

développement physique et intellectuel de l'enfant; d'ailleurs la cataracte subit à la longue des transformations (cataractes siliquieuses) qui rendent l'opération plus grave et plus laborieuse. Il faudra donc opérer de bonne heure, avant six mois s'il est possible, au plus tard vers deux ans.

Trois méthodes s'offrent au chirurgien : 1° la discision; 2° l'extraction; 3° l'iridectomie.

1° La discision consiste à faire, à l'aide d'une aiguille conduite à travers la cornée, une petite plaie à la cristalloïde. L'humeur aqueuse pénètre alors dans le cristallin : il en résulte un gonflement de sa substance qui tombe dans la chambre antérieure, où elle est peu à peu résorbée. L'incision de la capsule doit toujours être faite dans une très petite étendue, de peur de voir un gonflement trop considérable du cristallin se produire, entraînant à sa suite une iridocyclite et des phénomènes glaucomateux. Il vaudra mieux, s'il est nécessaire, revenir à une nouvelle discision plutôt que de la faire trop large. La compression méthodique de l'œil et l'instillation d'atropine devront être employées à la suite de l'opération.

2° La discision est la méthode de choix pour la cataracte congénitale; mais, dans les cas où l'on aura lieu de croire à une cataracte dure, comme celles qui ont été observées par de Graefe et Panas, ou bien si l'on opère chez des enfants d'un certain âge, dont le cristallin a subi des transformations régressives, c'est à l'extraction qu'il faudra avoir recours. On pratiquera alors, suivant le conseil de M. Panas, l'extraction linéaire, sans iridectomie.

3° Enfin, dans les cas de cataractes centrales, polaires, ou pyramidales, ou disséminées, dans les cas de cataracte zonulaire bien limitée et stationnaire, il est inutile de s'adresser à l'opacité cristallinienne elle-même. La périphérie du cristallin transparente suffit à livrer passage aux rayons lumineux, pourvu qu'on la mette à découvert par l'iridectomie. Plus tard, d'ailleurs, si cette cataracte venait à se compléter, la brèche irienne créée par l'iridectomie serait une voie tout ouverte pour l'extraction.

C. — CATARACTES TRAUMATIQUES.

Étiologie. — La cataracte traumatique résulte habituellement de violences qui ont intéressé directement la capsule cristallinienne.

Ces plaies sont produites par des instruments piquants et tranchants, comme des aiguilles, des épines, des ciseaux, des canifs, ou bien par des instruments contondants, tels que des grains de plomb, des débris de capsule. L'humeur aqueuse vient alors se mettre en contact avec la substance cristallinienne, et provoque son gonflement et son opacité. Quelquefois les fibres du cristallin s'engagent dans l'ouverture étroite faite à la capsule et l'obturent; la lésion peut alors rester limitée, et la guérison se faire par production d'une simple cicatrice. C'est surtout chez l'adulte qu'on observe une pareille marche; mais chez les enfants, où la résorption des fibres herniées se fait rapidement, ou bien chez l'adulte, dans les cas de larges ouvertures à la capsule, l'opacité s'étend à toute la substance cristallinienne. Souvent elle reste stationnaire; mais, chez l'enfant, la résorption peut se faire, et la guérison se produire comme à la suite d'une extraction de la lentille. Quelquefois des fragments du cristallin cataracté, tombant dans la chambre antérieure, viennent se mettre en contact avec l'iris et déterminent des accidents inflammatoires sérieux.

La présence de corps étrangers complique parfois la cataracte traumatique. Ils sont souvent voilés par l'opacité cristallinienne, et deviennent apparents quand la cataracte a été résorbée. Ils peuvent même alors tomber dans la chambre antérieure.

Du reste, l'existence d'une plaie de la capsule n'est pas nécessaire, et l'on peut voir la cataracte succéder à des contusions directes de l'œil, produites par un coup de poing, une boule de neige, un bouchon de bouteille à vin de Champagne. Elle peut même être la suite de commotions de l'appareil cristallinien succédant à des chutes, à des coups sur la tête, et en particulier dans la région temporale. On a cité également des cas de cataractes traumatiques produites par la foudre.

Symptômes. — La cataracte traumatique affecte la forme molle; elle présente une coloration d'un blanc bleuâtre. Le plus souvent la capsule est largement déchirée, et l'on aperçoit les fragments de cristallin qui sont tombés dans la chambre antérieure. Ils y déterminent des phénomènes inflammatoires, cyclite, choroidite, et même des accidents glaucomateux. Ils sont dangereux, non seulement pour l'œil atteint, mais encore pour le second œil, qui peut présenter des phénomènes sympathiques.

Mais cette marche n'est pas fatale; déjà nous avons noté que la résorption spontanée était possible.

Pronostic. — Il résulte des considérations précédentes que le pronostic de la cataracte traumatique est beaucoup plus fâcheux que celui des cataractes spontanées. Elle peut par elle-même déterminer des accidents graves, irido-cyclite, glaucome, ophthalmie sympathique. Souvent elle se complique de la présence de corps étrangers, et de la lésion d'autres parties du globe oculaire : plaies de la cornée, de la sclérotique, de l'iris et du corps ciliaire. Enfin les résultats du traitement chirurgical sont beaucoup plus incertains que dans la cataracte spontanée. Toutes choses égales d'ailleurs, le pronostic est infiniment moins grave dans l'enfance, où l'on peut espérer la résorption de la cataracte.

Traitement. — Au début, il doit consister dans l'emploi des antiphlogistiques : sangsues à la tempe, sacs de glace, atropine, compression modérée. Si la plaie de la capsule n'est pas trop large, s'il ne survient pas d'accidents inflammatoires, il faut attendre, et chez les jeunes sujets on sera assez heureux pour voir se produire la résorption de l'opacité. On pourra d'ailleurs l'activer par des paracentèses répétées et par la discision de la capsule.

Mais survient-il des accidents inflammatoires, il faut pratiquer l'extraction du cristallin avec iridectomie. Cette opération donnera toutefois des résultats beaucoup moins satisfaisants que dans les cas de cataractes spontanées. Il sera en effet beaucoup plus difficile de débarrasser le champ pupillaire des débris de la lentille adhérents à la capsule.

B. — CATARACTES FAUSSES.

Sous ce nom l'on désigne les opacités constituées par des dépôts pathologiques à la surface externe de la cristalloïde antérieure. Tantôt ces dépôts, qui succèdent le plus souvent à l'iritis, sont adhérents à la périphérie de la pupille; tantôt ils sont libres : de là, la division des cataractes fausses en adhérentes et non adhérentes.

Le diagnostic entre les cataractes fausses et la cataracte vraie ou lenticulaire se fera d'après la teinte crayeuse de l'opacité, sa forme irrégulière, ses aspérités, son siège superficiel. Les deux images postérieures de Purkinje auront ici disparu, tandis que, dans la cata-

acte lenticulaire, c'est la dernière seule qui fait défaut. Les commémoratifs apprendront qu'il y a eu des phénomènes d'inflammation antérieure du côté de l'iris; cette membrane est du reste altérée, décolorée. La pupille frangée, irrégulière, ayant perdu toute sa mobilité, montrera qu'il y a des adhérences; du reste, dans ce dernier cas, la vision ne s'améliorera pas dans une demi-obscurité.

S'il n'y a pas d'adhérences et que les parties périphériques du cristallin aient conservé leur transparence, le traitement convenable sera l'iridectomie. Si, au contraire, la cataracte est adhérente, il faudra, après avoir fait l'iridectomie, en pratiquer l'extraction avec la curette, opération pleine de dangers et beaucoup plus incertaine dans ses résultats que l'extraction simple. Mais elle est nécessaire pour enlever, en même temps que le cristallin, sa capsule opacifiée.

C. — CATARACTES SECONDAIRES.

On désigne ainsi les opacités qui se montrent dans le champ pupillaire après l'opération de la cataracte. Trois causes peuvent leur donner naissance : ou bien ce sont des débris du cristallin qui sont restés en place et se sont opacifiés; ou bien c'est la capsule cristallinienne qui s'est tapissée de produits opaques; dans un troisième cas enfin, il s'agit de produits plastiques qui se sont développés dans le champ pupillaire. Cette dernière variété est beaucoup plus grave, parce qu'elle adhère toujours fortement à l'iris et suppose de graves lésions inflammatoires du côté de cette membrane et du corps ciliaire.

Les opérations qui conviennent à ces diverses variétés ne sont pas les mêmes. Lorsque l'opacité est mince et peu ou point adhérente à l'iris, on peut en pratiquer l'extraction, soit à l'aide d'un petit crochet introduit à travers une petite incision de la cornée, soit à l'aide d'une pince spéciale connue sous le nom de serretelle de Desmarres. L'opacité est-elle épaisse et fortement adhérente, il faut avoir recours à l'iridotomie.