

son réseau sanguin embryonnaire superficiel et sous-épithélial a disparu. C'est ce réseau dont les anses s'avancent à un millimètre sur le pourtour de la cornée, qui, dans le cas de kératite, etc., se reproduit et s'étend sous l'épithélium à sa place primitive, qui fait dire que la cornée se vascularise, mais il importe de rappeler que ce n'est pas le tissu propre même de la cornée, compris entre l'épithélium et la membrane de Descemet qui se vascularise.

Les points blancs, opaques, que l'on voit se former dans le cristallin et que l'on a considérés comme signes de la *lentite* ou *phacite* sont simplement des lésions de nutrition du cristallin qui lui ôtent sa transparence, et qui sont une des phases des opacités que l'on décrit sous le nom de *cataractes lenticulaires*. (Voy. *Cataracte disséminée*.)

#### ARTICLE IV.

##### LUXATION DU CRISTALLIN.

Le déplacement de la lentille survient de plusieurs manières différentes : les coups portés directement sur l'œil le produisent très souvent. Les chutes sur la plante des pieds, sur la tête ; un coup violent sur la tempe ou sur une autre partie du crâne, ont été notés comme cause fréquente de cet accident. Dans quelques cas particuliers, tels que le ramollissement ou l'atrophie du corps vitré, la lentille se déplace de toutes pièces avec la capsule.

Quoique luxé, le cristallin peut demeurer parfaitement transparent ; d'autres fois il devient opaque, comme cela se voit lorsque la cristalloïde est ouverte (voy. *Cataracte luxée*).

Le cristallin, qu'il soit ou non opaque, peut, lorsqu'il est luxé, prendre spontanément dans la coque oculaire des positions très différentes. Tantôt il s'abaisse directement, et d'une manière plus ou moins complète derrière la pupille, où il se présente par un de ses bords, dans le sens horizontal, vertical ou oblique ; tantôt il passe dans la chambre antérieure et dans la postérieure, à la volonté du malade.

Si la luxation est de cause traumatique, le cristallin peut alors suivre différentes voies : ainsi, je l'ai vu, et d'autres avec moi, luxé quelquefois sous la conjonctive restée saine ; d'autres fois, entre les lèvres de la cornée ou de la sclérotique, etc.

Enfin, le cristallin abaissé à l'aiguille depuis longtemps peut passer dans la chambre antérieure.

De ces diverses conditions il résulte que l'on peut établir la classification suivante pour la luxation de la lentille :

A. Luxation spontanée du cristallin transparent ou opaque dans la chambre postérieure.

B. Luxation spontanée dans la chambre postérieure, et passage dans l'antérieure, à la volonté du malade.

C. Luxation traumatique dans la chambre antérieure, dans la postérieure ; dans une plaie de la cornée, de la sclérotique, sous la conjonctive, etc.

D. Luxation dans la chambre antérieure d'une cataracte depuis longtemps abaissée.

Nous suivrons cet ordre pour indiquer les symptômes et raconter quelques faits.

A. *Luxation spontanée du cristallin transparent ou opaque dans la chambre postérieure.*

Si la luxation a lieu directement dans la chambre postérieure sur un cristallin transparent et renfermé dans sa capsule, on ne pourra reconnaître le déplacement qu'au tremblement de l'iris et aux phénomènes physiologiques. Le cristallin étant abaissé derrière la pupille, on s'assurera, en effet, que le malade, tant qu'il se tiendra debout, la tête dans la station verticale, se trouvera dans les mêmes conditions que l'opéré de la cataracte, et pourra lire avec des lunettes très fortes ; tandis que si, par une inclinaison convenable de la tête, il peut replacer la lentille dans sa position normale, la vision s'accomplira comme à l'ordinaire, les conditions de réfraction n'étant plus changées. Plusieurs fois j'ai vu des malades dans ce cas ; tous étaient atteints d'un ramollissement très avancé du corps vitré.

Mais voici des caractères plus précis.

1° *Caractères anatomiques.* — Au premier degré de la maladie, c'est-à-dire quand le cristallin commence seulement à s'abaisser un peu, on ne voit aucun autre symptôme que le flottement de l'iris d'avant en arrière à chaque mouvement de l'œil ; quelquefois cependant on constate que le cristallin, en s'appuyant sur la face postérieure de l'iris, y imprime pour un instant un sillon semi-annulaire à convexité supérieure et d'une régularité

parfaite. Si le cristallin est entièrement transparent, on ne peut en constater matériellement le déplacement que par ce caractère et par les symptômes physiologiques. Il n'y a plus de difficultés si l'on fait usage de l'ophthalmoscope qui, à l'aide d'une faible lumière, permet de reconnaître facilement l'abaissement commençant de la lentille, comme je l'ai vu notamment dans les deux petits garçons dont je rapporterai l'histoire.

A un degré plus avancé, les caractères déjà indiqués deviennent plus apparents ; le cristallin déplacé frappe l'iris dans les mouvements de l'œil, et si l'on ne reconnaît pas sa forme dans le pli qu'il fait à cette membrane, au moins constate-t-on qu'il y a un synchysis considérable, et, dès lors que la diffuence du corps vitré existe, on doit songer à la luxation de la lentille et faire des recherches en conséquence avec l'ophthalmoscope.

2° *Caractères physiologiques.* — Le malade se plaint de trouble, d'incertitude dans la vue, et ne peut se rendre compte exactement de la cause de son état. Quand le mal commence, il arrive souvent que la vue est bonne par moments et dans certaines positions de l'œil. Quelquefois, de même que dans le synchysis, les objets paraissent agités de mouvements, d'ondulations plus ou moins étendues qui cessent quand le regard se fixe quelques instants sur un même objet, mais qui reparaisent au moindre déplacement de l'œil. Un malade que j'ai observé disait : « qu'une nappe d'eau venait d'abord couvrir l'objet qu'il voulait voir ; mais qu'après un instant d'immobilité de l'œil il pouvait voir avec netteté. »

Si le mal augmente, il y a quelquefois diplopie monoculaire, que l'on doit rattacher à une réfraction différente de l'œil à la partie inférieure et à la partie supérieure. Les contours des objets sont irisés, mal définis. Le malade voit alors devant lui, surtout quand il incline un peu la tête en avant ou en arrière, un *disque grisâtre*, accompagné d'étincelles, de flammes de toutes couleurs, etc., disque qui peut être aussi bien l'image du cristallin sur le fond de l'œil, qu'un phosphène développé par le choc de la lentille et du corps vitré contre la rétine.

En même temps que tous ces phénomènes physiologiques se produisent, le malade qui voyait à lire ne le peut plus d'abord que dans certaines positions. Il faut qu'il incline la tête en arrière, ou en avant, horizontalement, afin de placer son cristallin en face de la pupille. Dans la station verticale, il lui faut des lunettes à

cataracte, car il se trouve alors dans les mêmes conditions qu'un homme opéré avec succès de cette maladie ; mais si le cristallin se fixe enfin à la partie inférieure de l'œil, la vue est trouble comme celle du cataracté opéré, et le malade demeure dans ces conditions jusqu'à ce qu'un médecin ait reconnu la cause de sa maladie, ou que, par le tâtonnement, l'opticien soit arrivé par hasard à trouver les lunettes nécessaires.

TERMINAISONS. — Le cristallin finit toujours par s'abaisser complètement dans la chambre postérieure. Le flottement du corps vitré est quelquefois considérable, à ce point que, si le malade se place horizontalement dans l'obscurité, la pupille se dilate et que le cristallin passe dans la chambre antérieure pour en sortir à sa volonté : mais à la longue, le cristallin finit par devenir opaque, soit qu'il demeure dans sa capsule, soit qu'il s'en échappe et, le plus souvent, la rétine, tourmentée par le flottement, finit par s'anesthésier plus ou moins complètement. Dans un cas rapporté par M. Burckhardt (voy. *Annales*, t. XXX, p. 114), semblable à ceux que j'ai vus et dont je n'ai malheureusement pas écrit l'observation, le malade pouvait lire en baissant la tête, c'est-à-dire en plaçant volontairement son cristallin dans le champ de sa pupille ; mais ce corps devint opaque, et plus tard l'œil se perdit.

*Observations.* — Un petit garçon de sept ans m'est présenté dans le mois de septembre 1855, par son médecin, pour un trouble dans la vue demeuré inconnu jusque-là, et plus marqué du côté droit. A l'œil nu, on n'aperçoit aucun caractère qu'un flottement léger de l'iris ; mais à l'ophthalmoscope, je trouve dans les deux pupilles un disque à convexité supérieure, placé plus bas à droite qu'à gauche et indiquant une luxation directe postérieure et incomplète encore du cristallin.

Un autre garçon de quinze ans (10 décembre 1854), de la pension Pompée, à Ivry, accuse de la faiblesse dans son œil droit et est traité comme amblyopique. A l'ophthalmoscope, je trouve la lentille presque entièrement abaissée et atteinte au centre, en arrière, d'une petite tache. Des lunettes à cataracte ramènent la possibilité de lire. Là aussi le corps vitré était diffusé.

Un vieux notaire, dont je parlerai plus longuement en m'occupant de la valeur du traitement de la cataracte sans opération, m'a raconté qu'il devint aveugle d'abord d'un œil par la cataracte,

puis de l'autre, et que la vue lui fut rendue par l'abaissement spontané de la lentille. (Voyez, pour un cas pareil, *Annales d'oculistique*, vol. XXVIII, p. 233.)

Dans les *Annales d'oculistique*, on trouve des faits semblables. Chez le nommé Bury, le cristallin opaque s'abaisse spontanément (vol. IV, p. 250); chez Frédérick, après une chute sur la tête, la cataracte s'abaisse; des lunettes à cataracte sont prescrites avec avantage (*Id.*, *ib.*). Chez le nommé N..., les deux cristallins transparents s'abaissent spontanément; on lit d'autres faits analogues, p. 129 et suivants, vol. XVIII et vol. XXVIII, p. 233.

*B. Luxation spontanée dans la chambre postérieure, et passage de la lentille dans l'antérieure.*

Cette luxation dans la chambre antérieure se produit quelquefois sous l'influence de la volonté du malade, le plus souvent sans sa participation.

1<sup>o</sup> *Luxation volontaire.* — Si la luxation du cristallin renfermé dans sa capsule a lieu dans la chambre antérieure, avec possibilité, pour le malade, de réduire la lentille à sa volonté, dans la chambre postérieure, le corps traverse la pupille, se place contre la face concave de la cornée, puis rentre dans la chambre postérieure. Dans ces conditions, après des mois ou des années, le cristallin finit toujours par devenir opaque.

Pour luxer le cristallin dans la chambre antérieure, j'ai vu des malades couvrir leur œil des deux mains et rechercher un coin obscur dans lequel ils restaient quelques moments pour dilater leur pupille. Ensuite, et sans découvrir leur œil, ils inclinaient la tête à angle droit, la secouaient dans le sens latéral par de petits mouvements brusques, et ne se trompaient jamais quand ils avaient réussi à placer leur cristallin entre la cornée et l'iris.

Quand le cristallin est transparent, on le reconnaît aisément dans la chambre antérieure, à son bord qui s'imprime sur l'iris et à la couleur différente de cette membrane vue à travers la lentille. La chambre antérieure n'a plus son aspect normal; elle ressemble à celle de quelques yeux artificiels mal faits, dans lesquels l'espace compris entre les deux membranes semble être rempli de verre moins transparent qu'il ne convient. L'iris est d'ailleurs poussé en arrière dans une grande étendue, surtout au centre; la pupille est immobile et largement ouverte, et, dans quelques cas, lorsque le cristallin est petit, quoique transparent, son bord se

dessine sur l'iris, et l'on mesure aisément sa circonférence par le sillon circulaire qu'il trace sur le diaphragme.

Les malades qui offrent ce singulier phénomène ressentent dans l'œil une gêne, ou au moins une pression désagréable qui va croissant dès que le cristallin est dans la chambre antérieure; aussi se hâtent-ils de le réduire. Ils couvrent encore dans ce but leur œil de la main, renversent la tête en arrière, et après quelques secousses latérales assez brusques, réussissent à faire passer le cristallin en arrière de l'iris.

Quelques-uns, cependant, se faisant un jeu de cet état de choses, ont vu leur cristallin, une fois placé dans la chambre antérieure, résister aux efforts habituels de réduction et nécessiter une extraction chirurgicale par la cornée à la manière ordinaire.

Voici un cas de luxation volontaire du cristallin dans la chambre antérieure que j'ai eu l'occasion d'observer:

*Observation.* — Le 20 novembre 1852, madame L..., de Lille, m'est envoyée par son médecin. Elle a perdu l'œil droit et porte de ce côté un œil artificiel; cet œil avait été atteint d'une hydropisie, et cinq fois on avait pratiqué la ponction dans le but d'en diminuer le volume; mais un staphylôme étant survenu, le docteur Murville enleva la tumeur et l'organe s'atrophia.

L'œil gauche, dont il s'agit ici, a présenté diverses conditions des plus intéressantes. En 1834, la malade fut conduite chez M. Demours pour une luxation du cristallin dans la chambre antérieure. Il avait conservé sa transparence. Avant l'accident, madame L... était myope, et tout à coup l'œil devint presbyte, lorsque M. Demours lui eut réduit le cristallin dans la chambre postérieure, en la faisant coucher sur le dos. Avec les lunettes à cataracte, l'œil devint excellent, et la malade pouvait lire, coudre et exécuter les ouvrages de femme les plus délicats.

Aujourd'hui (20 novembre 1852) elle vient me voir pour une tache bleuâtre qu'elle aperçoit et qui occupe la moitié externe de l'œil. De temps en temps, elle voit la moitié d'un anneau brillant qui disparaît et revient avec rapidité. La rétine est largement décollée. Le cristallin est devenu opaque; elle le fait passer à volonté dans la chambre antérieure en se cachant sous les rideaux de mon cabinet, en inclinant et secouant légèrement la tête et en couvrant l'œil de sa main. Ce cristallin est réduit à peu près à la moitié de son volume ordinaire.

Je conseille un traitement antiphlogistique parce que l'œil est

un peu enflammé actuellement, et l'extraction du cristallin, dès que la rougeur aura disparu.

Le 22 mai 1853, je revois la malade ; elle est aveugle, car elle distingue à peine le jour de la nuit depuis une huitaine de jours. Depuis plusieurs mois, la vue a baissé avec une extrême rapidité. Il y a un mois, le 2 février, on a pratiqué à Lille l'extraction du cristallin, qui était encore renfermé dans la capsule. L'iris flotte largement ; il est adhérent en bas à la plaie faite à la cornée pour l'extraction ; la pupille est peu mobile ; il y a des exsudations en arrière qui la ferment en partie.

L'amaurose est définitive.

2° *Luxation involontaire.* — Là, comme dans la luxation volontaire, le cristallin peut être préalablement transparent ou opaque. Il peut aussi, les faits le prouvent, avoir conservé ses rapports physiologiques, ou être déjà flottant en arrière de la pupille, à la partie inférieure de l'œil, lorsque l'accident arrive.

Le passage dans la chambre antérieure survient tout à coup lorsque, pendant son travail ou par une circonstance fortuite, le malade incline fortement la tête, surtout dans l'obscurité. Ainsi, une femme aveugle de cataracte, étant à l'église et se baissant pour prier Dieu, recouvre la vue par le passage subit de son cristallin opaque dans la chambre antérieure (voy. *Annales d'oculistique*, t. IX, p. 229). Deux faits semblables sont rapportés dans le même recueil (*Id.*, *ibid.*). Divers auteurs ont observé des cas pareils. Heyfelder, Compérat, Recordon, Larrey, Roux et bien d'autres, ont extrait des cristallins tombés spontanément dans la chambre antérieure : le premier sur un garçon de quatre ans, le cristallin était transparent (*Ann.*, vol. X, p. 92) ; le second sur une femme et à cause des vives douleurs qu'il occasionnait (*Ibid.*, vol. XX, p. 138) ; le troisième sur une femme dont je disais quelques mots tout à l'heure ; le quatrième sur un garçon de treize ans (*Id.*, vol. XXVIII, p. 233) ; le cinquième sur le fils de don Carlos, alors interné à Bourges.

Les observations de MM. Recordon et Larrey sont intéressantes.

Le premier de ces chirurgiens a vu deux luxations du cristallin chez une femme qui, à cinq ans de distance, présenta le même accident à chacun des deux yeux. Le cristallin était couché dans la chambre antérieure, appuyé contre l'iris qu'il repoussait en arrière, et parfaitement transparent. Tout mouvement de la tête en

arrière faisait repasser dans la chambre postérieure le cristallin, qui bientôt reparaisait en avant. Les deux fois on fit l'extraction, et la vue se rétablit complètement.

Le second a communiqué à la Société de chirurgie, dans sa séance du 16 juillet 1851, un fait de cette dernière espèce, observé par lui chez un garçon de treize ans ; l'œil gauche de cet enfant offrait une légère saillie de la cornée, reconnaissant pour cause un prolapsus de l'iris, mobile, tremblotant, et une diffluence probable du corps vitré. La vue était perdue complètement de cet œil.

Deux jours après le premier examen, une dilatation spontanée de la pupille gauche, survenue sans cause mécanique et sans effet artificiel, livre tout à coup passage au cristallin contenu dans sa capsule, conservant sa transparence, sa mobilité, sa forme. Ce phénomène ne déterminait ni douleur ni accident quelconque, et persista pendant plusieurs jours. On parvint à faire rentrer le cristallin dans la chambre postérieure, en dilatant la pupille avec la belladone ; mais la réduction ne put être maintenue.

Six mois après, le cristallin commença à présenter un peu d'opacité, et un an après la première exploration, la cataracte était entièrement formée, passant toujours librement d'une chambre dans l'autre ; enfin, plus tard, des accidents inflammatoires étant survenus, M. Larrey dut faire l'opération et pratiqua la kératotomie supérieure.

Toutes les observations de cristallin tombé par accident dans la chambre antérieure se terminent de la même manière pour le malade. Il commence par éprouver de la gêne, puis souffre de plus en plus. L'œil s'enflamme, la douleur s'étend à la cinquième paire tout entière, et l'extraction, si elle est pratiquée à temps, fait disparaître à l'instant tout le mal. Au contraire, si on laisse le cristallin luxé, l'ophthalmie interne peut aller jusqu'au phlegmon, ou provoque dans tous les cas la désorganisation de l'œil. Rarement le cristallin se résorbe sans occasionner de graves accidents lorsqu'on l'abandonne ; compter sur un résultat si heureux serait une grave imprudence.

### C. *Luxation traumatique du cristallin.*

Si un coup violent produit la luxation, il peut en résulter un abaissement direct du cristallin sans aucune autre lésion avec opacité de ce corps ou conservation de sa transparence, une plaie

de la cornée ou de la sclérotique, assez large pour que le cristallin s'y engage en partie et qu'il soit nécessaire d'en faire l'extraction en agrandissant l'ouverture.

Un fait intéressant à signaler dans le cas de la rupture de la sclérotique à la suite d'une contusion, c'est le passage du cristallin entre la fibreuse et la conjonctive, sous laquelle il forme une petite tumeur transparente, qui n'a pas toujours la forme de la lentille, parce que celle-ci, le plus ordinairement, a été broyée. Plusieurs fois j'ai observé ce fait, et, à l'exemple de Middlemore (1) (qui en rapporte cinq exemples), j'ai ouvert la conjonctive par une petite incision, et j'ai enlevé le cristallin, réduit en une sorte de gelée transparente.

Un fait pareil, observé dans le service de M. Roux à l'Hôtel-Dieu, a été rapporté dans la *Gazette des hôpitaux* du 28 août 1852. Dans ce cas, l'accident avait été déterminé par une forte contusion du globe oculaire. Le cristallin, extrait treize jours après son déplacement, avait conservé sa forme et sa transparence, mais avait pris une teinte jaune ambrée légère.

Enfin, un cas analogue a été tout récemment publié dans les *Archives d'ophtalmologie* (mai et juin 1855, page 274) par le docteur Ansiaux, de Liège. C'est celui d'une femme qui avait reçu dans l'œil un coup de corne de vache. La tumeur sous-conjonctivale avait la forme du cristallin. La lentille fut extraite un an après l'accident; elle avait gardé en grande partie sa transparence; sa structure était normale, avec un peu de ramollissement seulement.

Dans les cas les plus ordinaires de luxation traumatique du cristallin, ce corps, privé de sa capsule, devient opaque, s'il ne l'était pas déjà, et l'on est à même de juger alors beaucoup plus facilement de la position qu'il occupe, et qui, il serait inutile de le dire, varie à l'infini. Il n'y a ainsi aucun doute sur l'état du globe, aucun doute non plus sur le traitement à conseiller; mais il n'en est pas toujours ainsi, et le fait que je vais rapporter le prouvera suffisamment. Le cristallin peut être en effet abaissé dans la chambre postérieure et pourtant conserver une transparence parfaite. Il en résulte que l'on confond aisément le trouble de la

(1) Middlemore, t. II, p. 44.

vision, qui est la conséquence d'une pareille blessure, avec une amaurose contre laquelle on dirige en vain toutes les ressources de la thérapeutique.

*Observations.* — M. le général F..., ministre à Paris d'une puissance étrangère, âgé de soixante-quinze ans, passant un jour sur le boulevard, reçut d'un enfant une pierre qui vint lui frapper l'œil droit. Une douleur vive et bientôt une inflammation assez sérieuse en furent la conséquence. Le médecin du malade lui conseilla un traitement antiphlogistique, et après deux mois, à part l'inflammation qui avait complètement cessé, la vision n'avait subi aucune espèce d'amélioration.

Découragé, le général vint me trouver, et après le récit de l'accident et l'examen de l'œil dans lequel j'avais vu flotter l'iris, il ne me resta aucun doute sur l'abaissement traumatique du cristallin. Je fis prendre au malade des lunettes à cataracte, et aussitôt il put lire des caractères très fins.

Quatre ans se sont passés depuis l'accident, et l'œil est dans les mêmes conditions. Aujourd'hui, comme alors, le cristallin flotte dans la chambre postérieure derrière l'iris, imprimant un disque sur le diaphragme au-dessous de la pupille, lorsque le malade se baisse en avant.

Voici encore un fait qui présente quelque intérêt.

Un jeune homme de quinze ans qui m'était adressé par le docteur Kirwan avait reçu dans l'œil un coup de bec d'un corbeau. Il en résulta une très violente ophthalmie pour laquelle nous lui donnâmes des soins, ce médecin et moi. La cornée avait été ouverte à sa partie externe et inférieure, ainsi que la sclérotique. La plaie s'était refermée, et le cristallin, qui était tombé dans la chambre antérieure, avait conservé sa transparence deux mois après l'accident.

Kammerer a observé un cas où le cristallin est resté transparent pendant deux années. Græfe le père, Chélius, d'Ammon, citent aussi des faits de ce genre; mais il est raisonnable de se demander si, dans tous ces cas, la capsule n'enveloppait pas encore complètement le cristallin, ce qui est probable.

De ces faits divers, il résulte qu'on peut classer la luxation traumatique du cristallin de la manière suivante :

Luxation dans la chambre postérieure avec opacité consécutive ou conservation de la transparence;

Luxation dans la chambre antérieure avec opacité consécutive ou conservation de la transparence;

Luxation sous la conjonctive dans une plaie de la cornée ou de la sclérotique.

D. *Luxation dans la chambre antérieure d'une cataracte depuis longtemps abaissée.*

On peut encore considérer comme luxation du cristallin la chute de ce corps dans la chambre antérieure, plus ou moins de temps après l'opération de la cataracte : nous en parlerons ailleurs (voy. *Cataracte, chute du cristallin dans la chambre antérieure*).

#### ARTICLE V.

RAMOLLISSEMENT DU CRISTALLIN (*phacopyosis* ou *phacopyose*).

On a décrit sous ce nom deux maladies différentes.

La *première* est cet état du cristallin dans lequel il s'est ramolli, a pris l'aspect purulent, et par suite, a été considéré comme ayant réellement suppuré. On a cru aussi avoir observé, à la suite de blessures, des conditions semblables, mais il est probable que le pus trouvé dans ces cas venait du voisinage de la lentille et qu'on n'en a réellement pas vu dans l'intérieur de la capsule.

C'est dans le groupe des cataractes liquides (*cataracte purulente*) qu'on devra probablement classer et décrire cette lésion que nous ne plaçons ici que pour mémoire, car jamais la présence des globules caractéristiques du pus n'a été constatée dans le cristallin, et ce qui a été dit plus haut de la lentille s'applique également à ce chapitre. Toutefois, bien que cela soit peu probable, il ne serait pas absolument impossible que l'on vînt un jour à constater la production des éléments du pus dans le cristallin, quoiqu'il manque de vaisseaux, comme on en a constaté l'existence dans les abcès de la cornée qui, elle aussi, est complètement privée de vascularisation. Ce qui a été dit de la cornée (t. II, p. 266 et suiv., note) peut être répété ici.

La *seconde* est un dépôt de pus organisé sur la capsule; nous en dirons quelques mots en nous occupant des cataractes *fausses*.

#### ARTICLE VI.

PÉTRIFICATION DU CRISTALLIN (*ossification*).

Cette maladie n'est pas très rare; on la trouve quelquefois accompagnée de la pétrification de la capsule et de celle d'autres membranes oculaires. Le docteur Schoën et Middlemore en rapportent de nombreux exemples. Lorsque le cristallin a subi cette dégénérescence, il n'est pas impossible de la reconnaître à ses caractères anatomiques. Wenzel, Gibson, Forlenze, etc., ont tous vu des cristallins pétrifiés. J'en ai observé deux cas, en examinant sur des vieillards des yeux atrophés depuis longtemps, et un troisième dont je parlerai à l'article *Cataracte pierreuse*. (Voyez en particulier le paragraphe qui traite de l'anatomie pathologique des cataractes.)

#### ARTICLE VII.

CORPS ÉTRANGERS DU CRISTALLIN.

On observe assez rarement des corps étrangers séjournant dans le cristallin : ceux que j'y ai trouvés sont, des parcelles d'acier, de petits grains de plomb, des éclats de capsule fulminante ou de pierre. Pour découvrir ceux qui s'engagent dans la lentille sans occasionner une grande inflammation, il est indispensable de recourir à l'usage de l'ophthalmoscope.

Ces corps étrangers, ordinairement de petit volume, traversent la cornée, blessent l'iris et s'engagent dans la lentille à une plus ou moins grande profondeur. Arrivés là, ils déterminent le plus souvent la formation d'une cataracte accompagnée ou précédée de phénomènes inflammatoires d'intensité variable, ou bien ils y font en quelque sorte élection de domicile, et, après avoir menacé la transparence de la lentille, ils n'occasionnent dans ce corps aucun changement capable de compromettre la vision, à moins cependant qu'ils ne soient placés dans le champ de la pupille.

Si le corps étranger occasionne de l'inflammation, on cherche à la combattre par des applications de sangsues et les moyens ordinaires, en ayant soin de dilater tout d'abord la pupille. De cette

manière on peut espérer de conserver le cristallin dans lequel le corps étranger finit par demeurer sans occasionner d'accidents. Mais si le cristallin devient opaque dans toute son étendue, qu'il survienne des symptômes de compression, il faut l'extraire aussitôt, et avec lui, s'il se peut, le corps étranger. Au contraire, si, dès que la cataracte s'est formée, l'inflammation disparaît, on n'a plus à s'occuper, provisoirement du moins, du corps étranger, et l'on attend patiemment que la résolution de la lentille soit très avancée pour apprécier sainement quelle conduite on devra ultérieurement tenir ; alors il pourra arriver que la cataracte se résorbe, et que le petit corps étranger soit enfermé dans la capsule en un lieu qui ne puisse gêner en rien le rétablissement de la vision, ou bien, au contraire, qu'il demeure logé dans la pupille et y intercepte les rayons lumineux.

Dans la première de ces conditions, il n'y a évidemment rien à faire tant que le corps étranger n'occasionnera aucun mal ; dans la seconde, il faudra l'extraire, ce que l'on exécutera facilement par une ponction de la cornée (voy. *Cataracte traumatique et Extraction des cataractes secondaires*) et l'introduction de pinces convenables.

Un enfant, entre autres malades dans ces conditions, présentait au milieu de la pupille un petit fragment de pierre anguleux maintenu par la capsule et quelques exsudations ; le cristallin s'était résorbé. Pour obtenir le rétablissement de la vue, il fallait agir comme dans une cataracte secondaire. Je cherchai d'abord le corps étranger, dans la crainte que, déplacé et abandonné dans l'œil, il ne devînt la cause de graves accidents ; je le saisis facilement avec des pinces à pupille artificielle introduites par la cornée, et la cataracte le suivit sans difficulté. J'avais eu soin de pratiquer à la cornée une ponction un peu plus grande que je n'ai coutume de le faire dans les cataractes secondaires.

J'ai vu un autre cas de ce genre : c'était encore un enfant de huit à dix ans qui avait en arrière de la pupille un éclat de capsule placé de champ et maintenu, après résorption du cristallin, par la cristalloïde et des exsudations. La vue s'exerçait à travers quelques petites lacunes, mais incomplètement, et l'aspect de cet œil, dont la pupille brillait d'un éclat métallique, était des plus singuliers. Je proposai l'extraction, qui ne fut pas acceptée.

Mais le corps étranger qui s'est engagé dans le cristallin n'occasionne pas toujours la cataracte. En voici un exemple dans le-

quel, sans le secours de l'ophthalmoscope, il aurait été impossible de découvrir ce qui se passait dans l'œil.

Un ouvrier mécanicien reçoit dans l'œil droit une paillette de fer qui traverse l'œil et pénètre dans le cristallin, près de son bord externe. Une inflammation peu intense se déclare, mais ni les sangsues, ni les purgatifs, ni d'autres moyens tels que l'application d'eau froide, la belladone, l'atropine, ne parviennent à la faire disparaître. Avec l'ophthalmoscope on voit dans la lentille, en face de la plaie de la cornée et de l'iris qui était demeurée visible, un corps noir, du volume d'une tête d'épingle ordinaire, et entouré de plaques obscures étendues dans tous les sens, dues évidemment à un commencement d'opacité traumatique du cristallin. Cet état de choses demeura le même pendant quatre semaines, mais alors l'inflammation disparut, les plaques diminuèrent d'étendue, et il ne resta plus guère que le point noir enveloppé d'une tache du double environ plus grande que lui. La vue est demeurée bonne, et l'on voit encore aujourd'hui (janvier 1855), après trois mois, les choses dans le même état.

On trouve encore dans le cristallin cataracté d'autres corps étrangers, par exemple des vers de plusieurs sortes. Il en sera question à l'article *Parasites de l'œil*, et, quant à présent, il suffira de noter ce fait.

## ARTICLE VIII.

## CATARACTE.

Cette maladie a été connue des anciens, les ouvrages d'Hippocrate et de Celse ne laissent aucun doute à cet égard ; mais ces auteurs n'en eurent que des idées erronées. Ils donnaient à la cataracte des noms divers. La plupart pensaient qu'elle était le résultat d'une chute de liquide, qui troublait la transparence des humeurs de l'œil et anéantissait la vision (1). Quelques-uns, recherchant le lieu qu'occupait ce liquide opaque, le plaçaient dans la cornée ; d'autres, dans le corps vitré.

(1) Cataracte dérive du grec *καταράκτης*, chute d'eau, de *καταρᾶσσειν*, renverser avec force, couler avec violence. On la nommait encore *ὕπερχυμα*, *hypochyma*, *suffusio*, *gutta obscura*, *caliginosa*, etc.