

blanc grisâtre ou d'un blanc crayeux (voy. les figures chromolithographiques annexées à mon *Traité des maladies des yeux*). La cataracte *noire* se distingue de la cataracte *pigmenteuse* en ce que, dans la première, la pupille est mobile et régulière, tandis que, dans la seconde, elle conserve invariablement les mêmes dimensions, et offre de nombreuses irrégularités dues aux adhérences irido-cristalliniennes. La *cataracte noire* se développe spontanément; la *cataracte pigmenteuse* est précédée d'une iritis. Dans la première, il y a une ombre portée par l'iris sur la capsule; dans la seconde, l'ombre fait défaut. Dans la *cataracte noire*, la vision est meilleure à une lumière modérée; dans la *pigmenteuse*, c'est le contraire. Dans la première, la pupille se dilate après l'instillation de l'atropine; dans la seconde, elle conserve ses dimensions primitives, ou bien elle présente des déformations. Enfin, l'éclairage latéral montre une opacité d'un noir uniforme dans la *cataracte noire* et une opacité grisâtre parsemée de corpuscules de pigment uvéen dans la *cataracte pigmenteuse*.

**Diagnostic différentiel des variétés de la cataracte.** — La cataracte lenticulaire *dure* se présente sous l'apparence d'une tache d'un gris blanchâtre, ou d'un gris verdâtre, d'une teinte uniforme dans ses diverses portions, située profondément derrière la pupille, de façon à ce qu'il existe une large ombre portée de l'iris. Après dilatation de la pupille par l'atropine, on constate, au moyen du miroir réflecteur, que la partie centrale de la pupille est sombre, tandis qu'il existe, à la périphérie, une zone rougeâtre indiquant que le cristallin a conservé sa transparence. La vision est meilleure à une lumière modérée qu'au grand jour. La cataracte lenticulaire *molle* offre une tache d'un blanc bleuâtre, quelquefois nacré et brillante, située à très-peu de distance en arrière de la pupille, accompagnée d'une ombre portée de l'iris nulle ou peu marquée, d'un cercle uvéen apparent. Si on dilate la pupille par l'atropine, on constate, avec le miroir réflecteur, que toute cette ouverture est remplie par une opacité terne, et qu'il n'existe pas à la circonférence ce cercle rougeâtre, indiquant que les rayons lumineux passent encore par cette partie. La vision n'est pas améliorée sous l'influence d'une lumière modérée. La cataracte *liquide* se présente sous la forme d'une tache placée immédiatement derrière la pupille, de couleur laiteuse, d'aspect uniforme, ou bien présentant, après quelques minutes de repos du globe, deux teintes: l'une plus claire en haut, l'autre plus blanche en bas.

L'examen de l'œil par l'éclairage latéral à la lampe, après dilatation préalable de la pupille, permettra de reconnaître les variétés de cataractes molles que nous avons décrites sous les noms de *corticales antérieure, postérieure, antéro-postérieure, circonférentielle, disséminée, pointillée, étoilée, fenêtrée, barrée, lamellaire*, qui ne sont que des formes variées contractées par les opacités cristalliniennes pendant leur formation.

Il est difficile de distinguer les cataractes *capsulaires* et *capsulo-lenticulaires* des cataractes *lenticulaires molles*. La cataracte capsulaire proprement dite existe très-rarement sans que les couches corticales subjacentes à la capsule soient opacifiées en même temps. Les cataractes *capsulo-lenticu-*

*laires* se distinguent généralement des *lenticulaires* en ce que, dans les premières, l'opacité s'étend jusqu'à la pupille; que la face antérieure de l'opacité présente parfois l'aspect de la nacre. Certaines variétés de cataractes *capsulo-lenticulaires* ont des caractères pathognomoniques: ainsi la cataracte *pyramidale* forme une saillie conique, blanche, qui s'avance dans le champ de la pupille. La cataracte *aride siliquieuse* est d'un petit volume, et présente des plis, des inégalités à la surface. La cataracte *cystique* est constituée par une opacité globuleuse, dans laquelle on constate parfois un mouvement de fluctuation.

**Marche. Terminaisons.** Il est des opacités cristalliniennes qui marchent très-lentement ou demeurent même stationnaires pendant des années. C'est ce qu'on observe dans certaines cataractes capsulaires centrales antérieures, dans quelques cataractes circonférentielles. En général, la cataracte dure fait des progrès moins rapides que la cataracte molle. Les cataractes molles parcourent communément les diverses phases de leur évolution en quelques années. Quelquefois, après avoir eu une marche très-lente, elles en prennent tout à-coup une fort rapide. Rappelons que les cataractes *traumatiques* se forment parfois en quelques heures (voy. p. 93). Une fois arrivée au degré le plus élevé de son développement, la cataracte reste stationnaire. La cataracte molle se convertit en capsulo-lenticulaire, c'est-à-dire que l'opacité envahit la capsule du cristallin.

La cataracte guérit parfois spontanément, par le fait d'un déplacement de l'appareil cristallinien opacifié, soit que celui-ci s'abaisse dans la chambre postérieure, soit qu'il passe dans la chambre antérieure (voy. p. 99). Les cataractes *lenticulaires liquides* diminuent parfois de volume, à la longue, par l'absorption de la partie fluide; mais la capsule demeure opaque. Dans les cataractes *congénitales* et *traumatiques*, la résorption devient parfois complète, au point de constituer une véritable guérison.

**Complications.** L'étude en est importante, surtout au point de vue du traitement chirurgical de la cataracte.

(a) *Amaurose.* Dans les cataractes les plus avancées, les malades conservent la faculté de distinguer la lumière des ténèbres, et l'ombre de la main que l'on fait passer devant l'œil. Lorsque ce signe manque, il faut admettre qu'il existe une altération de l'appareil nerveux optique, c'est-à-dire une variété d'amaurose. Cependant, dans quelques cataractes volumineuses ou compliquées de *synéchies postérieures*, d'un rétrécissement de la pupille, la sensation de la lumière peut être tellement obtuse, qu'après l'examen du sujet, on reste dans le doute sur l'état de la rétine. On invoquera dans ce cas, l'épreuve des phosphènes. L'expédient suivant fournira aussi un résultat dont il convient de tenir compte: on place le malade dans une chambre obscure, puis on fait passer brusquement devant l'œil une lumière vive, qu'il distingue si la rétine conserve de la sensibilité; qui ne l'impressionne pas si la rétine est anesthésiée.

(b) *Glaucome.* Nous avons signalé (p. 102) les caractères de la cataracte *glaucomateuse*; rappelons ici les symptômes propres au glaucome qui accompagnent dans ce cas l'opacité du cristallin: pupille dilatée, immobile,

irrégulière ; teinte terne de l'iris, conjonctive sillonnée de vaisseaux variqueux ; globe dur et tendu ; cécité complète.

(c) *Synchisis*. Le ramollissement du corps vitré est caractérisé par la flaccidité du bulbe ; souvent il s'accompagne d'un tremblement de l'iris et la cataracte elle-même prend parfois une certaine mobilité qui la fait appeler cataracte *branlante*.

(d) *Synéchies postérieures*. Elles sont partielles ou totales. Dans le premier cas, après l'instillation de l'atropine, la pupille prend une forme irrégulière ; dans le second, elle conserve invariablement ses dimensions, c'est-à-dire qu'elle n'obéit pas à l'agent mydriatique.

(e) *Adhérences anormales entre la face postérieure de l'appareil cristallinien et le corps vitré*. On ne peut les reconnaître que pendant le cours de l'opération de la cataracte.

(f) Les *taches de la cornée*, les *staphylômes*, l'*hydrophthalmie*, l'*atrophie de l'œil* ont des caractères qui ont été indiqués antérieurement ou qui le seront plus tard.

**Causes.** La cataracte se rencontre chez des sujets de tout âge ; certains enfants en sont affectés en venant au monde (*cataracte congénitale*). Sur 5 403 cas de cataracte enregistrés à Moorfields, l'âge est noté dans 3 506 cas, par Streatfeild. Ce chirurgien, en tenant compte des individus de chaque âge, d'après le recensement fait à Londres en 1851, a pu déterminer la fréquence relative de la cataracte aux diverses périodes de la vie. Il résulte de cette statistique, que le chiffre des cataractes, par rapport à la population, augmente d'année en année, depuis la naissance jusqu'à 74 ans. A cette dernière période de la vie, Streatfeild a calculé qu'il existe environ 86 cataractés pour 100 sujets. A partir de 74 ans, la fréquence de la cataracte diminue, et à 85 ans, le nombre redevient égal à celui des sujets compris entre 50 et 54 ans. Le *sexe* ne paraît pas avoir une grande influence. Sur les 3 506 cas relevés par Streatfeild, on note 1 691 hommes, 1 568 femmes ; 247 sujets dont le sexe n'est pas indiqué. Sur 236 sujets qui se sont présentés à ma clinique, pendant une période déterminée, et qui étaient tous atteints de cataracte *spontanée*, j'ai noté 112 hommes et 124 femmes.

La cataracte se rencontre parfois chez plusieurs personnes de la même famille, notamment chez le père et la mère et plusieurs des enfants ; de là l'idée émise par plusieurs pathologistes qu'elle peut être *héréditaire*.

On admet que les yeux habituellement exposés à l'action du feu ou d'une vive lumière sont plus souvent affectés. De là cette opinion émise, que les *professions* de forgeron, de souffleur de verre, de cuisinier, de cultivateur sont des causes efficaces. Cette assertion a été combattue par Furnari, qui a constaté la rareté de la maladie dans nos possessions d'Afrique, où les habitants sont cependant exposés à une plus grande réverbération directe de la lumière et du calorique sur l'appareil cristallinien.

On a aussi admis que la cataracte devait se rencontrer fréquemment dans les *pays très-froids qui sont couverts de neige* et où le soleil subit une forte réverbération. Or Ch. Martins, dans un voyage qu'il a fait dans le nord

de l'Europe, a observé rarement la cataracte en Laponie et en Norvège.

Sur les 236 sujets que j'ai observés, et dont il a été question plus haut, je trouve qu'il en est 66 qui exerçaient une profession exigeant l'exercice habituel des yeux, telle que celle de tailleur, de couturière, de chapelière, de brodeuse, d'employé aux écritures, de cordonnier, etc. D'un autre côté, 69 avaient une profession qui ne demandait qu'une application passagère de l'organe de la vision ; c'étaient des marchands, des commerçants, des domestiques, des concierges, des rentiers. Les 101 sujets restants n'avaient pas de profession avouée.

La cataracte atteint plus souvent les deux yeux simultanément qu'un seul œil. D'après Ph.-J. Roux, les yeux bruns en sont plus souvent affectés que les yeux bleus ou gris. Les *lésions traumatiques* du globe exercent une influence incontestable sur la formation de certaines cataractes (voy. p. 92).

On a considéré comme cause de cataracte l'*abus de l'opium* ; et en se fondant sur ce fait, on a admis la cataracte comme fréquente en Turquie, ce qui est en opposition avec les renseignements pris à ce sujet par Deval. Il serait intéressant, pour vider cette question, de savoir si la cataracte est fréquente en Chine. D'après l'oculiste que nous venons de citer, les sujets qui abusent de liqueurs alcooliques ne présentent pas un plus grand nombre de cataractes que les individus sobres.

L'*inflammation* a été invoquée pour rendre compte de la formation de certaines cataractes. Evidemment, si on a égard aux *cataractes fausses* (*fausses membranes pupillaires*), l'inflammation joue un rôle incontestable ; mais les cataractes vraies se développent, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer cet élément morbide.

La fréquence de la cataracte chez les vieillards a fait admettre, avec plus de raison, que l'opacité du cristallin est une sorte d'*atrophie* de cet organe. Chez la plupart des sujets de cet âge, le cristallin, sans perdre sa transparence, prend une couleur jaune d'ambre, en même temps qu'il diminue de volume. C'est une transition de l'état physiologique à l'état morbide.

Il existe probablement une certaine relation entre le développement des opacités cristalliniennes et les *troubles du système vasculaire de la choroïde et des procès ciliaires*. Il est indubitable que l'on constate parfois, à l'ophthalmoscope, des stries à la circonférence du cristallin, chez les sujets qui ont une atrophie de certaines portions de la choroïde ; mais il y a de l'exagération à attribuer toujours à cette lésion la cataracte des vieillards.

Oppolzer, J.-F. Heller, France, Lécorché ont signalé la fréquence de la cataracte dans le *diabète*.

La cataracte a été occasionnée quelquefois par l'*action de la foudre*. Brisseau et Rivaud Landrau en ont rapporté des exemples.

**Pronostic.** Il est toujours grave, puisqu'il est nécessaire, pour faire recouvrer la vision, de pratiquer une opération qui n'est pas sans danger pour l'œil.

**Traitement.** Il est médical ou chirurgical. Toutes les tentatives faites pour guérir la cataracte sans opération sont demeurées infructueuses. Nous