

Disons avant de terminer ce qui a rapport à l'étiologie de la cataracte congénitale qu'elle est assez fréquemment héréditaire. Je l'ai souvent rencontrée chez plusieurs personnes de la même famille ; mais la plus belle observation de ce genre que je connaisse appartient au docteur Adalbert Grosz, de Vienne, qui l'a consignée dans sa Thèse (Vienne, 1845). Elle est relative à six enfants nés des mêmes parents, qui tous ont été atteints de cette maladie.

Traitement de la cataracte congénitale. — Lorsque la cataracte est complète ou qu'elle est assez avancée pour empêcher les enfants de se conduire et de s'instruire, l'opération doit être pratiquée, s'il se peut, sur les deux yeux dans la même séance. L'opération par extraction est absolument contre-indiquée à cause

cette agénésie doit avoir existé pendant la vie fœtale; on a toujours observé l'hémiplégie chez cette enfant; cette hémiplégie existait avant la convulsion dont l'enfant a été atteinte vers sa quatrième année : donc ce n'est pas cette convulsion qui a produit la paralysie. Aujourd'hui, le membre thoracique est plus petit, plus court, moins volumineux que celui du côté opposé. La santé générale de l'enfant est satisfaisante; son intelligence a subi la même influence que les membres; elle s'est arrêtée dans son développement.

Ces phénomènes fonctionnels me semblent dépendre d'un arrêt de développement de la pulpe cérébrale, accident dépendant d'un état pathologique survenu dans la vie fœtale. Il ne m'appartient pas de dire si la cécité a quelque rapport avec cet état cérébral; mais je ne suis pas éloigné de le penser.

Y a-t-il un traitement à faire à cette jeune fille?

Je ne crois pas que l'on puisse mettre en usage des agents thérapeutiques bien énergiques; mais je pense que l'on peut agir par une hygiène bien dirigée.

La maladie étant ancienne, aucun inconvénient ne pouvant résulter de l'action du cerveau, je pense que l'on doit exercer le membre malade de toutes les façons; il faut soumettre l'enfant à une gymnastique très variée; il faut faire porter des poids graduels au membre affaibli; exercer par le saut sur un pied le membre faible; on pourra ainsi obtenir l'augmentation de la portion cérébrale atrophiée.

On fera sur ces membres des frictions toniques avec de l'eau-de-vie camphrée, de l'eau ammoniacale, des teintures aromatiques, etc.

L'usage de bains froids de rivière, de bains de mer; des eaux minérales sulfureuses, celles de Bourbonne, etc., pourront être très utiles.

Relativement à l'intelligence, il importe de l'exercer par une éducation appropriée; enseigner à l'enfant la musique, le chant, le calcul, la lecture, l'écriture, etc. Il faut insister beaucoup sur ces moyens d'éducation, c'est la gymnastique de l'intelligence.

Il est possible que, par la croissance, le cerveau, venant à se développer comme les autres organes, les accidents diminuent d'une manière notable.

Quant à l'usage des aliments, des boissons et des autres agents de l'hygiène, on se bornera à éviter tous les excitants énergiques.

ROSTAN.

Paris, le 15 juillet 1847.

des cris, des mouvements continuels et désordonnés des enfants; enfin, de l'impossibilité où l'on est de maintenir leurs paupières convenablement fermées pendant le temps nécessaire. C'est donc par abaissement ou par broiement qu'il convient d'attaquer le mal. Voici le procédé que j'emploie habituellement :

L'enfant est couché sur une planche étroite de même longueur que lui. On l'y fixe en l'enroulant au moyen d'une longue bande que l'on applique depuis les épaules jusqu'aux pieds inclusive-ment, en ayant soin de serrer convenablement les genoux et les coudes pour s'opposer à tout mouvement. Le petit malade est placé sur un lit ou sur un meuble d'une hauteur convenable. Sa tête est fixée par un aide et soutenue par un petit coussin. Ses paupières sont écartées au moyen d'élevateurs lorsque le globe est enfoncé, et l'œil, maintenu immobile par une pince à griffes appliquée sur la conjonctive, comme dans l'opération de la pupille artificielle (Voy. vol. II, p. 546). Une aiguille tranchante d'un seul côté est introduite par le côté externe de la sclérotique, ou, s'il y a lieu d'en agir ainsi, par la cornée même et dirigée sur la cataracte qui, suivant la densité est, ou abaissée, ou divisée en larges fragments, ou broyée sur place en divers points. (Voyez les *procédés opératoires d'abaissement pour les détails.*)

L'opération de la cataracte congénitale présente de très nombreuses chances de succès chez les enfants les plus jeunes. Je n'ai jamais vu d'accidents sur des enfants de quelques semaines, de deux, trois mois; j'en ai opéré bon nombre à six mois, et j'ai constaté que, plus on se rapproche de l'époque de la naissance, plus on a de chances, si l'on opère les deux yeux, d'éviter le strabisme, et, par conséquent, la perte d'un œil pour la vision. Chez les sujets de quinze mois, deux, trois ans et plus, on ne réussit à rendre la vue véritablement bonne qu'à un seul œil, l'autre restant toujours dévié.

QUATRIÈME VARIÉTÉ. — *Cataracte traumatique.* — La lésion de la capsule et du cristallin produit une cataracte *lenticulaire*, et quelquefois une *capsulo-lenticulaire*. Si l'ouverture qui met le cristallin en rapport avec l'humeur aqueuse est étroite, aucun débris de ce corps ne s'échappe par la blessure de la cristalloïde. Le cristallin se montre alors sous la forme d'une opacité d'un blanc bleuâtre à peu près uniforme; la couleur bleue augmente à mesure qu'approche le moment où la cataracte devient complète.

On ne voit aucune strie, aucune ligne opaque se rendant de la circonférence au centre.

Cette variété ressemble parfaitement à la cataracte congénitale, quant à ses caractères physiques. Molle comme cette dernière, elle n'est cependant pas d'un volume considérable, à moins que l'ouverture capsulaire ne soit très large et qu'il n'y ait dans la suite une imbibition considérable du cristallin. L'*ombre portée* existe comme dans la cataracte lenticulaire dure; l'iris est mobile, nullement bombé en avant, la pupille a tous ses mouvements.

Il arrive souvent que les cataractes traumatiques partielles se guérissent spontanément, sans résorption du cristallin. Dans ce cas, la blessure de la capsule se ferme rapidement, et tout se borne à une petite tache blanchâtre sur cette membrane et dans la couche sous-jacente de la lentille. J'ai quelquefois vu le cristallin devenir progressivement opaque dans une étendue assez considérable, puis une transparence parfaite succéder à ces symptômes, qui devaient naturellement faire craindre une cataracte traumatique générale. On peut à volonté reproduire ce cas sur les animaux, et en particulier sur les lapins; mais je dois dire que chez l'homme, la blessure de la capsule est le plus ordinairement suivie du trouble général de la lentille.

Lorsque la blessure de la capsule est grande, des flocons blancs bleuâtre s'en échappent, et viennent faire saillie dans la pupille ou tomber dans la chambre antérieure; peu à peu ils se résorbent entièrement. Si l'ouverture ne s'est point refermée, on voit la lentille diminuer par degrés sous l'influence de la résorption, puis disparaître complètement. Si des exsudations se sont développées sur la capsule, ce qu'on voit le plus souvent quand l'iris a été atteint en même temps qu'elle, la cataracte lenticulaire se transforme en cette autre variété de cataracte qu'on a nommée aride sili-queuse, et dont nous parlerons plus loin.

CINQUIÈME VARIÉTÉ. — *Cataracte glaucomateuse*. — Par ce nom, on n'entend point désigner une cataracte *verte*, mais bien une cataracte molle très volumineuse et d'un blanc mat, qui est consécutive de l'affection connue sous le nom de *glauçôme*. Dans cette variété de cataracte, toutes ou presque toutes les membranes oculaires se trouvent avoir subi les altérations notables qu'on rencontre toujours dans la maladie qui l'a précédée. La pupille est immobile, irrégulière; l'iris, décoloré et

retiré fortement vers le corps ciliaire, est d'un gris ardoise. La vision est nulle. Quant à la cataracte même qui est venue s'ajouter à cette désorganisation profonde de l'œil, elle n'offre rien de particulier, à part sa mollesse et son volume. Le plus souvent elle est d'une couleur blanche, laiteuse, à peu près égale partout; quelquefois elle est grisâtre et d'autres fois verdâtre à son centre quand le noyau a conservé une certaine dureté. Ce serait perdre du temps que d'indiquer les caractères diagnostiques différentiels de cette variété, si improprement nommée glaucomateuse, et de celle que nous avons décrite plus haut sous le nom de *verte simple*.

La cataracte qui accompagne le glauçome n'est pas nécessairement molle; assez souvent je l'ai vue avec tous les caractères de la cataracte lenticulaire dure. Si j'ai classé ici la cataracte glaucomateuse, c'est que le plus souvent le cristallin se ramollit et se trouble quand le glauçome devient complet.

La *cataracte glaucomateuse* n'est point opérable, la désorganisation de la rétine ayant précédé l'opacité lenticulaire.

III. — Cataractes lenticulaires liquides.

La cataracte liquide, dite *morgagnienne*, qu'on a nommée aussi *hydropisie du cristallin*, n'est assurément que le plus haut degré de ramollissement du cristallin, sous l'influence duquel les couches corticales se dissolvent peu à peu d'abord, puis successivement les couches plus profondes et quelquefois même, avec le temps, chez les sujets encore jeunes, la plus grande partie et même la totalité du noyau cristallinien lui-même.

On a longtemps discuté sur les circonstances pathologiques qui président à sa formation, et l'opinion de ceux qui admettent encore un liquide morgagnien normal et devenant opaque n'a plus cours aujourd'hui, depuis que l'anatomie a nettement démontré que ce liquide n'existe pas. Si, après la mort, on trouve entre la capsule et la lentille une matière fluide et transparente, cela tient à une dissolution cadavérique des couches corticales les plus rapprochées de la capsule, et pendant la vie, comme le pensent Wharton Jones et d'autres encore après lui, à une absorption par endosmose d'une certaine partie de l'humeur aqueuse sous l'influence d'un état pathologique du cristallin, ou plutôt, à mon avis, à une maladie de la cristalloïde elle-même. Les diverses opinions émises à ce sujet

sont exposées avec netteté par M. Wilde, dans un travail qu'il a fait sur cette maladie (1), et à la suite duquel il raconte quatre observations intéressantes qui lui appartiennent. La plus singulière de ces opinions c'est assurément celle de Pott, qui croit que tout le cristallin peut se fluidifier sans perdre de sa transparence. De même que M. Wilde, je n'ai rien vu de semblable, et je suis porté à croire qu'il y a ici une erreur d'observation que je m'étonne de voir partagée par M. Lawrence. En effet, si le cristallin conserve sa transparence, il n'y a pas de cataracte, et l'erreur de Pott doit avoir été provoquée par quelque cas de ramollissement du corps vitré dans lequel la lentille s'abaissait ou venait flotter ou s'engager dans la pupille (voy. *Luxation du cristallin*, p. 10).

De même que dans les cataractes molles considérées en général, le cristallin devient opaque dans son noyau, ou conserve sa transparence pendant un temps excessivement long. On observe aussi, surtout chez les personnes âgées, que le noyau cristallinien ayant pris une densité pathologique et présentant tous les caractères d'une cataracte dure, les couches corticales se ramollissent, puis se liquéfient, et que la cataracte liquide devient alors une cataracte mixte dans laquelle on trouve, à l'extraction, d'abord un liquide lactescent plus ou moins abondant, puis un noyau jaune ambré résistant, d'une grosseur variable, mais toujours peu volumineux, comme dans un grand nombre de cataractes ordinaires. J'ai vu bien souvent des cas analogues, et assurément la cataracte liquide, avec ces diverses formes que l'on pourrait prévoir *à priori*, n'a rien de rare ni d'extraordinaire. On ne trouvera donc rien d'exceptionnel à classer toutes ces variétés sous une même dénomination, car ce sont des cataractes molles à un haut degré, rien de plus; aussi je crois qu'il serait bien à désirer que le nom de *cataracte morgagnienne* fût complètement rayé des cadres d'une science déjà si encombrée de subdivisions inutiles.

L'anatomie pathologique de ces cataractes ne les différencie nullement des cataractes molles; on y trouve un noyau jaune, en tous points analogue à celui des cataractes lenticulaires. Chez les personnes âgées, ce noyau présente les changements ordinaires du cristallin sénile scléromateux. La capsule est normale; quelquefois elle est un peu striée, surtout dans les cataractes anciennes. Quel-

(1) Wilde, *Remarques sur la cataracte de Morgagni*. (Voyez *Archives d'ophtalmologie*, 1853, t. I, p. 166.)

ques noyaux de cellules y adhèrent; çà et là, en même temps, de l'épithélium en pavés. « Le liquide contenu dans la capsule, ordinairement lactescent, se compose d'une émulsion de rudiments cristalliniens, et d'éléments de cellules en partie non développés, en partie rétrogradés, le tout suspendu dans un menstruum amorphe, granuleux. » (Græfe.)

CARACTÈRES ANATOMIQUES. — *Début*. — Il se présente sous deux formes: dans la première, le cristallin, en partie opaque, et d'une teinte à peu près uniforme, semble être séparé de la capsule par un liquide transparent; dans la seconde, de nombreuses stries existent dans la substance corticale, et la plupart sont brisées et déjà à moitié dissoutes. Dans l'un comme dans l'autre cas, toute la surface du cristallin est presque liquéfiée.

La *cataracte liquide complète* se distingue par une opacité générale de la lentille, dont la couleur blanc sale prend une teinte d'autant plus jaune que la dissolution est plus avancée. Le liquide intra-capsulaire se dépose par couches de densité différente, lorsque l'œil du malade est en repos depuis quelque temps. On voit alors un phénomène facile à prévoir: à la partie la plus déclive, se trouve une opacité jaune foncé, qui s'élève plus ou moins et dont le niveau tranche, par sa couleur, sur la partie inférieure de la couche de liquide moins opaque placée au-dessus; de sorte qu'à la partie supérieure de la capsule, transversalement striée autant de fois qu'il y a de couches diverses, on remarque un liquide transparent, souvent incolore (voy. fig. 10). Quelques mouvements de l'œil ou quelques frictions à la surface de cet organe font disparaître la différence de densité du liquide, qui reprend la teinte générale dont nous avons parlé d'abord. On peut remarquer assez fréquemment, avec un peu d'attention, que des débris de cristallin se déplacent dans le liquide renfermé dans la capsule. Rarement le cristallin est complètement dissous; son noyau, devenu très petit par suite de la fonte des couches corticales, flotte librement dans le liquide intra-capsulaire, auquel il imprime une sorte de fluctuation pendant les mouvements de l'œil. Il n'est pas rare que l'iris, appliqué exactement sur la capsule, éprouve des oscillations pour la même cause.

À part ces caractères particuliers, la cataracte liquide se reconnaît aux mêmes signes que les précédentes. Elle présente assez



souvent un fort grand volume ; le cercle uvéen est très apparent, et l'iris est poussé dans la chambre antérieure ; il n'y a point d'ombre portée sur la capsule ; cette dernière membrane est très souvent malade quand la cataracte est ancienne.

Voici un fait dans lequel la cataracte liquide présentait un noyau flottant visible, se déplaçant suivant les mouvements de la tête et de l'œil.

Observation. — Mariot, ouvrier, âgé de quarante-quatre ans, du département de Lot-et-Garonne, s'est présenté à ma clinique dans l'état suivant :

La cornée de son œil gauche est saine ; la chambre antérieure légèrement diminuée ; l'iris un peu bombé en avant, la pupille moins mobile que de coutume, à cause de la pression exercée par la capsule poussée en avant. Il y a une cataracte de couleur blanc sale, légèrement plus foncée vers le centre ; à la circonférence et surtout en haut, quand l'œil est immobile, le liquide contenu dans la capsule est d'une couleur un peu bleuâtre. En examinant l'œil, on constate que le noyau du cristallin, d'une couleur jaune ambrée, est réduit à peu près à la moitié de ses dimensions ordinaires, flotte dans la capsule, et se déplace dans tous les sens. Lorsque l'œil est immobile, il vient se placer à la partie inférieure, et son bord supérieur se couche contre l'iris, qu'il pousse un peu en avant. Si le malade rejette la tête en arrière, la cataracte prend une teinte uniforme et le noyau disparaît complètement, caché dans le liquide.

Le 25 mai 1854, je pratique la déchirure de la capsule par la sclérotique, et tout aussitôt un liquide blanchâtre s'en échappe et vient troubler la transparence de l'humeur aqueuse. Quelques flocons, plus épais que les autres, se déposent après un instant à la partie déclive de la chambre antérieure.

Je n'ai pas jugé prudent d'essayer l'abaissement du noyau, parce que, après l'ouverture de la capsule, il n'était plus possible de suivre la manœuvre dans la chambre postérieure. Dès ce moment, je me proposais de revenir à une deuxième opération aussitôt que les parties seraient redevenues translucides.

Dès le 27 mai, la plus grande partie de la chambre antérieure avait repris sa transparence ; il n'y avait pas de rougeur, et le malade sortit de la clinique.

Depuis ce moment jusqu'au 8 juin, la résorption fait des progrès tels que l'on voit très bien le noyau placé en arrière, en partie

couché derrière l'iris ; je l'abaisse avec une aiguille ordinaire, et tout aussitôt le malade distingue les objets qu'on lui présente.

A partir de ce moment, l'œil fut complètement guéri.

J'ai revu ce malade un an après l'opération, et la guérison s'était maintenue. Les lunettes à cataracte ordinaires lui permettaient de lire aisément.

CARACTÈRES PHYSIOLOGIQUES. — Ils sont exactement les mêmes que ceux de la cataracte molle.

MARCHE. — *PRONOSTIC.* — La marche de cette cataracte est d'ordinaire très lente pendant quelque temps, mais elle devient rapide lorsque la dissolution est un peu avancée : c'est surtout chez les personnes âgées qu'on rencontre la cataracte liquide. Le pronostic doit en être réservé, comme celui de la cataracte molle.

Variétés de la cataracte liquide.

PREMIÈRE VARIÉTÉ. — *Cataracte interstitielle.* — *Cataracte laiteuse.* — C'est du nom d'*interstitielle* qu'on a appelé, en France plus particulièrement, la *cataracte liquide* (dite de Morgagni) que nous venons de décrire. Cette cataracte ne me paraît point mériter une description à part. L'opacité commence par les couches superficielles et s'étend de là progressivement aux couches plus profondes de la lentille, en marchant régulièrement de la surface au centre ; rien d'ailleurs ne distingue cette variété de la cataracte liquide ordinaire. La superposition des débris de la lentille se fait, comme nous l'avons dit, par couches distinctes, lorsque l'œil est en repos.

La cataracte *laiteuse*, autre variété, n'est que la cataracte liquide commençante. Elle se distingue par sa couleur qui est celle du lait, par une uniformité de teinte blanchâtre toute particulière, faciles à reconnaître dès qu'on les observe une seule fois. On voit souvent dans la masse quelques petits débris flottants, quelques lignes onduleuses mobiles qui la font reconnaître aussitôt. Si l'on pique la capsule, un jet blanchâtre s'en échappe, vient en tourbillonnant tomber dans la chambre antérieure et trouble la transparence de l'humeur aqueuse. C'est d'ailleurs là un phénomène commun à toutes les cataractes liquides.

DEUXIÈME VARIÉTÉ. — *Cataracte cystique.* — Cette cataracte ne

présente d'autre caractère particulier que celui de la liquéfaction souvent complète du cristallin ; dans cette variété , la capsule a été comparée à un kyste renfermant un liquide, qui peut être de diverses qualités : de là les dénominations de cataractes purulentes, fétides, putrides, etc.

Le pus a été rarement observé dans la capsule ; les seuls auteurs qui paraissent en avoir trouvé sont Schmidt, Travers, Schiferli, M. Velpeau. Tantôt c'est à la suite d'un coup qu'on a rencontré ce phénomène (Travers) ; tantôt, et plus fréquemment, c'est sur des sujets scrofuleux ou épuisés. Quelquefois le pus, dont l'odeur dans cette maladie est généralement fétide, est logé dans un kyste placé entre le cristallin et la capsule antérieure (Beer), ou entre le cristallin et le feuillet postérieur de la cristalloïde (Schmidt).

Il est assez commun que la capsule soit malade dans la cataracte cystique, qu'on range alors parmi les cataractes capsulo-lenticulaires.

Je ne dirai rien des *cataractes purulentes et fétides*, parce qu'elles rentrent dans la variété qui nous occupe ; d'ailleurs, comme ces cataractes ont généralement été observées à la suite de blessures, il est prudent de croire que le pus s'était formé ailleurs que dans la capsule. Dans ma pratique, du moins, je n'ai jamais rien vu de semblable.

TRAITEMENT DES CATARACTES LIQUIDES. — Bien que je doive m'occuper plus tard de ce traitement, je crois devoir dire dès à présent qu'on ne saurait trop faire attention au choix du procédé lorsqu'on a affaire à une cataracte liquide.

La capsule est-elle transparente ? est-elle au contraire épaissie, comme cela se voit quand la cataracte existe depuis fort longtemps ? le corps vitré est-il ramolli ?

S'il n'y a pas de synchysis, ce que l'on reconnaît à l'absence de flottement de l'iris autre que celui occasionné par le ballotement du cristallin dans la capsule, et que celle-ci soit transparente, on doit toujours choisir l'extraction inférieure. La raison de ce choix, c'est que, après la sortie du liquide contenu dans la capsule, le cristallin, réduit à un petit volume, plonge derrière l'iris, qu'on a beaucoup de peine à l'extraire et que quelquefois même on est obligé de l'abandonner.

On a soin aussi de faire à la cornée une ouverture d'un quart environ plus étroite que d'ordinaire.

Si la cataracte est compliquée d'opacités de la capsule, ce que l'on reconnaît aux rides nombreuses et fixes qu'elle présente, après l'incision de la cornée, on saisit la capsule avec un crochet et on l'extrait ainsi quelquefois tout d'une pièce.

Il est mieux, pour ces opérations, que le malade soit couché qu'assis.

CATARACTE BRANLANTE OU FLOTTANTE. — On nomme ainsi une cataracte dans laquelle le cristallin présente, d'avant en arrière ou latéralement, des mouvements d'oscillation plus ou moins marqués.

Parmi les causes pouvant produire ce phénomène, on note le synchysis ou ramollissement de l'humeur vitrée, l'hydrophthalmie, la rupture des adhérences normales de la lentille par un coup violent, la liquéfaction des couches externes du cristallin. Quelquefois les mouvements du cristallin sont assez peu visibles : c'est une sorte de petit tremblement difficile à reconnaître ; dans d'autres cas, les oscillations sont si fortes, que la lentille vient presque toucher la cornée. J'ai observé ce dernier fait sur un vieux soldat, dont j'ai rapporté l'histoire, il y a plusieurs années, dans la *Gazette des hôpitaux*, numéro du 9 septembre 1841, p. 449, et dans d'autres cas qui se sont quelquefois terminés par la luxation du cristallin.

CATARACTE LUXÉE. — Un coup porté sur l'œil ou dans son voisinage déchire la capsule, et le cristallin sort de sa membrane pour se porter dans un lieu inaccoutumé.

On le voit dans la chambre antérieure, couché à plat, ou appliqué exactement contre la cornée, de sorte que la pupille se trouve masquée ; d'autres fois, et c'est le cas le plus ordinaire, il reste dans la chambre postérieure, et s'y montre placé de toutes sortes de manières. Je l'ai vu s'abaisser après un coup et conserver toute sa transparence même après plusieurs mois ; l'état de l'œil simulait alors une amblyopie : j'en ai déjà rapporté un exemple plus haut (voyez p. 19).

A ce point de vue, l'abaissement de la lentille pourrait être considéré comme la luxation artificielle de ce corps.

Une fois j'ai vu le cristallin, encore transparent, luxé sous la conjonctive bulbaire, après une plaie contuse de la sclérotique. S'il n'est pas opaque au moment où un coup vient déchirer la capsule, il le deviendra peu à peu ou rapidement, selon qu'il aura

été plus ou moins lésé. On voit des cas singuliers, dans lesquels des individus peuvent faire passer à volonté dans la chambre antérieure le cristallin transparent et entouré de sa capsule, et le replacer ensuite dans la chambre postérieure, sans aucun accident du côté de la vision; mais ce fait est exceptionnel, et n'a d'ailleurs de rapports avec la cataracte luxée qu'autant, ce qui arrive, il est vrai, souvent dans ce cas, que le cristallin finirait par se déchatonner avec ou sans sa capsule, et par se fixer dans la chambre antérieure (voyez *Luxation du cristallin*, p. 10 et suiv.)

CARACTÈRES DIFFÉRENTIELS DES CATARACTES LENTICULAIRES
DURES, MOLLES ET LIQUIDES (1).

DURES.	MOLLES.	LIQUIDES.
<i>Opacité s'avancant de la partie centrale du noyau du cristallin à la surface. Tache grise, verte ou noire par exception. Circonférence du cristallin conservant toujours un peu de transparence.</i>	<i>Opacité s'avancant de la surface au centre. Stries blanches ou ambrées se réunissant souvent au milieu de la lentille, qu'elles partagent à sa surface en un grand nombre de triangles. Tache quelquefois uniforme, blanc bleuâtre ou d'apparence caséuse. Circonférence toujours opaque.</i>	<i>Opacité s'avancant de la surface au centre, se superposant par couches pendant le repos de l'œil, et laissant voir quelquefois le noyau mobile du cristallin. Tache uniforme, quelquefois laiteuse, gris jaunâtre, quand l'œil est en mouvement. Circonférence toujours opaque.</i>
<i>Volume très petit.</i>	<i>Volume très grand.</i>	<i>Volume très grand.</i>
<i>Iris très mobile; — nullement bombé.</i>	<i>Iris peu ou point mobile; — bombé fortement en avant.</i>	<i>Iris peu ou point mobile, présentant quelquefois des oscillations d'avant en arrière.</i>
<i>Ombre portée large.</i>	<i>Ombre portée nulle.</i>	<i>Ombre portée nulle.</i>
<i>Chambre postérieure très grande. — Cercle uvéen peu ou point visible. — Chambre antérieure à l'état normal.</i>	<i>Chambre postérieure détruite. — Cercle uvéen très grand et très apparent. — Chambre antérieure diminuée.</i>	<i>Idem.</i>
<i>Vision meilleure à une lumière modérée, presque jamais absolument abolie.</i>	<i>Vision toujours abolie tout à fait. — Sensation de la lumière très souvent obtuse.</i>	<i>Vision toujours abolie tout à fait. — Sensation obtuse de la lumière.</i>
<i>Marche très lente et galé.</i>	<i>Marche lente, d'ordinaire fort inégale, quelquefois très rapide.</i>	<i>Marche très lente et égale; — rapide seulement quand la dissolution est avancée.</i>

(1) Les caractères indiqués dans ce tableau ne sont vrais que d'une manière générale; ainsi, le volume des cataractes molles et liquides, le plus souvent très grand, est petit dans les cataractes congénitales et dans les cataractes molles et liquides anciennes, etc.

B. — CATARACTES CAPSULAIRES.

Il semble qu'il serait presque superflu, après avoir donné plus haut (voy. p. 58) l'anatomie pathologique de la cataracte capsulaire, de revenir sur la question de savoir ce qu'on doit entendre par cette maladie. Cependant, comme l'état réel de la question est loin d'être généralement connu ici, on me permettra d'ajouter quelques mots pour l'exposer d'une manière plus nette.

Dans le commencement de ce siècle, et jusqu'à ces dernières années, les médecins français, imitant en cela le professeur Sanson dont les idées faisaient loi pour eux, croyaient que la cataracte capsulaire était aussi fréquente que la lenticulaire. La cause de cette erreur venait de ce qu'ils confondaient les cataractes lenticulaires corticales striées avec des opacités de la capsule, n'imaginant pas que ces taches inégales de couleur pussent siéger ailleurs que dans la membrane d'enveloppe du cristallin, tant elles étaient superficielles.

M. Malgaigne, aujourd'hui professeur à la Faculté, avait, de même que le plus grand nombre, sinon partagé, au moins accepté cette erreur, lorsque, chargé d'un service de vieillards, il eut l'idée de rechercher la vérité. Il examina, dans ce but, un assez grand nombre d'yeux de vieillards, tous atteints de cataractes molles striées, et, trouvant toujours la capsule transparente et saine, il fit une communication à l'Académie des sciences, nia absolument que la capsule pût devenir opaque, et lança cette fameuse phrase tant de fois répétée depuis: « Examinez une capsule cristalline chez tel cataracté que vous voudrez, lavez-la avec précaution: vous la trouverez toujours aussi transparente que Dieu l'a faite. »

M. Malgaigne relevait une erreur, assurément; mais en niant ainsi l'existence de la cataracte capsulaire, il entendait surtout prouver aux ophthalmologistes que toutes les maladies que, selon lui, ils appelaient de ce nom, devaient rentrer dans le cadre des cataractes lenticulaires. Il ne s'apercevait pas qu'il tombait lui-même dans une autre erreur, que ceux qu'il accusait ne partageaient certes pas. En effet, les ophthalmologistes français ne confondaient nullement alors, pas plus qu'aujourd'hui, les taches adhérentes à la cristalloïde ou les cataractes capsulaires avec la cataracte lenticulaire corticale. Cette erreur, au contraire, le plus grand nombre des médecins la faisaient, et assurément aucun