

au moment même de l'opération, et alors la cataracte est due à la mauvaise déchirure de la capsule parce que l'opération n'est pas bien faite; ou elle peut survenir quelque temps après l'opération, et dépendre de la privation de la vie dans la capsule cristalline déchirée. La première espèce se montre immédiatement après l'opération et peut être reconnue dès les premiers jours qui la suivent; la seconde est plus tardive, et son apparition, plus ou moins rapprochée du moment de l'opération, dépend de la promptitude avec laquelle la vitalité éteinte dans le cristallin aura produit l'opacité de la capsule. Dans l'un et l'autre cas, l'hémisphère antérieur de la capsule peut être presque entier ou réduit en des flocons plus ou moins nombreux, et plus ou moins gros, ce qui constitue deux sortes de ces cataractes. Toutes ces variétés de la cataracte secondaire par opacité de l'hémisphère antérieur de la capsule peuvent se montrer après l'opération de la cataracte par abaissement et après celle par extraction. Elles sont plus communes après la première qu'après la seconde, parce qu'après celle-ci on peut mieux s'assurer, quand le cristallin est ôté, de la présence de la capsule, surtout si elle est opaque; et alors on peut extraire les restes de cette capsule, que Maître-Jan nommait les *accompagnements* de la cataracte, et dont Boyer parle en les rapportant à de fausses membranes formées par le liquide de Morgagni. Quand la cataracte secondaire est formée par la capsule mal déchirée, elle peut présenter une grande lame blanche, de couleur d'une intensité variable, qui est appliquée contre la pupille, parce qu'elle est poussée en avant par le corps vitré, ou elle peut être sous la forme de lambeaux triangulaires plus ou moins grands, disposés comme je viens de le dire. Quand elle est formée par la capsule déchirée en un grand nombre de flocons qui sont remontés après une opération, ils peuvent rester flottants dans la chambre postérieure, ou être poussés contre l'ouverture pupillaire qu'ils bouchent quelquefois: le premier cas a lieu quand ils sont en petit nombre; le second, quand ils sont très-nombreux. Il est aisé de reconnaître ces diverses dispositions par l'examen de l'œil. Le traitement varie selon les cas. Si les flocons sont petits, isolés et rares, on peut espérer qu'ils reviendront sur eux-mêmes, qu'ils s'atrophieront et qu'ils disparaîtront soit par destruction intersticielle, soit par absorption. Lorsque les flocons réunis en masse se pressent contre l'ouverture pupillaire, le chirurgien doit introduire l'aiguille à cataracte dans l'œil par la sclé-

rotique, et pousser les flocons dans la chambre antérieure; il doit même ramasser ceux qui sont isolés derrière l'iris pour les ramener dans cette même chambre. Dans cette manœuvre, le chirurgien tournera la pointe de l'aiguille en avant. Lorsque la cataracte secondaire est formée par l'hémisphère antérieur libre ou adhérent à l'iris, le chirurgien, après avoir introduit l'aiguille, comme il est dit précédemment, ira saisir avec sa pointe la capsule cristalline ou ses débris, et quand il les aura perforés, il tournera l'aiguille entre ses doigts pour enrouler autour d'elle la capsule; puis il fera passer dans la chambre antérieure tous les débris de la capsule. Il aura grand soin dans ces manœuvres de ne pas blesser l'iris; il ne doit jamais chercher à enfoncer ces débris dans le corps vitré, il n'y parviendrait pas.

L'opacité de l'hémisphère postérieur est quelquefois une cause de cataracte secondaire. Ce cas, qui peut être observé également après l'extraction et après l'abaissement, est assez rare, parce que, si la capsule est opaque dans les cas où l'extraction est faite, le chirurgien l'enlève de suite, et parce que, dans l'abaissement, elle se trouve entraînée avec le cristallin dans le corps vitré. Lorsque cette espèce de cataracte secondaire a lieu, on la reconnaît à la grandeur de la surface opaque qui est poussée vers la pupille par le corps vitré. Le traitement est le même que celui de l'opacité de l'hémisphère antérieur. Le chirurgien saisit la capsule avec l'aiguille, autour de laquelle il l'enroule, et il la pousse dans la chambre antérieure, en agissant comme j'ai dit précédemment.

Boyer parle de l'épaississement du liquide de Morgagni comme cause de la cataracte secondaire: je ne pense pas que cette cause puisse exister. Ce ne pourrait être au surplus qu'après l'abaissement, et il faudrait supposer que la capsule a été à peine déchirée, que la plaie s'est guérie; et que le liquide de Morgagni s'est reformé. D'ailleurs, si une telle cataracte secondaire existait, le traitement consisterait dans l'abaissement, comme pour la cataracte laiteuse.

#### § 2. — De l'atrophie et de la protubérance du cristallin.

L'augmentation et la diminution de volume du cristallin sont des maladies très-peu connues, la dernière surtout. A peine trouve-t-on dans les écrits sur les maladies des yeux quelques lignes sur l'atrophie



de la lentille cristalline. Sa protubérance a été traitée avec plus de détails; mais on voit toujours l'opacité jointe à l'augmentation de volume, en sorte que les faits rapportés appartiennent autant et même plus à l'histoire de la cataracte qu'à celle de la protubérance du cristallin. Ce qu'il importe de savoir à ce sujet se réduit à ceci: l'augmentation du volume de la lentille cristalline, qui accompagne la cataracte, produit la dilatation et souvent même l'immobilité de la pupille; cette ouverture prend une forme irrégulière lorsque le cristallin est bosselé et inégal. Dans le cas où l'iris n'est pas très-rétréci, il fait quelquefois une saillie plus ou moins grande en devant. Enfin, si l'on a lieu de croire que le volume de la lentille est considérablement augmenté, il sera préférable d'opérer le malade selon la méthode de l'abaissement, surtout lorsque la cornée transparente n'aura qu'un diamètre médiocre.

Quelques auteurs ont parlé de l'ossification du cristallin, et plusieurs faits incontestables établissent la possibilité de cette dégénération singulière. Mais, dans un ouvrage pratique, elle ne peut pas être le sujet d'un article particulier, parce qu'elle ne présente rien de remarquable, ni sous le rapport des symptômes, ni sous celui du traitement.

## ARTICLE XIII.

*Maladies du corps vitré.*

Le corps vitré peut, comme les autres humeurs de l'œil, troubler la vue, soit par son opacité, soit par l'augmentation ou par la diminution de son volume (1).

## § 1. — Du glaucôme.

Jusqu'à l'époque où la nature de la cataracte fut connue, on avait désigné sous le nom de glaucôme l'opacité du cristallin. Lorsque

(1) Quelques ophthalmologistes ont désigné sous le nom de *hyalite* une maladie qu'ils ont rapportée à l'inflammation du corps vitré. On voit, d'après les descriptions, qu'ils ont confondu sous ce nom soit le glaucôme, soit d'autres maladies de l'œil.

Maitre-Jan eut découvert que la cataracte avait elle-même son siège dans le cristallin, le mot glaucôme fut employé pour désigner une fausse cataracte, une cataracte de mauvaise nature, produite, suivant les uns, par trop d'humidité (1), suivant les autres, par le dessèchement du cristallin (2). Forestus appelle glaucôme une altération de couleur dans la cornée transparente (3). Aujourd'hui presque tous les chirurgiens donnent le nom de glaucôme à l'opacité de l'humeur vitrée. Wenzel a voulu ajouter aux vicissitudes lexiques qu'a éprouvées le mot glaucôme en lui donnant une acception nouvelle: le glaucôme, suivant lui, est une maladie du nerf optique et de la rétine, dans laquelle cette membrane prend une teinte azurée qui devient plus marquée à mesure que le mal fait des progrès. Nous avons parlé, en traitant de l'amaurose, d'une variété de cette maladie, dans laquelle la rétine prend une couleur blanchâtre ou cornée: c'est évidemment là ce que Wenzel a nommé glaucôme, et l'on ne doit point être étonné qu'il n'ait point observé d'autre altération sur des personnes chez lesquelles, pendant la vie, l'on avait pensé que le corps vitré était devenu opaque. Mais de ce que Wenzel n'a rencontré dans aucun cadavre cette altération du corps vitré, serait-il prudent de conclure avec lui qu'elle ne peut exister jamais? Nous ne connaissons point, à la vérité, d'observation d'anatomie pathologique qui établisse d'une manière certaine l'existence du glaucôme; mais l'analogie porte à croire que l'humeur vitrée n'est pas à l'abri d'une altération à laquelle tous les autres liquides du corps sont exposés.

Les causes qui produisent l'opacité de l'humeur vitrée ne sont point connues. Il est permis de croire qu'elle peut être le résultat de l'inflammation du globe de l'œil: on ne sait cependant rien de positif à ce sujet.

Le glaucôme commence par une tache grisâtre, verdâtre ou plombée, qui trouble la transparence de l'œil, et qui, placée plus en arrière que celle qu'on voit dans la cataracte, devient de plus en plus apparente à mesure que la vue s'affaiblit. Des douleurs plus ou moins vives dans le fond de l'orbite se font quelquefois sentir; la vue baisse

(1) Primerose, *Morb. pueror.*, t. II, p. 45.

(2) Maitre-Jan, *Maladies de l'œil*, p. 184.

(3) Forestus, lib. XI, obs. 22.