

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

phlegmasie grave, des douleurs intolérables et persistantes pendant des années, et l'atrophie de l'œil. Il ne faut pas compter enlever le corps étranger, sans extraire en même temps le cristallin. La manœuvre présenterait des difficultés insurmontables dans le plus grand nombre des cas, et d'ailleurs le cristallin s'opacifiant fatalement après cette opération, on aurait plus tard à en faire une seconde, dans le cas où l'on supposerait que la cataracte n'est pas compliquée d'une lésion des membranes profondes. Lorsque les accidents inflammatoires se sont déjà développés à l'époque où on est appelé auprès du blessé, on commence par les combattre à l'aide d'un traitement antiphlogistique sévère. Dès qu'ils sont calmés, on procède à l'extraction du corps étranger et du cristallin.

CHAPITRE IV.

DÉPLACEMENTS DU CRISTALLIN.

Les déplacements du cristallin sont désignés sous le nom impropre de *luxations*; celui de *dislocation* du cristallin est plus rationnel.

Ces déplacements se divisent en deux catégories, suivant que la lentille est *transparente* ou *cataractée*, au moment où elle abandonne ses rapports naturels. Ils s'opèrent tantôt sous l'influence d'une *violence extérieure*, tantôt *spontanément*. Ils ont lieu dans la chambre postérieure, dans l'antérieure ou sous la conjonctive. Quelquefois les malades peuvent à volonté faire passer le cristallin d'une chambre dans l'autre. Le tableau suivant permet d'embrasser toutes ces variétés.

1 ^o Déplacements du cristallin transparent.	<ul style="list-style-type: none"> A Déplacements dans la chambre postérieure. B Déplacements dans la chambre antérieure. C Déplacements dans la chambre antérieure, avec faculté de faire passer à volonté la lentille d'une chambre dans l'autre. D Déplacement sous-conjonctival du cristallin.
2 ^o Déplacements du cristallin opaque.	<ul style="list-style-type: none"> A Déplacements dans la chambre postérieure. B Déplacements dans la chambre antérieure.

1^o DÉPLACEMENTS DU CRISTALLIN TRANSPARENT.

Ces déplacements surviennent presque toujours spontanément. D'autres fois, le cristallin s'échappe par une ouverture que présentent les membranes de l'œil, à la suite d'une violence exercée sur l'organe, et la lentille vient se loger au-dessous de la conjonctive : *luxation traumatique sous-conjonctivale* du cristallin.

A. Déplacements dans la chambre postérieure. Lorsque le cristallin commence à s'abaisser, on constate parfois une oscillation de l'iris d'avant en arrière, pendant les mouvements de l'œil. En s'arc-boutant contre la

face postérieure du diaphragme, la lentille dessine son rebord supérieur sous la forme d'un sillon semi-circulaire à convexité tournée en haut. Lorsque l'abaissement est plus avancé, le cristallin, en frappant contre l'iris, dans les mouvements du globe, augmente les oscillations du diaphragme.

Au début du mal, il survient des troubles de la vue qui s'expliquent par les oscillations auxquelles le cristallin est soumis. Tant que la lentille est en rapport avec la pupille et qu'elle est appliquée exactement contre cette ouverture, la vision s'effectue comme dans l'état normal; mais lorsque le cristallin vacille, la vue devient incertaine, parce que les rayons lumineux réfractés subissent des déviations dans leur trajet à travers la lentille. Il en résulte que la vision est bonne à certains moments et dans certaines situations du globe; qu'à d'autres moments, les objets paraissent agités de mouvements et d'ondulations. A une époque plus avancée, quand le bord supérieur du cristallin descend au-dessous du limbe supérieur de la pupille, les troubles visuels sont plus marqués. En effet, il s'opère alors une réfraction inégale des rayons lumineux qui passent à travers les divers points de la pupille; il y a une *diplopie monoculaire*. En inclinant la tête dans une certaine direction, le patient met le cristallin en rapport avec toute l'aire pupillaire; la réfraction devient normale et la vision se rétablit au point de permettre la lecture de caractères imprimés. Si le sujet se tient debout, le cristallin se rabaisant et se réclinant de nouveau, la lecture n'est plus possible qu'avec des verres fortement convexes qui suppléent la diminution de réfraction. Plus tard encore, quand le cristallin, porté à la partie inférieure de la chambre postérieure, n'a plus de rapport avec la pupille, la diplopie disparaît, mais la vision ne devient nette qu'à l'aide de verres à cataracte.

Quelques sujets accusent, au moment où ils inclinent la tête un peu en avant ou un peu en arrière, la sensation d'une image qui se présente sous la forme d'un *disque grisâtre*; en même temps, il y a parfois sensation d'étincelles ou de flammes colorées. Ces derniers phénomènes sont probablement la conséquence d'un choc communiqué par le cristallin à la rétine; tandis que l'apparition du disque grisâtre est produite par l'image du cristallin qui se déplace.

Les troubles fonctionnels précédents suffisent pour mettre sur la voie du diagnostic, qu'il est facile de contrôler par l'examen de l'œil au moyen de l'éclairage latéral à la lampe. On reconnaît très-bien alors, derrière la pupille, un disque à convexité dirigée en haut, et dont le bord supérieur est plus ou moins éloigné du limbe supérieur de la pupille.

Abandonné à lui-même, le déplacement spontané du cristallin dans la chambre postérieure devient tôt ou tard complet; alors le malade se trouve dans les conditions d'un opéré de cataracte, et la vision se rétablit moyennant l'usage de verres convexes. D'autres fois, la lentille passe, au gré du malade, d'une chambre dans l'autre (voy. p. 98). Enfin, dans le plus grand nombre des cas, le cristallin, qu'il séjourne dans la chambre postérieure ou qu'il passe d'une des chambres dans l'autre, finit par devenir