

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

oculiste n'aurait entrepris des recherches semblables à celles que fit alors le chirurgien de Saint-Louis, parce que le résultat qu'il trouvait était depuis bien longtemps monnaie courante pour eux.

M. Malgaigne s'écrie donc qu'il n'y a pas de cataracte capsulaire, parce qu'il a toujours lavé proprement et rendu nette la capsule de tous les cristallins qu'il a examinés, et dès ce moment une discussion des plus vives s'engage.

Tout d'abord les ophthalmologistes surpris, et ne pouvant s'imaginer qu'il s'agit simplement d'un diagnostic différentiel entre les cataractes corticales et les capsulaires, s'écrient que c'est une hérésie, et qu'il y a des cataractes capsulaires, entendant par là que la cristalloïde ne peut pas être toujours aussi facilement mise à néant. Ils ajoutent qu'ils savent de nombreux cas dans lesquels ils diagnostiquent des opacités dont on ne peut avoir si bon marché, puisque, si l'on persiste à enlever les taches, on enlève en même temps le tissu dans toute son épaisseur, et que l'on trouve enfin la capsule dans l'endroit opaque.

Telle fut la première phase de cette question si débattue : d'un côté, on niait donc la cataracte capsulaire, parce qu'on en avait confondu jusque-là les caractères distinctifs avec ceux de la lenticulaire corticale; de l'autre, on en affirmait l'existence.

De part et d'autre il fallait donner ses preuves, et, dès lors, la question, devenant plus scientifique que pratique, sortit pour ainsi dire des limites qui la renfermaient à son origine. Il ne fut pas difficile, assurément, de constater que la capsule ne pouvait pas être aussi facilement débarrassée que M. Malgaigne l'avait avancé de certaines taches qu'elle présentait, et que ces taches ne pouvaient être confondues sur l'homme vivant avec les opacités corticales.

Mais, à partir de ce moment, le microscope vint se mêler de la partie, et suivant que cet instrument était sous l'œil de tel ou tel observateur, les *opacités adhérentes* à la capsule, faisant corps avec elle (car il ne s'agissait plus désormais que de celles-là), étaient ou n'étaient pas primitivement ou consécutivement dans le tissu propre de la capsule, la traversaient ou non de part en part, etc. Enfin, après plusieurs années de recherches et de discussions, on a généralement accepté (1856) qu'il y a de véritables opacités capsulaires, c'est-à-dire des modifications organiques propres à la capsule, et qui en modifient la transparence, ou, ce qui est moins admis, de simples dépôts pseudo-membraneux ou cal-

caires adhérents seulement à la face antérieure de la membrane d'enveloppe du cristallin.

Pour la pratique, nous conserverons donc tout entières nos anciennes descriptions; nous réservant de décrire à part les fausses membranes pupillaires adhérentes à l'iris, nous appellerons *cataracte capsulaire* toute opacité non adhérente à l'iris qui épaissit le tissu de la cristalloïde et l'empêche de se déchirer comme à l'état normal. Là, nous classerons la cataracte capsulaire sous les noms d'antérieure, de postérieure et d'antéro-postérieure.

Pour la science histologique, nous prendrons les divisions de M. Robin, que nous avons rapportées plus haut. (Voy. ANATOMIE PATHOLOGIQUE, p. 58.) Nous comprendrons ici les mêmes cataractes sous deux chefs seulement : les pseudo-membraneuses, les phosphatiques; mais nous ne donnerons aucune description spéciale étendue, leur nature ne pouvant être reconnue que sous le microscope (1).

Cataracte capsulaire antérieure.

Le cachet particulier de cette maladie, c'est d'affecter presque toujours le centre de la membrane et de demeurer partielle, c'est-à-dire de laisser intacte une certaine étendue de la cristalloïde.

Les causes de la cataracte capsulaire, telle que nous l'avons définie plus haut, sont nécessairement différentes. L'opacité peut venir : *a.* d'exsudations organisées; ou *b.* d'un épaississement des couches intra-capsulaires de la lentille; ou *c.* enfin, ce qui est extrêmement rare, de modifications véritables du tissu cristalloïdien, modifications qui sont ordinairement phosphatiques.

a. Les exsudations, une fois disposées à la surface de la capsule, ou s'atrophient, ou s'organisent : dans le premier cas, elles peuvent ne laisser aucune trace; dans le second, elles doublent la surface iridienne de la capsule et provoquent au-dessous d'elles-mêmes, à la surface lenticulaire de la cristalloïde, une opacité

(1) Nous ferons observer ici, une fois pour toutes, combien ceux qui, comme nous, ont pensé que la capsule demeurait entièrement transparente dans les cataractes capsulaires, étaient près de la vérité, puisque dans ces cataractes les taches, qu'elles soient de nature pseudo-membraneuse, grasseuse, phosphatique, ne siègent que dans 1/100^e environ de l'épaisseur de la membrane, et toujours (pourquoi toujours?) à la surface extérieure de la cristalloïde, soit du côté de la cornée, soit du côté du corps vitré. (Voyez Anatomie pathologique, p. 68.)

étendue dont le siège n'est autre que les couches intra-capsulaires ou épithéliales. La capsule demeure saine entre ces deux couches opaques, mais elle ne peut pas toujours en être complètement séparée, même par un lavage très attentif.

b. Les couches intra-capsulaires ou épithéliales devenant opaques, comme elles font partie, non de la capsule, mais de la lentille, c'est dans les cataractes lenticulaires que devrait naturellement rentrer cette variété. Mais au point de vue pratique seulement, et pour les raisons que nous avons exposées, il n'en peut être ainsi.

Les couches intra-capsulaires peuvent devenir opaques :

Quand une exsudation repose à la surface iridienne de la capsule ;

Lorsque cette exsudation, après avoir existé quelque temps à la surface iridienne, s'y est résorbée ;

Lorsqu'une cataracte molle lenticulaire a existé pendant de longues années, et que le cristallin a notablement perdu de son volume ;

Après l'abaissement ou l'extraction de la cataracte lenticulaire, ou à la suite de cataractes lenticulaires traumatiques.

Dans la première et dans la seconde de ces conditions, le cristallin demeure transparent dans toutes ses parties, sauf dans celle limitée par la tache ; dans la troisième, il est opaque, et, pratiquement, il faut considérer l'affection comme une cataracte capsulo-lenticulaire. Dans la quatrième, les couches intra-capsulaires qui restent adhérentes à la capsule et sont transparentes au moment de l'opération deviennent opaques sous l'influence de l'action de l'humeur aqueuse, et peut-être aussi par suite d'un état inflammatoire de l'œil (voyez *Cataracte secondaire*).

c. Les dépôts calcaires ou phosphatiques observés dans l'épaisseur même de la capsule ne paraissent jamais se développer ni comme conséquence de l'organisation des fausses membranes, ni comme résultat de l'opacité des couches intra-capsulaires ou épithéliales. Le plus ordinairement les dépôts se forment d'emblée, et plus fréquemment dans les cas graves de maladies internes, tels que les choroïdites et les iritis chroniques, qu'en coïncidence avec l'état normal des membranes oculaires.

Maintenant nous allons décrire d'une manière générale les caractères au moyen desquels on peut distinguer sur le vivant, et

au point de vue chirurgical, les caractères de la cataracte capsulaire antérieure.

1^o *Cataracte capsulaire antérieure proprement dite.*

CARACTÈRES ANATOMIQUES.—Ils suffisent parfaitement bien pour distinguer la cataracte capsulaire de la lenticulaire. La cataracte capsulaire antérieure se présente le plus souvent sous la forme d'une tache plus ou moins grande, placée dans la pupille, et sans adhérence aucune avec l'iris. Cette tache offre un aspect différent suivant l'origine de la maladie que nous venons tout à l'heure d'étudier sommairement.

I. Lorsqu'elle est formée par des exsudations à la surface de la capsule, actuellement abandonnées par l'iris qui a repris ses mouvements complets, sa liberté, elle a l'apparence exacte des fausses membranes pupillaires, sauf qu'elle n'est pas compliquée de synéchie postérieure. Son trait particulier est l'agglomération d'aspérités réunies entre elles et ayant pour base une exsudation généralement annulaire. Ainsi la tache est inégale dans sa couleur comme à sa surface, plus blanche, plus mate dans un endroit que dans un autre ; elle est là assez unie, tandis que dans le point le plus voisin elle offre des aspérités inégales en hauteur, en forme, en couleur. Les unes ont un aspect de poussière de plâtre, crayeuse, d'un jaune plus ou moins foncé, ou le plus souvent semblable à un mur récemment récrépi ; d'autres représentent une très grande agglomération de petites élévations rugueuses plus ou moins rondes à leur base, et dont on peut comparer la forme et l'arrangement à la disposition que prendrait une légère couche d'axonge, comprimée entre deux feuilles de papier qu'on séparerait brusquement. Ces plaques se répandent du centre de la capsule vers un point qui en est généralement peu éloigné, et s'isolent alors les unes des autres. Quelquefois, surtout quand l'iris s'est fortement enflammé et que la matière exsudée a été fort abondante, la tache centrale principale qui est entourée à distance de ces aspérités crayeuses est renfermée dans une bandelette annulaire exsudative dont les limites et la forme sont toujours mal arrêtées.

Mais nous avons dit plus haut que les exsudations pupillaires s'accompagnent toujours, quand elles sont épaisses, d'un trouble dans les couches intra-capsulaires de la lentille ; dans la forme

de la cataracte qui nous occupe, il en est ainsi. Il en résulte naturellement que l'aspect doit varier par suite de cette complication ; en effet, à ces aspérités que nous avons décrites et qui font saillie à la surface de la cristalloïde, il faut ajouter des plis formés par la capsule et dont nous parlerons à propos de la cataracte formée par l'opacité des couches intra-capsulaires, et d'autres taches d'un blanc plus régulièrement de même teinte, reposant à la base des aspérités, et dont l'ensemble paraît être composé d'une multitude de petites taches toutes égales, uniformes et lisses. Toutes ces petites taches reposant derrière la capsule sont luisantes dans les endroits où il n'y a pas d'aspérités, parce qu'elles sont recouvertes directement par cette membrane.

II. Lorsqu'elle est le résultat d'une maladie des couches intra-capsulaires voisines du centre de la capsule antérieure, il y a encore une tache centrale mal limitée, généralement plus étendue que la précédente, et dont le caractère principal est la réunion vers l'axe de l'œil de petits plis irréguliers et le plus souvent concentriques. Autour de la tache, comme dans la variété précédente, le reste de la capsule et le cristallin peuvent demeurer parfaitement sains, ou devenir plus tard opaques sans que l'aspect décrit en soit modifié.

Ces plis, dont nous parlons ici, quoique inégaux à leur surface, sont plutôt onduleux que recouverts d'aspérités aiguës. Ici pas de saillies brusques, ni d'élévation à pointe aiguë mate, à base inégale et rugueuse ; au contraire des sillons assez réguliers et à surface toujours luisante.

En regardant l'œil sous une ligne oblique, on voit très aisément que, dans ce cas comme dans le précédent, la cataracte fait saillie au-dessus du reste de la capsule, mais celle-ci est généralement recouverte d'un vernis lisse, brillant, formé par la capsule qui l'enveloppe, tandis que l'autre a une surface rugueuse et mate.

III. La cataracte capsulaire véritable, celle qui est phosphatique, ne ressemble généralement pas aux formes qui viennent d'être décrites, bien qu'elle se combine toujours avec elles. Il lui faut des années nombreuses pour présenter les caractères physiques qui la distinguent des deux précédentes.

Quand elle est bien complète, c'est-à-dire bien ancienne, elle est mamelonnée, proéminente généralement dans la pupille, et

occupe, comme les deux autres, le milieu de la surface antérieure de la capsule.

Son trait caractéristique est d'être composée de petits mamelons crayeux ronds, réunis par leur base vers le centre de la cataracte, et isolés vers la circonférence de celle-ci.

Ces mamelons, tous de même forme, de la grosseur d'une très petite tête d'épingle, généralement arrondis, ont une couleur blanc mat, crayeuse, qu'il faut avoir vue pour se faire une idée nette de la façon dont elle tranche sur le reste de la tache. Quelques-uns sont d'un jaune d'ambre très franc ; ils sont un peu grenus à leur surface ; quelquefois, mais très rarement, l'un d'eux, qui contient de la cholestérine, a un reflet jaune métallique comme cuivré. Tous sont réunis et forment ainsi une masse arrangée à la manière d'une framboise dans laquelle il faut savoir reconnaître les plis concentriques provenant de l'opacité des couches intra-capsulaires ou épithéliales du cristallin, et en même temps, si elles existent, ce qui est plus rare, les exsudations dont nous avons parlé en premier lieu.

Là encore, mais plus souvent que dans les deux formes précédentes, le cristallin est devenu opaque, de sorte qu'il faut tenir compte, dans le diagnostic, de cette complication et des caractères particuliers de la cataracte lenticulaire. Généralement ce sont ceux de la cataracte molle, ancienne, dans laquelle la substance cristallinienne, d'abord ramollie, s'est peu à peu condensée sur elle-même en offrant un volume progressivement moindre. C'est par suite de cette sorte d'atrophie du cristallin que la capsule offre vers son centre des plis plus nombreux recouverts de mamelons phosphatiques dans cette variété, et de taches grenues lisses de substance épithéliale dans la forme précédente.

La pupille est généralement libre dans ces cataractes ; mais on comprend qu'elle peut aussi être plus ou moins adhérente, car l'iritis peut avoir atteint les yeux qui en offrent des exemples. Les chambres de l'œil peuvent être normales, agrandies ou diminuées, suivant qu'il y a ou non des complications.

CARACTÈRES PHYSIOLOGIQUES. — La vision est abaissée ou détruite, selon que l'opacité est plus ou moins large, que le cristallin et la rétine sont sains, etc.

2° *Cataracte capsulaire postérieure.* — Elle est extrêmement rare, peut-être même n'existe-t-elle pas en réalité ; et la plupart

des observations qu'on a cru en faire sur le vivant ne se rapportent qu'à des taches situées dans les couches intra-capsulaires postérieures du cristallin. Ordinairement compliquée d'autres taches du cristallin ou de la capsule antérieure, elle ne peut être diagnostiquée sur le vivant. On a vu plus haut (voyez *Anat. pathol.*, p. 59) qu'on n'a trouvé que quelques granulations épaisses, très petites, rarement une mince couche de fines granulations phosphatiques à la surface hyaloïdienne de la capsule.

Quelquefois ce qu'on a décrit sous le nom de *cataracte capsulaire postérieure* se montre sous l'aspect d'une plaque ou d'une végétation conique, située au centre même de la membrane : j'ai vu plusieurs fois cette variété qui ressemble alors à la cataracte végétante antérieure ; mais il est probable que dans ce cas la lentille est seule atteinte. Cette forme de la cataracte capsulaire postérieure est le plus souvent congénitale. Alors, selon M. d'Ammon, la maladie tiendrait à un arrêt de la circulation dans l'artère centrale de la rétine ; mais rien ne prouve que cela soit exact.

Le feuillet postérieur de la capsule, ou pour parler plus exactement, les couches intra-capsulaires de la capsule postérieure deviennent plus fréquemment opaques après les blessures de l'œil ou les opérations de cataracte à l'aiguille. Une variété de l'espèce capsulaire, nommée *aride siliquieuse*, en fournit la preuve.

Autres variétés de la cataracte capsulaire. — Cataracte pyramidale ou végétante. — Cette opacité siège au centre du feuillet antérieur de la membrane ; exceptionnellement on en rencontre des exemples dans le feuillet profond.

Au centre de la pupille on reconnaît une tache saillante, plus ou moins circulaire, et s'avancant quelquefois jusque dans la chambre antérieure, par un sommet terminé en pointe. L'ensemble de l'opacité est de forme conique ; elle semble formée de couches superposées, dont la couleur varie du blanc de craie à une teinte jaunâtre, quelquefois assez foncée. La surface en est mamelonnée et remplie d'une multitude de petites aspérités ; le reste de la capsule est transparent ; le cristallin est sain partout, sauf dans les points où il est en rapport avec la tache capsulaire. Le plus souvent la pupille est libre et très mobile ; parfois elle est adhérente en partie.

Cette cataracte a des origines différentes comme toutes les opa-

cités décrites sous le nom de *cataractes capsulaires*, tantôt elle est congénitale, ce qui est assez rare, tantôt elle est acquise.

La cataracte acquise est le plus souvent formée de couches de matière exsudative superposées à la surface de la capsule avec opacité consécutive des couches épithéliales sous-jacentes de la lentille. Quelquefois elle est le résultat d'une maladie primitive de ces couches épithéliales ou intra-capsulaires elles-mêmes, comme cela se voit dans les cataractes liquides, et alors la capsule se plisse, s'avance sous forme d'un godet ou cupule ouvert en arrière, et proémine aussi dans la pupille.

Dans le premier cas, ce n'est qu'une cataracte pseudo-membraneuse moins étendue que de coutume et d'une forme particulière ; dans le second, c'est une variété de la cataracte lenticulaire limitée aux couches intra-capsulaires centrales. On a observé dans ce dernier cas des globules graisseux dans l'épaisseur des plis de la capsule ; mais je ne sais pas que l'on ait trouvé jusqu'ici des caractères suffisants pour la ranger dans les cataractes capsulaires vraies, qui sont d'une rareté incroyablement désespérante pour ceux qui en trouvaient si souvent autrefois.

La cataracte pyramidale acquise se développe à la suite d'une iritis, plus souvent encore après une kératite centrale avec ulcération perforante. Dans ce cas, de même que la capsule, la cornée est tachée à son centre, dans une étendue variable, et c'est là ce qui explique la forme singulière du dépôt fibro-albumineux siégeant sur la cristalloïde. La cornée, frappée d'inflammation, s'est ulcérée, l'humeur aqueuse s'est écoulée au dehors, et les lèvres de l'ulcération se sont trouvées en contact avec la cristalloïde pendant un temps variable ; mais l'ulcération cornéenne, oblitérée par une exsudation récente, s'éloigne peu à peu, quelquefois brusquement, de cette séreuse, sous l'influence de la sécrétion de l'humeur aqueuse, et c'est alors que le dépôt blanchâtre de la capsule s'allonge sous forme conique, jusque dans la chambre antérieure.

On rencontre cette variété de cataracte sur des individus qui ont été atteints d'ophthalmie purulente, particulièrement sur les enfants. Lorsque la maladie existe dans les deux yeux, ces organes sont atteints d'un balancement latéral ou rotatoire (*nystagmus*).

Le nom de *capsulaire végétante* donné à cette cataracte est impropre, en ce sens que l'opacité dont nous avons indiqué la cause, loin de s'étendre lorsqu'elle est formée, tend au contraire à diminuer par la contraction du tissu fibro-albumineux et par la résorption.

La cataracte pyramidale congénitale est contestée par bon nombre de médecins ; cependant je l'ai assurément vue plusieurs fois, et je crois bien qu'elle a pu se former par suite d'une kératite intra-utérine dont les résultats ont été les mêmes que dans les cas ordinaires de perforation centrale de la cornée. Elle est alors assez ordinairement petite, peu élevée et peut même se réduire à un point opaque, microscopique, placé juste au centre de la pupille sur la capsule antérieure, comme je l'ai vu sur l'enfant nouveau-né de mon ami Vicente y Hédou. Peut-être aussi, dans quelques cas, est-elle un arrêt de développement du cristallin, limité à une très petite partie des couches intra-capsulaires.

Je vois en ce moment, à ma clinique, un des plus beaux exemples de cataracte pyramidale que j'aie rencontrés. C'est une petite fille, nommée Valentin, de l'âge de trois ans, qui est atteinte, du côté droit, de cette singulière affection. Elle n'a jamais eu aucune ophthalmie, la cornée est parfaitement claire, et, avec l'ophthalmoscope, je n'ai pu y découvrir aucune altération comme celles que démontre la déformation de l'image de la lumière dans les cas de cicatrice transparente de la cornée. L'iris est sain, de même couleur que de l'autre côté, la pupille mobile et régulière ; l'atropine la dilate rapidement.

Avant d'injecter la solution mydriatique, on constate dans la pupille une masse blanche exactement conique. La base repose sur la capsule dans la chambre postérieure, le sommet s'avance dans la chambre antérieure et touche presque la cornée. Le sommet est très aigu et un peu recourbé à son extrémité, la base à peu près du diamètre de la pupille. Cette base est placée sur un socle un peu plus large qu'elle, parfaitement distinct et plus élevé que le niveau de la cristalloïde. En regardant l'œil de côté, on voit la petite pyramide traverser toute la chambre antérieure, et l'on reconnaît aisément ainsi que la masse est un peu inégale, comme composée de couches superposées et qui auraient été séparées ensuite par l'éloignement de deux membranes entre lesquelles elles auraient été placées. Le cristallin est clair au pourtour de la cataracte ; mais la pupille étant dilatée, on y voit des stries disposées par couches, opaques, surtout à la circonférence.

La cataracte pyramidale s'observe aussi en arrière de la lentille sur la capsule postérieure ; mais il est bien difficile d'en avoir la certitude sur le vivant, même avec l'ophthalmoscope. Il est peu probable que là elle soit formée d'autre chose que de plis de la cap-

sule renfermant des couches intra-capsulaires devenues opaques.

Quelquefois la cataracte pyramidale se voit simultanément sur les deux feuillets de la capsule, ce que l'on peut reconnaître aisément quand le cristallin, ce qui est la règle générale dans cette maladie, a conservé sa transparence.

Cataracte aride siliquieuse. — C'est le nom qu'on donne, depuis Schmidt, à l'opacité traumatique des deux feuillets de la capsule, lorsque le cristallin s'est résorbé tout à fait ou en très grande partie. On doit l'étendre à tous les cas de résorption du cristallin sans blessure préalable de son enveloppe.

Les feuillets capsulaires sont réunis plus ou moins intimement par leur face interne, et apparaissent dans la pupille sous la forme d'une tache très étendue, mamelonnée et inégale. Souvent quand l'œil a été blessé ou opéré ou que la capsule a éclaté spontanément, le feuillet antérieur présente une déchirure dans un point quelconque de sa surface, et, derrière la perte de substance, on voit le feuillet postérieur en contact plus ou moins immédiat avec les bords de la solution de continuité. Dans d'autres cas, il y a au centre ou à la circonférence de la tache un espace libre, qui permet de reconnaître le fond de l'œil à sa couleur noire normale. Quelquefois, quand l'œil n'a jamais été lésé, que la cataracte a été primitivement molle et qu'elle est fort ancienne, le cristallin s'est presque entièrement résorbé et les feuillets de sa capsule se sont adossés par suite de la diminution de volume de la lentille. J'ai opéré, en 1854, avec succès, un vieillard de soixante-treize ans, dont l'œil droit était dans ce cas. Jamais il n'avait vu de cet œil depuis sa naissance. La capsule adossée à elle-même fut assez facilement abaissée avec les couches intra-capsulaires opaques qu'elle contenait. La cataracte était réduite à l'épaisseur d'une feuille de papier.

Assez souvent la capsule s'est déplacée dans un sens ou dans un autre, et une partie de sa circonférence se voit à travers la pupille ; il est facile alors de reconnaître au peu d'épaisseur de la cataracte que le cristallin n'existe plus.

La cataracte aride siliquieuse est souvent une cataracte *secondaire* ; elle est ici, comme dans les cas de blessures, spécialement formée par les couches intra-capsulaires qui sont devenues opaques et adhérentes à la capsule. On trouve aussi çà et là, dans cette cataracte, des exsudations organisées et plus ou moins limitées ou étendues.

Cataracte capsulaire traumatique. — Nous l'étudierons quand nous nous occuperons des cataractes secondaires, pour éviter une double description.

Étiologie des cataractes capsulaires.

Les causes de l'opacité de la capsule même sont environnées d'obscurité et ne peuvent être cherchées que dans un trouble profond de la nutrition de cette membrane. Celles de la cataracte pseudo-membraneuse sont très nombreuses. Parmi les principales, on a rangé l'inflammation de l'iris, et en général la phlogose de toutes les membranes internes. Les piqûres, les coupures, les déchirures à la suite de contusions violentes, etc., doivent aussi être notées. Cette origine de la cataracte capsulaire pseudo-membraneuse indique au praticien la nécessité de rechercher les complications qui l'accompagnent si fréquemment, et dont les plus importantes sont l'adhérence entre l'iris et la capsule, les taches de la cornée et l'inflammation chronique des membranes internes.

Marche des cataractes capsulaires.

Elle est subordonnée aux causes qui ont produit la maladie; une blessure de la capsule occasionnera souvent une petite opacité, qui n'augmentera pas dans la suite; tandis que l'inflammation chronique d'une des membranes internes de l'œil deviendra la cause d'une tache, qui s'étendra à tout le feuillet antérieur de la séreuse du cristallin; dans d'autres cas, si l'inflammation disparaît complètement, l'opacité capsulaire demeurera limitée et n'augmentera plus.

CARACTÈRES DIFFÉRENTIELS DES CATARACTES LENTICULAIRES ET CAPSULAIRES COMPLÈTES.

CATARACTES LENTICULAIRES.

Opacité s'étendant du centre du cristallin à sa surface, ou en sens inverse, sans qu'aucune inflammation ait précédé.

Tache grise, verte, noire, blanche ou ambrée, parcourue souvent de stries qui convergent toutes vers le milieu de la lentille, et parfaitement lisse à sa surface, même lorsqu'elles sont nombreuses. Dans la cataracte liquide, les stries sont transversales quand on laisse l'œil en repos.

CATARACTES CAPSULAIRES.

Opacité s'étendant à une partie de la surface de l'appareil cristallinien, et étant presque toujours précédée d'une inflammation.

Tache toujours d'un blanc mat couleur de craie, formée de plaques rugueuses réunies sans ordre, et présentant des aspérités qui font saillie à la surface de la membrane. Point de stries régulières.

La cataracte lenticulaire envahit peu à peu tout le cristallin.

Volume très grand ou très petit, forme toujours convexe.

Iris mobile ou immobile, sans adhérences, saillant quelquefois en avant ou agité exceptionnellement d'oscillations (*cat. liquide*).

Ombre portée large ou nulle.

Vision abolie complètement ou s'améliorant à un jour modéré. Sensation du jour quelquefois obtuse, le plus souvent distincte.

La capsulaire demeure stationnaire et limitée, à moins que l'inflammation ne persiste.

Volume petit, forme aplatie.

Iris rarement mobile, souvent adhérent et tiré en arrière; jamais agité d'oscillations.

Ombre portée nulle, s'il y a des adhérences, exagérée s'il n'y en a pas.

Idem.

C. — CATARACTES CAPSULO-LENTICULAIRES.

Ces cataractes se distinguent des autres par la réunion des caractères de la cataracte lenticulaire et de la capsulaire. C'est donc par l'observation de la forme et de l'aspect de ces deux grandes espèces qu'on parvient à distinguer aisément celle qui nous occupe. Les cataractes *capsulo-lenticulaires* sont complètes ou incomplètes, c'est-à-dire que l'opacité est limitée quelquefois à une petite tache sur la capsule et sur le cristallin, tandis que d'autres fois la tache capsulaire et la lenticulaire sont très étendues. Dans tel cas, le cristallin sera complètement opaque, et la cristalloïde n'offrira qu'une très petite tache couleur de craie; dans tel autre, la séreuse sera opaque dans presque toute sa surface antérieure, et c'est à peine si, à travers quelque espace demeuré clair, on pourra distinguer l'état de la lentille.

Dans toute cataracte *capsulo-lenticulaire*, l'opacité présente deux plans. L'antérieur offre tous les caractères de la cataracte capsulaire que nous avons décrite; nous n'y reviendrons pas. Le postérieur mérite quelque attention: lorsque la tache de la capsule est petite, celle de la lentille ne s'étend ordinairement qu'à peu de profondeur et demeure limitée; on en trouve un exemple dans la variété de cataracte que nous avons décrite plus haut sous le nom de *capsulaire végétante* ou *pyramidale*. Il peut arriver cependant, longtemps après que la petite tache capsulaire s'est formée, que la lentille perde peu à peu sa transparence, sans qu'il y ait un rapport direct entre sa maladie et celle de sa membrane; il est facile alors d'étudier les progrès de la cataracte lenticulaire à travers les parties saines de la capsule. Si, au contraire, la ca-