

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-

taracte capsulaire est très large, il n'y a point à douter que la lentille ne participe plus ou moins à l'inflammation et qu'elle ne soit opaque, au moins dans toute l'étendue de ses couches intracapsulaires en rapport avec la partie malade de la cristalloïde ; on en a souvent la preuve lorsqu'on voit une petite partie du plan profond à travers une transparence de la capsule.

Les auteurs admettent un grand nombre de variétés de cataractes *capsulo-lenticulaires*, par ce motif que, dans toutes les variétés de cataractes, l'opacité peut porter à la fois sur le cristallin et sur la capsule. En première ligne, nous voyons celle que nous avons déjà rappelée, la *capsulaire végétante*, dans laquelle le malade est myope ou aveugle ; ensuite vient l'*aride siliquieuse*, dans laquelle les deux feuillets de la capsule, rapprochés l'un de l'autre, et devenus opaques, ne renferment plus que des débris de la lentille ; puis la *capsulo-lenticulaire liquide*, dans laquelle un petit noyau du cristallin nage dans l'espace intra-capsulaire, et communique des mouvements de fluctuation à la capsule, qui est épaisse et opaque, etc. (1).

Des fausses membranes pupillaires, ou cataractes fausses.

Cet article est la fin ou complément de l'article 16 du tome II, page 489, sur l'*oblitération de la pupille*, et méthodiquement il devrait se trouver placé avec les maladies de l'iris.

Il a pour sujet ce qu'on désigne ordinairement sous le nom de *cataracte fausse*, et c'est pour ne pas trop s'éloigner des usages reçus, qu'il a été reporté après l'étude des cataractes ; mais deux remarques seront faites ici :

1° Si par *cataracte* on entend désigner ce symptôme qui consiste en une perte de la vision distincte, suite d'une opacité pupillaire, il faut remarquer que cette *cataracte* n'est pas plus *fausse* que toute autre, puisque la vision est perdue aussi bien que dans toute opacité du cristallin, et que dès lors cette distinction des *cataractes en vraies* et en *fausses* ne doit pas être conservée dans une division fondée sur l'examen des parties anatomiques de l'œil et non sur la symptomatologie.

(1) D'après l'ordre indiqué sur notre tableau, nous devrions nous occuper ici des cataractes secondaires ; mais comme elles sont le résultat de l'opération, et que nous n'avons point encore parlé des procédés opératoires, nous y reviendrons plus loin après avoir décrit ces procédés.

2° Si, par *cataracte*, on entend une opacité de l'*appareil cristallinien* (et c'est à quoi pensait celui qui, le premier, a dit *cataracte fausse*), ce n'est point en traitant des maladies du cristallin qu'on doit s'occuper de ces fausses membranes ; c'est à l'article concernant les lésions de l'iris qu'il doit en être question, en notant simplement :

A. Que ces fausses membranes causent une perte de la vision distincte, en même temps qu'une opacité du champ pupillaire, et qu'elles peuvent facilement être distinguées par leur situation et leur aspect anatomo-pathologique, par leur étiologie même.

B. Que ces fausses membranes peuvent être :

a. *Primitives.*

b. *Secondaires*, c'est-à-dire consécutives à une extraction ou à un abaissement d'un cristallin opaque, et qu'alors leur étude doit simplement être rappelée en traitant des complications ou accidents consécutifs de l'extraction ou de l'abaissement.

c. Enfin, et en faisant l'histoire de ces fausses membranes, qu'elles peuvent adhérer au centre de la capsule, puis se détacher de l'iris, qui reste sain, tandis qu'elles demeurent fixées à la cristalloïde, s'incrument de calcaire et de graisse, grandissent de la sorte, s'épaississent, et deviennent, cause et origine matérielle d'une lésion de la capsule, d'une opacité ou cataracte capsulaire, et, plus tard même, d'une opacité du cristallin.

Comme on le voit, cette étude des fausses membranes pupillaires, faite à sa place, simplifie et éclaire d'autant l'histoire et surtout l'étiologie de la cataracte capsulaire.

Dans ces fausses membranes pupillaires nous rangeons quatre espèces de fausses cataractes : la *fibrineuse*, la *purulente*, la *sanguine* et la *pigmenteuse*. Nous conserverons cette division admise par M. Mackenzie. La dernière espèce, la cataracte pigmenteuse, mérite, selon nous, toute l'attention du praticien.

I. — Cataracte fibrineuse.

C'est une variété de la cataracte capsulaire dans laquelle une exsudation abondante, sécrétée par l'iris enflammé, s'est déposée sur la capsule dans le champ de la pupille, et forme une saillie plus ou moins considérable dans la chambre antérieure. La lentille participe le plus souvent au mal, et devient opaque en partie ou en totalité. Quelquefois la pupille est libre d'un côté, le plus

souvent elle est adhérente. Si la fausse membrane, quoique très épaisse, ne recouvre qu'une partie du champ pupillaire et repose sur le bord de l'iris sans intéresser complètement la cristalloïde, la vision peut être conservée dans des limites assez étendues. La tache est blanche et marquée le plus souvent de quelques petits points jaunâtres, qui forment des aspérités à sa surface. Parfois la lymphe plastique prend certaines formes : placée derrière la pupille et adhérente à la face postérieure de l'iris, elle ressemble à deux bandelettes croisées ; cet arrangement particulier constitue la cataracte fibrineuse *barrée*, nom qu'on a donné aussi à une forme de la cataracte molle. Au contraire, lorsque la pupille présente une opacité blanchâtre, peu épaisse et en forme de réseau, la cataracte prend le nom de *fibrineuse réticulée*. Enfin, quand la pupille est complètement obstruée par un épais coagulum de lymphe, c'est la cataracte fibrineuse *en caillot*. Toutes ces dénominations sont détestables et doivent être rejetées.

Ces diverses opacités ne se distinguent de la cataracte capsulaire pseudo-membraneuse proprement dite, qu'en ce qu'elles sont plus particulièrement formées par un dépôt plus abondant de lymphe plastique, sécrétée à la surface de la cristalloïde après une violente inflammation de l'iris.

II. — Cataracte purulente.

Elle ressemble beaucoup, pour la forme, à la cataracte dite *fibrineuse en caillot*. Une collection de pus s'est organisée dans la pupille ; on voit dans cette ouverture, complètement adhérente et immobile, une tache épaisse, inégale, rugueuse et jaunâtre dans toute son étendue. L'iris est décoloré, et présente parfois encore des traces d'une inflammation chronique. Il n'est pas rare qu'en même temps on trouve dans la chambre antérieure un hypopyon organisé, et recouvert de fausses membranes épaisses. La vue est entièrement abolie, on ne peut guère essayer de la rétablir que par une opération de pupille artificielle ; encore ne devrait-on fonder que peu d'espoir sur cette ressource, la face postérieure de l'iris étant souvent doublée de fausses membranes, qui s'étendent au loin dans la cavité oculaire.

III. — Cataracte sanguine.

Elle se développe à la suite de plaies de l'œil ou d'hémorragies intra-oculaires spontanées, à la suite desquelles l'iris s'est en-

flammé. La chambre antérieure, ou quelquefois la pupille seulement, est remplie d'une tache brun noirâtre, dans laquelle on remarque çà et là des plaques blanchâtres. La pupille est ordinairement adhérente, et la vision détruite. Le pronostic est moins grave que pour la cataracte purulente.

IV. — Cataracte pigmenteuse ou uvéenne.

On a nommé *cataracte pigmenteuse* ou *uvéenne* une opacité brun noirâtre ou tout à fait noire, formée par du pigmentum uvéen placé dans la pupille sur des dépôts fibro-albumineux, qui recouvrent la capsule en entier ou en partie, en remplaçant cette membrane lorsqu'elle a été détruite. Cette cataracte, quelquefois microscopique, est d'autres fois étendue à toute la surface pupillaire ; dans ce dernier cas, elle simule grossièrement d'autres maladies, comme, par exemple, l'amaurose ou la cataracte noire, avec lesquelles elle n'a que ce seul rapport de coloration noire de la pupille. Tantôt l'opacité pigmenteuse, et c'est là le cas le plus fréquent, adhère par un ou plusieurs points à l'iris ; tantôt, au contraire, elle est isolée au centre de la capsule, et le diaphragme demeure complètement libre. Elle présente en général une variété de formes telle que la description sous ce rapport ne m'en paraît pas possible. Ce n'est pas au reste une maladie rare : je l'ai observée plusieurs fois, et entre autres, avant la découverte de l'ophtalmoscope, dans un cas où bon nombre de médecins la considéraient, les uns, et c'était la majorité, comme une amaurose, les autres comme une cataracte noire : j'ai pratiqué l'opération, et un succès immédiat des plus complets a pleinement justifié mon diagnostic. Voici cette observation.

OBSERVATION. — *Cataracte pigmenteuse consécutive d'une iritis survenue après une opération de cataracte, et prise pour une amaurose pendant plus d'une année. Opération par scléroticonyx. Vision rétablie immédiatement et conservée pendant un mois. Après ce temps, nouvelle iritis et oblitération de la pupille. Opération de la pupille artificielle par décollement. Insuccès.*

M. X..., âgé de soixante-six ans, marchand boucher, rue d'Orléans, 50, au Petit-Montrouge, a été opéré de la cataracte des deux yeux, il y a plus d'un an. Lorsqu'il se présente à ma

clinique, l'œil gauche est atrophié; le droit offre les symptômes suivants :

La conjonctive, la cornée et la sclérotique ne sont point injectées; la chambre antérieure a ses dimensions normales; la pupille, légèrement ovalaire de haut en bas, offre dans cette direction environ 3 à 4 millimètres d'étendue, et un peu moins dans son diamètre transversal; elle semble au premier aspect parfaitement noire. Le malade a conservé la sensation très distincte du jour et de la direction de la lumière, il ne voit ni mouches, ni flammes, ni éclairs; le soir il aperçoit assez bien au loin les lanternes des voitures qui passent, mais il ne distingue de près aucun objet, petit ni grand, et il ne peut pas se conduire.

Examiné par plusieurs médecins, M. X... est atteint, selon les uns, d'une amaurose, selon les autres, d'une cataracte noire qu'on aura mal abaissée, etc. Aucun ne constate la véritable cause de la cécité.

Lorsqu'on regarde de près l'ouverture pupillaire, on reconnaît qu'elle est frangée sur ses bords, et sillonnée dans toutes les directions, mais plus particulièrement de haut en bas, par de nombreux filaments d'une finesse extrême, et d'une couleur noire tirant un peu sur le brun. Entre ces filaments et en arrière, on voit plusieurs plaques de même teinte, qui en circonscrivent une, très petite et triangulaire, dont le noir, beaucoup plus pur, est formé par une lacune, à travers laquelle apparaît le fond de l'œil. Pour reconnaître cette lacune, beaucoup de personnes sont obligées de se servir d'une très forte loupe, et ne parviennent à la découvrir qu'après avoir consulté le dessin de la pupille que j'ai fait sur le tableau noir. Deux ou trois médecins restant dans le doute, et croyant toujours que la couleur noire de la pupille n'est autre chose que le fond de l'œil, je fais instiller entre les paupières une forte solution de belladone, d'instant en instant pendant une heure, sans qu'il en résulte aucun changement dans le diamètre de la pupille. Je n'essaie point l'expérience des trois lumières, la capsule et le cristallin n'existant plus depuis l'opération de la cataracte.

Huit jours après, le malade ayant été convenablement préparé, je déchire, au moyen d'une aiguille introduite par la sclérotique, les fausses membranes recouvertes d'un pigmentum. Leurs débris, noirs en avant et blancs à la face postérieure, flottent quelque temps dans la pupille agrandie, puis s'abaissent peu à peu. Le

malade distingue immédiatement le nombre des doigts, une montre, d'autres petits objets, et se trouve enfin, sous le rapport de la vision, dans les conditions d'un cataracté opéré par abaissement avec succès.

Après quelques symptômes inflammatoires insignifiants qui durèrent trois à quatre jours, l'œil reprit peu à peu sa couleur normale, et la vision fit des progrès réels pendant un mois. Mais à cette époque survint une violente iritis, qui vint tout compromettre. La pupille s'oblitéra de nouveau, devint d'une étroitesse extrême, et se remplit entièrement d'une fausse membrane blanche très solide. Une pupille artificielle fut pratiquée plus tard par décollement, mais l'opération ne réussit pas.

ÉTIOLOGIE. — La cataracte pigmenteuse n'est jamais primitive; elle ne se forme qu'à la suite d'une iritis spontanée ou traumatique, et lorsqu'une exsudation s'est déposée sur la capsule. On la voit encore quelquefois après les opérations de cataracte, alors que la capsule a été détruite, quand de fausses membranes s'organisent derrière l'iris, et glissent recouvertes de pigmentum dans la pupille.

Mais comment ces fausses membranes, placées le plus souvent sur la capsule et en rapport avec l'iris, se trouvent-elles, en dernière analyse, dans le champ pupillaire? C'est la conséquence d'un phénomène pour l'intelligence duquel quelques remarques sont nécessaires.

Lorsqu'on injecte l'iris sur le cadavre, particulièrement dans des yeux d'enfant, on voit la membrane se développer en tous sens dans sa plus grande étendue, et la pupille, très resserrée, diminuer en proportion directe de la quantité de liquide qui a pénétré dans les artères iridiennes. De même dans les inflammations internes de l'œil, et surtout dans l'iritis aiguë, l'iris gorgé de sang se développe à la fois en épaisseur et en surface, c'est-à-dire que d'avant en arrière il prend un volume plus grand, par suite de la turgescence de son parenchyme; et que, d'une autre part, il s'étend dans toute sa surface, par le fait même de la surabondance de liquide que l'inflammation apporte dans ses vaisseaux, en sorte que la pupille se contracte et demeure contractée pendant tout le temps que dure cet état anormal. De là un contact plus immédiat entre l'iris et la capsule.

Deux autres circonstances viennent encore, avec celles qui pré-

cèdent, aider au contact fâcheux de l'iris et de la capsule, et faciliter la formation de la cataracte pigmenteuse ; c'est d'une part, la forme même de la chambre postérieure, et de l'autre la vascularisation morbide de l'ensemble du globe et en particulier celle de la choroïde. Il serait superflu de s'arrêter sur la forme de la chambre postérieure ; tout le monde sait qu'elle est d'autant plus étroite d'avant en arrière, qu'on l'examine plus près de l'axe antéro-postérieur de l'œil ; et qu'en conséquence l'iris est plus voisin de la capsule au centre de la pupille que partout ailleurs. Si donc l'inflammation rapproche la marge pupillaire de cet axe, et c'est un fait que l'observation démontre tous les jours, le diaphragme de l'œil se trouve en contact presque immédiat avec la cristalloïde.

Quant à la vascularisation morbide de l'ensemble du globe et en particulier de la choroïde, considérée comme cause de rapprochement entre la capsule et l'iris, rien ne paraît plus aisé à concevoir. La sclérotique, de toutes les membranes oculaires la plus épaisse, la plus résistante et la moins élastique, infiniment moins vasculaire que la choroïde, ne se dilate pas en raison directe de celle-ci pendant l'inflammation d'une des autres membranes, en sorte que les milieux de l'œil présentent nécessairement des phénomènes de compression, comme l'attestent, dans certains cas graves, les *éclairs* dont se plaignent les malades, de même que dans la compression mécanique ou les coups portés sur l'œil, la *sensation de plénitude* de l'organe, les *douleurs gravatives*, etc. Or, que résultera-t-il, entre autres choses, de cette résistance de la coque scléroticale, en présence du développement vasculaire plus grand de la choroïde et de quelques autres membranes internes, sinon que le corps vitré en particulier, auquel adhèrent le cristallin et sa capsule, devra, pressé de toutes parts, s'allonger en avant et se rapprocher de l'iris, par ce motif que l'humeur aqueuse présente moins de résistance que le reste des milieux de l'œil ?

Enfin, dans quelques cas particuliers, et entre autres chez les malades avancés en âge, une dernière circonstance est à noter à l'égard des causes de rapprochement de l'iris et de la capsule : c'est que, chez ces individus, et plus particulièrement chez ceux qui ont été habituellement sujets aux congestions cérébro-oculaires, la capacité des chambres de l'œil a notablement diminué, ainsi que l'atteste la convexité de l'iris en avant, phénomène qu'on rencontre aussi dans les congestions chroniques, ou dans les in-

flamations de la choroïde, sans que pour cela le cristallin ait rien perdu de sa densité normale. Qu'une cause quelconque vienne à déterminer l'inflammation de l'iris chez des individus dont l'œil est ainsi disposé, la cristalloïde et le diaphragme ne réuniront-ils pas toutes les conditions nécessaires pour se souder ensemble, s'il y a sécrétion d'une matière plastique ?

Les causes du rapprochement de l'iris et de la capsule étant établies par ce qui précède, il reste à voir comment il se fait que le pigmentum se détache de la face postérieure de l'iris, pour venir se placer sur un point de la capsule avec lequel, en dernière analyse, il ne se trouve plus en contact quand l'inflammation a cédé. Cette recherche sera d'autant plus intéressante que c'est à la difficulté d'expliquer le déplacement de la matière uvéenne qu'était due autrefois la divergence des auteurs sur l'étiologie et la nature de cette variété de cataracte.

On a vu plus haut que, durant son inflammation ou celle de la capsule, l'iris se développe dans toute son étendue, et que la pupille se trouve resserrée en proportion directe de la turgescence vasculaire du diaphragme. Si l'on admet que, pendant cette diminution du diamètre pupillaire, une sécrétion plastique s'étende à la face antérieure de la capsule, on concevra facilement que l'uvée se soude en plus ou moins grande partie à ce feuillet de la membrane, comme cela se voit journellement dans les cas d'iritis, ou comme on l'obtient artificiellement sur les yeux conservés dans l'alcool. Que, d'un côté, la matière sécrétée soit très abondante et très organisable, et que, de l'autre, l'inflammation oculaire dure longtemps, l'adhérence entre l'iris et la cristalloïde deviendra permanente, et l'on aura une synéchie postérieure complète avec oblitération de la pupille. Mais si, au contraire, la fibro-albumine se trouve en petite quantité, s'organise lentement, et qu'en même temps l'inflammation iridienne s'arrête tout à coup, la turgescence du diaphragme disparaissant, la pupille tendra à reprendre ses mouvements, et il s'établira une lutte entre la force de retrait de l'iris vers ses attaches ciliaires, et la résistance de la fausse membrane mal organisée encore qui le retient.

Il arrivera alors de deux choses l'une : ou la fausse membrane cédera lentement, et il se formera un ou plusieurs filaments fibro-albumineux plus ou moins longs, recouverts de pigmentum à leur surface antérieure, et adhérant en avant à l'iris, en arrière à la capsule ; ou la fausse membrane, attachée fortement à la capsule

enlèvera à l'iris une ou plusieurs plaques pigmenteuses plus ou moins épaisses, plus ou moins larges, et la pupille entièrement libre reprendra sa forme circulaire et à peu près tous ses mouvements normaux.

On aura, dans le premier cas, une ou plusieurs synéchies (adhérences) postérieures, et, dans le second, une cataracte pigmenteuse partielle, libre d'adhérences avec l'iris.

Maintenant, revenons-en à la supposition faite plus haut, et admettons que la sécrétion ait été abondante; que, pendant l'inflammation, l'iris, baigné à sa face postérieure dans la fibro-albumine, ait perdu longtemps ses mouvements et qu'il en soit résulté une oblitération permanente de la pupille: aussitôt après la cessation de son gonflement inflammatoire, le diaphragme, retenu dans sa marge où il a ses mouvements les plus étendus, tendra, sous l'influence de la lumière, à les reprendre, et peu à peu, lentement, d'une manière souvent égale dans tous les sens, et sans se détacher nulle part tout à fait, glissera de 1 millimètre quelquefois, d'autres fois de deux sur la fausse membrane, en y laissant attachée une trace de pigmentum, qui, par sa largeur, représentera l'étendue du retrait de l'iris. On aura, dans ce cas, une pupille noire, souvent assez ronde, que les rayons lumineux ne traverseront pas; et l'affection, qui ne sera qu'une cataracte pigmenteuse complète avec adhérences, pourra être prise pour une amaurose ou une cataracte noire lenticulaire. C'est plus particulièrement cette variété que nous avons voulu décrire ici, à cause du haut intérêt pratique qu'elle présente sous le rapport du diagnostic différentiel et du traitement.

Les auteurs qui ont écrit sur la cataracte pigmenteuse sont loin d'être d'accord sur la nature de la matière noirâtre qui la forme. Ainsi, et pour ne citer que les principaux, Pellier (1) juge que les filaments bruns et les plaques doivent être considérés comme des prolongements de la choroïde; selon Walther, ce seraient de nombreuses ramifications de vaisseaux gonflés, et, suivant Chélius, des dépôts mélaniques situés sur la surface antérieure de la capsule. Le professeur de Munich admet cependant, mais dans des limites beaucoup trop restreintes selon nous, que des flocons pigmenteux noirâtres peuvent rester adhérents à la cap-

(1) Pellier, *Recueil de mémoires*. Montpellier, 1783.

sule et isolés au milieu de cette membrane; mais il ne trace pas les caractères établissant la différence qui existe entre les vascularités morbides des exsudations que l'on voit à la surface de la cristalloïde et les filaments exsudatifs allongés qui fixent l'iris sur la capsule. A l'exemple de Walther, le professeur Rosas (*Handbuch der Augenheilkunde*, Bd II, S. 685) pense que les taches sont vasculaires, et avance même qu'elles sont parfaitement analogues au pannus de la cornée, quoique, en vérité, nous ne connaissions rien de moins comparable sous tous les rapports. Richter et Beer considèrent les taches brunes comme de nature pigmenteuse; mais Beer croit qu'une commotion violente de l'œil est seule capable de produire le décollement du pigmentum, et pose en fait que cette matière peut rester accolée à la capsule sans l'aide de la fibro-albumine exsudée par l'inflammation. Mackenzie, Middlemore, admettent la cataracte pigmenteuse.

SYMPTÔMES ANATOMIQUES. — Ils varient selon le degré de l'inflammation qui les a produits. Dans le cas le plus simple, la capsule ou la fausse membrane qui la remplace présente une petite tache noire ou rouge brun foncé, de largeur variable et de formes diverses, qui semble pulvérulente le plus souvent à sa surface, disposition que la loupe démontre mieux encore, et est libre de toute adhérence avec l'iris. Très souvent cette tache, parfois assez rapprochée de la marge pupillaire, se continue avec celle-ci, à laquelle elle est attachée par un ou plusieurs filaments, ou par un très grand nombre de bandelettes fibro-albumineuses très fines et recouvertes de pigmentum uvéen, ce qui donne à la pupille une forme dentelée plus ou moins marquée, vers un ou plusieurs points de sa circonférence, ou même dans toute son étendue. Quelquefois, surtout quand la pupille est oblitérée en entier ou en grande partie, on voit sur la plaque noire des filaments semblables, convergents vers son centre ou tendus de diverses manières, qui représentent parfois des espèces de piliers ou de colonnes plus ou moins grosses ou nombreuses, et offrent la même couleur noire que la tache avec laquelle ils se confondent. Entre les colonnes fibro-albumineuses dont la surface est le plus souvent mate, granuleuse et comme veloutée, il peut exister un ou plusieurs interstices plus ou moins larges, à travers lesquels la lumière pénètre en quantité variable jusqu'au fond de l'œil, qu'il est très facile alors de distinguer de