

réorber; eh bien, il faut favoriser, aider ce travail. Le résultat doit varier selon que la capsule est largement ouverte ou non, c'est-à-dire, selon que l'humeur aqueuse pénètre facilement ou non les masses corticales opacifiées; il y a encore un autre facteur à la terminaison de la cataracte traumatique, c'est l'âge du sujet.

Chez les personnes qui ont atteint l'âge de 25 ans et au-dessus, le cristallin possède un noyau plus ou moins dur qui se laisse pénétrer difficilement. Chez les jeunes sujets, par conséquent, la résorption se fait bien plus facilement. De là, deux manières d'agir selon que la cataracte traumatique affecte un sujet jeune ou âgé.

Dans le premier cas, il faut attendre patiemment, se contenter d'assister à la résorption, quitte à déprimer le tumulte s'il apparaissait, c'est-à-dire les phénomènes inflammatoires déterminés par le gonflement du cristallin. Le traitement de la cataracte traumatique des jeunes sujets est donc médical avant tout; contre l'iritis, etc., les antiphlogistiques locaux, sangsues, atropine, etc. Chez les personnes qui ont dépassé 25 à 30 ans il faut attendre, s'il n'y a pas de phénomènes inflammatoires déclarés, et se contenter de l'usage de l'atropine et du bandeau contentif. Il est inutile d'ajouter que si on reconnaît la présence de corps étrangers, il faut les enlever. Dans ce cas, les phénomènes inflammatoires seront aussi le signal d'un traitement chirurgical de la cataracte elle-même, il faudra procéder sans retard à l'extraction. On doit y recourir surtout si le cristallin gonflé détermine une inflammation violente et des accidents glaucomateux. Il ne doit pas y avoir d'hésitation; dans ce cas, le cristallin étant devenu un corps étranger, son ablation est le meilleur des antiphlogistiques. Si l'opacité est étendue et compliquée de synéchie postérieure, on peut pratiquer une iridectomie à l'endroit de l'iris où le cristallin est resté transparent. Si la cataracte est complète, on fait la dissection ou l'extraction; la première doit être réservée aux jeunes sujets, l'autre aux personnes âgées. Il faut bien se persuader cependant que beaucoup de cataractes traumatiques guérissent sans aucune intervention de la part du médecin. Cette guérison est toujours relative, elle peut être complète, mais le plus souvent elle est partielle. La capsule reste opaque en certains points et se transforme en cataracte siliquieuse.

Le pronostic en pareil cas doit donc toujours être réservé, et c'est ce que le professeur Trélat laissait à entendre dans une remarquable leçon sur ce sujet à la Pitié: "Défiez-vous des cataractes traumatiques, disait-il, elles comportent le traumatisme avec toutes ses variétés, toutes ses conséquences, contusions et déchirures profondes, plaies de la cornée, de la sclérotique, de la cristalloïde, iritis, iridochoroidite, opacités du corps vitré, corps étrangers plus ou moins volumineux, décollements rétinien, voilà ce qu'il faut toujours prévoir et craindre." Il faut avoir en vue ces accidents lorsqu'on opère d'iridectomie ou même dans les simples paracentèses de la cornée. Rappelez-vous qu'une piqûre de la cristalloïde, soit par maladresse, soit par un mouvement du malade, ou simplement par le rapprochement rapide du cristallin vers le couteau lorsque l'humeur aqueuse s'écoule, peut produire toute la série d'accidents que je viens d'énumérer.

En terminant cette leçon, permettez-moi de vous présenter un