

trois de ses fils, chez lesquels le cristallin, sans perdre la place qu'il occupe dans la chambre postérieure, était dévié en divers sens : en haut et en dedans, directement en dedans, directement en haut. Cette anomalie se révélait, à l'examen à l'œil nu, par une légère déviation en arrière et un tremblement de la portion d'iris correspondant à la partie de la chambre postérieure où le cristallin n'existait plus. Ces déplacements du cristallin, suivant le diamètre vertical ou transversal de la lentille, donnent lieu à des troubles visuels dus à la réfraction inégale subie par les rayons lumineux, dont les uns passent à travers une portion de pupille en rapport avec le cristallin, les autres à travers une portion de la même ouverture qui n'est en rapport qu'avec l'humeur vitrée ; c'est-à-dire qu'il y a de la *diplopie uniloculaire*. L'examen de l'œil à l'ophthalmoscope, permet parfois alors, et par un mécanisme semblable, d'apercevoir deux images rétiniennees.

L'obscurcissement du cristallin, c'est-à-dire la cataracte *congénitale*, fera l'objet d'une étude spéciale (voir plus loin).

CHAPITRE II.

BLESSURES DU CRISTALLIN. CATARACTE TRAUMATIQUE.

Les blessures du cristallin sont produites par des causes directes ou indirectes. Dans le premier cas, l'instrument vulnérant atteint le cristallin, après avoir traversé d'autres membranes de l'œil ; dans le second, la violence extérieure agit encore, soit sur l'œil même, sans toutefois y pénétrer, soit à une plus ou moins grande distance de la région oculaire.

L'une des causes directes les plus fréquemment signalées est la pénétration accidentelle d'une aiguille à coudre à travers la cornée jusqu'au cristallin, où elle s'enfoncé plus ou moins profondément. D'autres fois c'est un *tire-crin*, le piquant d'une châtaigne, une paire de ciseaux, une petite flèche, une *gouge*, un parapluie, des éclats de *capsule fulminante*, un morceau de fer aigu.

Des instruments *contondants*, un éclat de tôle par exemple, projetés sur l'œil, peuvent, sans y pénétrer, déterminer une lésion instantanée de diverses parties de l'organe, entre autres du cristallin.

Dans d'autres cas encore, les instruments contondants, en agissant sur l'œil, ne produisent aucun désordre extérieur apparent, et ce n'est que par les phénomènes ultérieurs qui se passent du côté du cristallin qu'on reconnaît une lésion de l'organe. Il n'est pas rare d'observer des *cataractes traumatiques* chez des gens de la campagne qui ont eu l'œil cinglé par une branche d'arbre ; d'autres fois, le choc porte sur la région sus-orbitaire.

Les lésions de l'appareil cristallinien peuvent survenir encore à la suite d'un choc violent exercé sur une des régions qui avoisinent l'orbite, la *région zygomatique*, par exemple (Stœber).

Le mécanisme de la lésion de l'appareil cristallinien, en cas de violence exercée sur l'œil, ou sur les régions voisines, sans l'action directe de l'instrument vulnérant sur le cristallin, est facile à comprendre. Il en résulte en effet un ébranlement de l'œil qui se communique plus spécialement à certaines portions de l'organe. Or, de même que, dans ces conditions, on observe parfois des déchirures de la rétine ou de la choroïde, de même aussi la capsule antérieure du cristallin peut se rompre, se déchirer plus ou moins largement, d'où résulte la formation d'une cataracte.

Symptômes. Toutes les fois que l'appareil cristallinien est blessé, soit par une cause directe, soit par une cause médiate, il se forme une *opacité* dont l'étendue et la profondeur sont variables. Une blessure superficielle de la capsule, sans perforation de cette membrane, par un instrument piquant poussé à travers la cornée, peut produire simplement une marque blanche permanente. Il est rare qu'une plaie du cristallin soit ainsi *non pénétrante* ; en général l'instrument arrive à une profondeur plus ou moins considérable. Dans quelques cas, l'opacité, quoique plus considérable, reste bornée à une portion de cristallin, le reste de la lentille conservant sa transparence ; ce qui permet au blessé de voir à un demi-jour et même de lire avec des verres convexes. Le plus souvent, l'opacité gagne peu à peu les diverses parties du cristallin, et il se forme une *cataracte capsulo-lenticulaire*, ou *lenticulaire*. Lorsque la capsule a été largement déchirée par le corps contondant, la lentille est parfois chassée de son enveloppe et celle-ci s'opacifie, d'où la formation d'une *cataracte capsulaire*.

Marche. Terminaison. En général, le début de la cataracte est rapide ; tous les observateurs s'accordent à le signaler au bout de quelques jours, ou dès le lendemain de l'accident. Dans un fait que nous avons observé, l'opacité était manifeste au bout de trois heures. Parfois, l'opacité reste circonscrite à une petite étendue de la lentille. Dans un cas rapporté par A. Robert, l'opacité qui s'était formée promptement, après la pénétration d'un piquant de châtaigne dans le cristallin, disparut au bout de quarante-huit heures après l'extraction de l'épine. Chez les enfants et même chez les adultes, le cristallin devenu opaque se *résorbe* dans l'espace de quelques mois. Il est rare cependant que l'on observe une terminaison aussi heureuse ; souvent, après la résorption du cristallin, la vue reste abolie ou bornée à la possibilité de distinguer la lumière des ténèbres, ce qui dénote que la violence extérieure a produit des lésions graves des membranes profondes de l'œil. Chez quelques sujets, le cristallin se résorbe en partie ou en totalité, mais la capsule demeure opaque et forme une *cataracte capsulaire aride siliquieuse*.

On a observé parfois une déchirure tardive de la capsule, cicatrisée peu de temps après la blessure, puis l'issue des débris de la lentille dans la chambre antérieure où ils se résorbent. Dans ce cas, la vision peut être recouvrée tout à coup. Un autre mode de guérison spontanée des cataractes traumatiques est l'*abaissement spontané* de l'appareil cristallinien dans la chambre postérieure (Bajard). D'autres fois, le cristallin cataracté tombe dans la chambre antérieure où il est absorbé (A. Quadri). Il peut

aussi arriver que cette chute ne s'opère qu'à une époque où la lentille est résorbée et où la capsule seule demeure opaque ; la cataracte est alors réduite à l'état de cataracte *siliqueuse* (Pétréquin). Enfin, dans des cas plus rares, la cataracte traumatique, après être tombée dans la chambre antérieure, peut, au gré du malade, passer d'une chambre dans l'autre (A. de Græfe).

Chez d'autres sujets, les blessures du cristallin sont non-seulement suivies d'une cataracte, mais d'une phlegmasie de l'iris, soit que celle-ci tienne à la blessure du diaphragme oculaire, soit qu'elle résulte d'une pression que l'appareil cristallinien, considérablement gonflé, exerce sur l'iris. Les malades accusent alors de vives douleurs dans l'œil et dans la région sus-orbitaire ; la conjonctive est injectée, l'iris terne ; parfois, sous l'influence de ces attaques d'iritis, il se forme des adhérences entre le pupille et le cristallin.

Pronostic. Il est grave, en ce sens que les blessures du cristallin sont presque toujours suivies d'une opacité de la lentille ; que souvent il y a d'autres lésions de l'œil qui compromettent l'organe et ne permettent pas le retour de la vision, alors même que la cataracte disparaît par résorption spontanée ou par l'intervention de l'art.

Traitement. La première indication à remplir est de prévenir les accidents inflammatoires par une médication antiphlogistique. Nous ne pensons pas qu'il convienne de suivre le précepte formulé par Barton (de Manchester), de faire l'extraction du cristallin immédiatement après une blessure de cet organe, afin de prévenir une cataracte traumatique et les accidents inflammatoires. En effet, nous avons vu plus haut que beaucoup de cataractes traumatiques se résorbent spontanément. Une opération d'extraction, dans les conditions précédentes, augmenterait d'ailleurs les chances d'inflammation, loin d'en atténuer l'intensité. *Attendre plusieurs mois est donc la règle* ; on combat les attaques inflammatoires par un traitement approprié. Dans tous les cas, on emploie longtemps les instillations d'une solution de sulfate d'atropine, pour empêcher les adhérences de la cataracte avec la pupille. Toutefois si, par le fait d'un gonflement du cristallin, il se développe une iritis grave, que le sujet accuse des douleurs vives, on pratique l'extraction de la lentille. La *kératotomie linéaire avec excision partielle de l'iris* peut être employée dans ces cas. Le cristallin une fois expulsé, l'inflammation tombe, ou si elle prend de l'intensité, il se développe un phlegmon de l'œil qui amène l'atrophie de l'organe.

Les *cataractes traumatiques centrales* qui restent stationnaires, les obscurcissements limités de la capsule seront respectés, ou pourront être traités par le déplacement de la pupille (voir *Cataracte congénitale centrale*).

Si, au bout d'un certain temps, la cataracte n'est pas résorbée, on peut intervenir par une action chirurgicale. La *discision de la capsule* par kératonyxis, répétée plusieurs fois, réussit chez certains sujets. L'*extraction* est plus grave, mais donne des résultats plus prompts. Le chirurgien se gardera de promettre le retour complet de la vision ; les membranes profondes de l'œil ayant éprouvé le plus souvent une grave atteinte.

L'extraction offre parfois des difficultés tenant à ce que la chambre antérieure étant effacée par la projection de la lentille gonflée, il y a danger de léser l'iris pendant que l'on taille le lambeau de la cornée ; ou bien encore, parce qu'il s'est formé des adhérences entre le cristallin et la pupille. Dans un cas de ce genre, où une cataracte capsulo-lenticulaire existait depuis vingt-quatre ans, chez un homme qui avait reçu une motte de terre sur l'œil droit, les adhérences cristallo-iridiennes n'ayant pu être divisées avec le kystitome, tout l'appareil cristallinien fut amené facilement au dehors avec des pinces fines, au moyen desquelles je saisis la capsule. L'*abaissement* et le *broiement* comptent également un certain nombre de partisans.

CHAPITRE III.

CORPS ÉTRANGERS DU CRISTALLIN.

Ce sont le plus souvent des *éclats de capsule fulminante*, un *grain de plomb* de chasse, un *éclat* ou une *paillette de fer*, un *morceau de cuivre*. Ils pénètrent le plus communément par la cornée ; quelquefois par la sclérotique. Ils s'arrêtent dans la substance même du cristallin, exceptionnellement dans la capsule.

Les premiers symptômes sont une douleur vive, accompagnée de photophobie et de tout le cortège des phénomènes appartenant à une ophthalmie interne. Le cristallin devient plus ou moins rapidement opaque. Dans les cas les plus heureux, mais fort rares, les symptômes phlegmasiques se calment promptement, et le corps étranger demeure au milieu du cristallin cataracté, sans occasionner de nouveaux accidents. D'autres fois, il y a des attaques inflammatoires accompagnées de violentes douleurs hémicraniennes, et une atrophie consécutive de l'œil. Heidenreich cite un cas dans lequel, six mois après l'accident, le fragment de capsule fulminante projeté dans le cristallin fut éliminé spontanément.

Il arrive parfois que la lentille se résorbe, et que le corps étranger, demeurant au milieu de la capsule, détermine néanmoins ces accès de douleurs dont nous venons de parler ; ou bien encore, l'inflammation cesse, l'opacité se résorbe et la vision est recouvrée. Dans quelques cas, le fragment de capsule est resté longtemps fixé dans l'appareil cristallinien, sans produire de phlegmasie. A mesure que le cristallin se résorbe, le morceau de métal devient mobile, puis tout à fait libre ; enfin il tombe dans la chambre antérieure, où il détermine une inflammation intense. Quelquefois encore, après la résorption complète de la cataracte, le corps étranger descend spontanément et finit par se plonger au fond de l'œil, où il détermine une inflammation des membranes internes.

Traitement. Toutes les fois qu'un corps étranger a pénétré dans l'appareil cristallinien, il faut l'extraire. C'est le moyen de prévenir une