

## L'EXTRACTION INTRACAPSULAIRE CHEZ LES PETITS ENFANTS ET LES ENFANTS A L'AIDE DE L'ALPHA-CHYMOTRYPSINE

PAR

E. B. STREIFF, M. D.

Lausanne, Suiza

Depuis juin 1958, nous employons à la Clinique ophtalmologique de Lausanne la méthode d'extraction intracapsulaire à l'aide de l'alpha-chymotrypsine (Quimotrase) d'après J. Barraquer. Nos cas sont peu nombreux comparés à ceux d'autres cliniques. Nous nous sommes bornés à employer cette méthode seulement dans des cas précis: cataractes intumescents, cataractes juvéniles et préséniles, cataractes avec myopie forte et en particulier cataractes congénitales.

Nous avons suivi les indications de J. Barraquer: irrigation sous-irienne au moyen d'une canule-aiguille mousse coudée ou courbe (J. Weiss, Londres, ou Fl. Fischer, Freiburg) dirigée dans les différents quadrants et, enfin, à travers le colobome basal. L'extraction est faite soit à la pince, soit à la ventouse de Harrington, 2 à 3 minutes après l'irrigation. En fin d'opération, nous avons pratiqué le lavage de la chambre antérieure au moyen d'Acéchole. Nous avons augmenté le nombre habituel des sutures cornéo-sclérales (6-8).

L'intérêt de la méthode nous paraît surtout résider dans le fait de pouvoir opérer des enfants en bas âge. Car si l'on part du principe que l'extraction de la cataracte congénitale doit être précoce, afin que la vision centrale puisse se développer plus ou moins normalement, il est, nous semble-t-il, important d'éviter d'une part plusieurs narcoses et d'autre part des réactions uvéales parfois prolongée comme c'est le cas lorsqu'on fait l'extraction soit linéaire, soit par dissections multiples.

Nous avons opéré des deux yeux à distance de 2 - 3 semaines, sous narcose générale, 4 garçons âgés de 5 mois, de 1 an, de 10 ans et de 13 ans. Chez les garçons de 10 et 13 ans, nous avons eu à un oeil l'apparition du vitré dans la plaie, mais il a été facilement réduit au moyen d'eau distillée d'après l'indication de E. Moutinho.

Les autres yeux de tous ces enfants n'ont présenté aucune complication et, fait remarquable, nous n'avons constaté la moindre irritation, même le lendemain de l'extraction. La cicatrisation s'est faite de première intention, la cornée est toujours restée claire.

Chez trois enfants, nous avons observé un léger déplacement pupillaire vers le haut, ce qui est probablement dû au fait que l'enfant pleure et serre les paupières lors des changements de pansement. Nous nous sommes demandé s'il ne serait pas préféralle de faire une iridectomie totale chez les enfants en bas âge. Chez le quatrième garçon, nous avons fait une akïnésie du facial par injection de 2 cc. d'alcool à 40° et la pupille est restée ronde et centrée pendant une dizaine de jours; ensuite elle s'est déplacée vers le haut, comme chez les trois autres enfants.

Les contrôles ultérieurs de ces yeux n'ont pas montré jusqu'ici d'altérations particulières ni de la cornée, ni du vitré, ni du fond de l'oeil (recul de 6 mois à 1 an). Il nous paraît peu probable que des altérations dues à l'alpha-chymotrypsine puissent encore se manifester. Nous ne croyons pas non plus que le danger du décollement rétinien soit augmenté, bien au contraire, car cette méthode d'extraction évite précisément toute traction.

Il est de toute importance de ne pas appliquer cette méthode dans n'importe quel cas de cataracte congénitale. Si les formes zonulaires ou les formes molles totales ne posent pas de problèmes, il faut se méfier de certaines cataractes totales blanches ou des polaires postérieures, surtout si elles sont unilatérales, car nous savons qu'elles peuvent présenter une persistance de l'artère hyaloïde à la capsule postérieure. L'extraction totale dans ces cas entraînerait l'arrachement de la rétine.

Le nombre de cataracte congénitale opérée chez l'enfant n'est pas encore très élevé, surtout en dessous de l'âge de 2 et 1 an. Les cas publiés jusqu'à ce jour ne semblent pas avoir présenté de complications particulières, ce qui est confirmé par nos résultats.

Cependant, J. Barraquer qui avait dans une première grande série (14 cas) obtenu des résultats favorables, nous met en garde contre certaines complications qu'il a observées dans une deuxième série de cas (1er. Colloque Maghrébin d'Ophthalmologie, 3-6 mai 1959).

Chez les adultes jeunes entre 31 et 58 ans (12 cas) et au dessus de 60 ans (15 cas), nous avons observé une forte réaction du globe oculaire avec troubles vitréens intenses dans trois cas seulement. Il s'agissait de myopies fortes de 60, 70, 71 ans. Il est possible que le vitré liquéfié et dégénéré du myope sénile soit plus sensible à l'effet de l'alpha-chymotrypsine. Notons cependant que 2 autres cas

de myopie et que dans les cas cités le vitré s'est éclairci en quelques semaines après l'opération, sans compromettre le résultat fonctionnel final.

Il nous faudra attendre des résultats opératoires plus nombreux et un recul plus grand pour établir la valeur définitive de cette méthode. Malgré tout, nous croyons en son avenir, même et surtout chez l'enfant en bas âge.

Clinique Ophthalmologique

BIBLIOGRAPHY

BARRAQUER, J., *Kl. Mbl. f. A.* **133**, 609-615, 1958.

HRUBY K., *Kl. Mbl. f. A.* **134**, 527-531, 1959.

PAUFIQUE L., *Bull. Soc. opht. de France* **1958**, 570-572.

REMKY H., *Kl. Mbl. f. A.* **133**, 616-619, 1958.

WEEKERS R., LAVERGNE G., et STASSART-HOURLAY Cl., *Bull. Soc. Belge opht.* **1958**, 539-543.

ZORAB E. C., *Brit. J. Ophth.* **43**, 202-203, 1959.