoire.

Dans le *goitre exophtalmique*, et dans certaines exophtalmies, les conditions locales défectueuses s'unissent à un état souvent détestable (agitation fébrile, excitabilité, irascibilité, etc.). Il y a des cas où malgré les canthorrhaphies, les paupières n'arrivent que difficilement au contact. De tels cas ont cependant été opérés, et quelquefois avec succès (Logetnikoff, Terson père, Parent).

D'autres fois, la perte profuse du corps vitré, des infections post-opératoires ont compromis le résultat. L'iridectomie préparatoire nous semble ici toujours de mise. D'ailleurs ces yeux ne sont pas toujours exempts de taires et de leucomes qui contribuent encore à la rendre utile.

Le lambeau, approprié à la consistance de la cataracte,