

la couleur noire uvéenne, par suite de l'étroitesse même de l'ouverture ; cela s'observe particulièrement lorsque la capsule a été enlevée avec le cristallin.

Ces filaments, colorés en noir rougeâtre, doivent être distingués surtout des stries vasculaires que présentent les exsudations que l'on voit assez souvent sur la capsule après les inflammations de l'iris. Comme celles-ci, ils sont le plus souvent tortueux, et dirigent aussi leur sommet vers la pupille ; mais ils diffèrent essentiellement de couleur avec les vascularités morbides, qui sont d'un beau rouge vermillon. Un caractère qui paraît les en différencier mieux encore, c'est que les filaments albumineux recouverts de pigmentum, tiraillent plus ou moins l'iris vers l'axe antéro-postérieur de l'œil, en sorte que les fibres du diaphragme offrent dans cet endroit une tension véritable, et surtout une sorte de prolongement qui fait corps avec l'exsudation plastique. Dans la vascularisation, au contraire, on ne voit ni la tension de l'iris, ni ce prolongement dans la partie de la marge pupillaire d'où sort le vaisseau ; et la pupille offre là, comme ailleurs, la courbure circulaire normale. Au reste, la vascularisation des exsudations est un fait assez rare, tandis que les exsudations de la pupille sont malheureusement très communes.

Lorsque la marge iridienne est adhérente en entier, les fibres convergentes de l'iris paraissent plus franchement dessinées qu'à l'état normal, et des sillons plus ou moins profonds, placés entre chacune d'elles, les mettent en relief encore avec plus d'énergie. La tendance incessante de l'iris à se rétracter vers le corps ciliaire contribue peut-être aussi à rendre cette disposition plus évidente. Le diaphragme offre assez souvent encore les traces de l'inflammation qui a produit autrefois l'opacité pupillaire pigmenteuse ; tantôt c'est une décoloration totale ou partielle de sa surface antérieure ; tantôt ce sont de fausses membranes placées en arrière, et qui froncent le petit cercle iridien devenu proéminent en raison directe de leur épaisseur.

Dans les cas d'oblitération de la pupille, la lumière joue un rôle négatif qu'il importe de noter : lorsqu'elle arrive sur cette ouverture, tous les rayons lumineux étant absorbés par la couleur noire de l'opacité, aucun n'est réfléchi, comme on le voit dans l'amaurose.

L'ophthalmoscope met hors de doute la nature de la cataracte pigmenteuse ; mais on en reconnaît encore mieux la présence à

l'aide d'un moyen que m'a indiqué M. le professeur Donders, d'Utrecht (je ne sais s'il lui appartient). On se met dans l'obscurité comme pour l'examen ophthalmoscopique et l'on concentre sur la pupille, au moyen de l'oculaire d'une loupe très forte (par exemple celle de Brücke), ou à son défaut avec un verre à cataracte ordinaire (n° 2), toute la lumière d'une lampe placée à côté du malade. L'œil à observer reçoit cette lumière obliquement, et le médecin, plaçant un verre lenticulaire de l'autre côté de l'œil, grossit l'image des objets considérablement éclairés qui font le sujet des recherches. Les moindres traces de pigmentum sont ainsi reconnues.

Si l'on se sert d'une bougie dans un cabinet noir, selon le procédé découvert par Purkinje en 1823, et décrit en France par Sanson, en 1837, on a la preuve que la lumière ne traverse ni la capsule ni le cristallin, l'image fournie par la cornée pouvant seule être reconnue, ainsi qu'il arrive dans la cataracte noire.

L'habitude extérieure du malade tient plus de celle du cataracté que de celle de l'amaurotique ; il baisse la tête lorsqu'il est en pleine lumière, son œil est plutôt dirigé vers la terre qu'en sens opposé, et il fronce énergiquement les sourcils lorsqu'on lui enlève brusquement son chapeau ou l'abat-jour qu'il porte habituellement ; sa démarche est celle du cataracté ; il traîne les pieds avec précaution, à la manière d'un homme enfermé la nuit dans une chambre obscure, et n'a pas cette démarche sautillante, particulière à l'amaurotique.

SYMPTÔMES PHYSIOLOGIQUES. — La vue est plus ou moins altérée, selon l'étendue de la plaque pigmenteuse et l'oblitération de la pupille ; lorsque l'atrésie est complète, le malade conserve à un assez haut degré la sensation de la lumière et reconnaît la direction des ombres. Il n'accuse en aucun temps dans sa vision ni mouches volantes, ni arcs-en-ciel, ni éclairs, à moins de complications plus graves, etc. Il n'éprouve pas de douleurs.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — La cataracte pigmenteuse complète ne saurait être confondue qu'avec deux autres affections, dont l'une, malheureusement trop commune, est l'amaurose, et l'autre, extrêmement rare, la cataracte noire. Encore, les caractères particuliers à chacune de ces affections étant assez nettement tranchés, faudrait-il, pour tomber dans cette erreur, surtout depuis

la découverte de l'ophthalmoscope ou de l'emploi de la loupe suivant le procédé décrit plus haut, être réellement fort peu exercé au diagnostic différentiel des maladies oculaires. Cependant, je donne ces caractères différentiels, car je n'oublie pas que j'écris, non pour des spécialistes, mais pour des praticiens.

Dans l'*amaurose*, la pupille est en général immobile, mais le plus souvent assez ronde, et l'on n'aperçoit point de filaments noirs qui l'attachent à la capsule, en lui donnant une forme plus ou moins anormale, comme cela se voit toujours dans la cataracte pigmenteuse complète. Dans la *cataracte noire*, la pupille est mobile comme à l'état normal, ce qui distingue nettement, sous ce rapport, cette affection des deux autres. Il y a des cas d'*amaurose*, il est vrai, dans lesquels la mobilité de la pupille étant conservée, ce caractère cesse d'être différentiel; mais, d'une part, ces cas sont exceptionnels, et de l'autre, ils peuvent être très sûrement distingués à l'aide d'autres symptômes anatomiques, appuyés des caractères physiologiques et du commémoratif. Dans la *cataracte pigmenteuse* complète, la pupille est immobile, adhérente, frangée, et d'une forme qui s'éloigne plus ou moins de la circulaire; les instillations de belladone ne la dilatent pas, ou ne la dilatent que d'une manière irrégulière.

La *cataracte noire* et l'*amaurose* ne sont pas précédées d'une inflammation des membranes internes de l'œil; le contraire arrive toujours pour la *cataracte pigmenteuse*, ainsi que l'attestent les exsudations fibro-albumineuses recouvertes de pigmentum uvéen, qui oblitérent plus ou moins la pupille. D'autres traces d'inflammation peuvent encore exister dans cette dernière affection, comme la décoloration partielle ou générale de l'iris, etc.

La pupille est noire dans l'*amaurose*, dans la *cataracte noire* et dans la *pigmenteuse*. Cette couleur présente-t-elle la même teinte et siège-t-elle sur le même plan dans les trois cas? Telles sont les questions à poser ici.

Dans l'*amaurose*, la couleur noire de la pupille est formée, comme à l'état normal, par le fond de l'œil. Cette couleur ne siège donc point dans la pupille, mais derrière cette ouverture, et au fond de la coque oculaire, dont la forme concave ne doit pas être oubliée. En effet, lorsque le cristallin est pur, de même que son enveloppe, la lumière naturelle, traversant ces milieux réfringents, arrive jusqu'au fond de l'organe et s'y réfléchit en partie. L'image lumineuse, ainsi renvoyée, occupe successivement, sui-

vant la place qu'occupe l'observateur, tous les points de la surface interne de la concavité. En d'autres termes, si l'on regarde le fond de l'œil selon l'axe antéro-postérieur, à la limite extrême de cet axe apparaîtra l'image, qui sera située alors à son maximum de profondeur; si l'on se place de droite à gauche et de haut en bas, obliquement par rapport à l'œil malade, ce sera à l'extrémité de la ligne ainsi dirigée que se montrera cette même image, qui sera alors beaucoup plus rapprochée de la pupille. La profondeur du point de réflexion de la lumière varie donc, ce qui est facile à comprendre, si l'on n'oublie pas quelle est la forme de la coque oculaire; et il en résulte que la distance existant entre la marge de l'iris et l'image lumineuse peut servir, quand on s'y est exercé, à mesurer la longueur des diamètres de l'œil, et à reconnaître, lorsque l'image disparaît ou change de forme, si une ou plusieurs opacités siègent dans les milieux réfringents. Cette image se promenant ainsi successivement sur tout le fond parfaitement noir et concave de l'œil, prouve d'une manière incontestable, sans qu'il soit besoin de recourir à l'expérience de Sanson, que le cristallin et son enveloppe sont entièrement transparents, et qu'aucun corps opaque n'est interposé entre l'iris et le fond de l'organe. Dans la *cataracte pigmenteuse*, l'image lumineuse n'apparaît plus; il en est de même dans la *cataracte noire complète*. On reconnaît aisément, dans la première de ces cataractes comme dans la seconde, que l'opacité siège en avant du fond de l'œil, et qu'elle est ou convexe ou plane, mais nullement concave, comme dans l'*amaurose*.

Dans la *cataracte pigmenteuse* et dans la *cataracte noire*, l'opacité est rarement d'un noir parfait; néanmoins, même sous ce rapport, elles peuvent être aisément distinguées l'une de l'autre; la tache uvéenne, d'un noir brun très foncé, est pulvérulente, toujours inégale, et sillonnée quelquefois de filaments noirs formés par de fausses membranes recouvertes de pigmentum, tandis que l'opacité lenticulaire est noire et unie à sa surface; en outre, cette dernière est infiniment plus mate à son centre qu'à sa circonférence, tandis que le contraire est assez fréquent dans la pigmenteuse. Le fond noir de l'œil, dans l'*amaurose*, diffère par l'aspect et par la teinte de l'une et de l'autre de ces deux opacités. Enfin, dans la *cataracte noire*, on voit souvent sur la capsule une ombre portée par l'iris libre d'adhérences, laquelle se distingue par une nuance plus brune et plus terne de la couleur parfaite-

ment noire du fond de l'œil ; dans la *pigmenteuse complète*, au contraire, il n'y a point et il ne peut y avoir d'ombre portée par l'iris, adhérent de toutes parts ; il n'en existe pas non plus dans l'amaurose. Ce dernier caractère différencie encore davantage ces trois affections sous le rapport du plan qu'elles occupent dans le diamètre antéro-postérieur de l'œil.

Les symptômes physiologiques de l'*amaurose* distinguent très bien cette maladie des deux autres lorsque les trois sont complètes ; mais la *cataracte pigmenteuse* et la *cataracte noire* se ressemblent jusqu'à un certain point sous ce rapport, les malades ayant pendant le jour une vision à peu près égale dans les deux cas. Pourtant, même à l'aide de ces symptômes, elles peuvent encore être assez bien reconnues, parce que dans la cataracte noire, comme dans beaucoup de cataractes, le malade voit mieux à une lumière moins grande ; tandis que dans la pigmenteuse, la vue diminue lorsque le jour baisse : cela tient à des raisons trop connues pour que nous les rappelions.

Le commémoratif, comme nous l'avons déjà dit, est aussi d'un certain secours ici, attendu que la cataracte pigmenteuse est consécutive d'une inflammation, tandis que la cataracte noire et l'amaurose deviennent complètes sans avoir été précédées d'aucune rougeur de l'œil.

Reste enfin l'épreuve des trois images, qui peut aider sans contredit à la détermination du diagnostic différentiel, mais dont il ne faudrait pas cependant s'exagérer l'importance jusqu'à la regarder comme infaillible. L'expérience de tous les jours prouve, en effet, qu'un œil peut être atteint d'une cataracte même assez avancée, et laisser voir cependant d'une manière fort nette les trois images, surtout quand cette cataracte occupe, ce qui est fréquent, la circonférence de la lentille, dont le centre est alors parfaitement transparent. C'est un fait que j'ai souvent démontré, à ma clinique, sur des malades présentant à un si haut degré la cataracte que je viens d'indiquer, que l'opacité pouvait facilement être reconnue même sans instillations d'atropine. L'expérience des trois images ne me paraît pas avoir, dans le diagnostic des cataractes commençantes, la valeur que Sanson a essayé d'y donner. Si un malade est atteint d'une cataracte noire ou pigmenteuse, elle prouve seulement que ce n'est point à l'amaurose qu'on a affaire, lorsque les deux images profondes disparaissent, et que celle de la cornée seule demeure apparente. Elle n'a donc qu'une

valeur relative peu importante et doit céder le pas à l'ophthalmoscope ou à l'usage des deux loupes dont j'ai parlé.

TRAITEMENT. — Lorsque la cataracte pigmenteuse est complète et que le malade, ayant perdu un œil déjà, n'a plus que celui qui en est atteint, une opération seule peut lui rendre la vue. Si l'affection est consécutive d'une opération après laquelle le cristallin a disparu, on se gardera bien de déchirer, au moyen d'une aiguille, les fausses membranes placées dans la pupille, surtout si elles présentent une assez grande largeur, car il en pourrait résulter une inflammation capable de compromettre le résultat. On se conduira, dans ce cas, comme si le cristallin existait, et l'on pratiquera la pupille artificielle par *déchirement* ou par *décollement*. On ferait, au contraire, cette même opération par excision, si une portion suffisante de la pupille normale permettait de saisir l'iris, demeuré libre dans une certaine étendue.

Si la cataracte pigmenteuse est très petite, et la vision peu altérée, aucun traitement médical ni chirurgical ne devra être proposé.

Dans le cas où l'on assisterait à la formation de la cataracte pigmenteuse, c'est-à-dire où des adhérences plus ou moins nombreuses tendraient à s'établir entre l'iris et la capsule, pendant une inflammation de ces membranes, on devrait éloigner le plus tôt possible la marge pupillaire de l'axe antéro-postérieur de l'œil, en employant l'atropine de la manière que nous avons indiquée plus haut (voy. p. 286, t. II, et *Gazette des hôpitaux* du 20 août 1842) à propos des hernies récentes de l'iris, tandis qu'on prescrirait, en outre, un traitement antiphlogistique approprié à la constitution du malade.

Complications de la cataracte.

La cataracte est très souvent exempte de complications ; cependant le chirurgien doit porter toute son attention sur ce point. Avant d'entreprendre l'opération, il recherchera si l'organe est dans des conditions telles, qu'on puisse en espérer un résultat heureux, et il étudiera toutes les complications morbides, directes ou indirectes, qui pourraient la faire échouer, ou qui même devraient la contre-indiquer absolument ; je ne ferai que signaler les principales.

COMPLICATIONS LOCALES. — Elles comprennent les maladies de la cornée, celles de la conjonctive, des paupières et du sac lacrymal, les exsudations sur la capsule, suite d'iritis, la choroïdite, le synchysis, l'amaurose, le glaucôme, une susceptibilité trop grande de l'œil à la lumière.

Cornée. — Les taches de la cornée, surtout lorsqu'elles sont épaisses et placées vers le centre, gêneront la vision après l'opération, et pourront même s'opposer parfois à une manœuvre régulière. Il est tel cas de tache cornéenne dans lequel la pupille artificielle devient nécessaire, lorsque le cristallin opaque a été éloigné. Cette opération peut être simplifiée en incisant du même coup la cornée et l'iris.

L'arc sénile ou gerontoxon ne devra jamais être considéré comme une complication; bien des fois je l'ai incisé dans toute sa longueur dans la kératotomie supérieure, et jamais je n'ai remarqué que la réunion par première intention en eût été compromise ou retardée. On doit s'attendre seulement à trouver quelquefois le tissu cornéen plus résistant et choisir un couteau en conséquence, si l'on doit extraire la cataracte.

Les autres taches de la cornée, quand elles seront le résultat de cicatrices anciennes d'ulcérations, ne compromettront pas le succès de l'opération; mais celles qui présenteront des vaisseaux et des épanchements récents placés autour d'exsudats anciens et organisés, devront toujours être l'objet d'une certaine défiance et nécessiter un traitement préalable, soit que l'on abaisse, soit que l'on extraie la cataracte.

La vascularisation et l'inflammation même légère de la cornée, ou certains changements dans sa forme, comme ceux qu'y apportent le staphylôme commençant et l'hydrophthalmie, devront éloigner l'époque de l'opération. Les fistules, les kératocèles seront dans le même cas s'ils sont récents; mais on fera cette remarque que si le kératocèle dure depuis un temps considérable et qu'il devienne de temps en temps fistuleux, la guérison, dans la kératotomie et dans l'abaissement, n'en sera pas compromise.

Conjonctive, sac lacrymal, paupières. — Les conjonctivites récentes, même les plus simples, devront nécessiter l'ajournement de l'opération; il en sera de même des granulations épaisses placées sur la conjonctive, des conjonctivites chroniques, de l'entropion ou de l'ectropion, même peu marqués. Le ptérygion sera

toujours une complication, et il vaudrait mieux, surtout s'il est à base très large et déjà assez loin sur la cornée, l'opérer d'abord, et attendre longtemps, plusieurs mois par exemple, avant de s'occuper de la cataracte. Si l'on opère celle-ci, malgré cette complication, on verra toujours une rougeur des plus vives s'emparer du ptérygion et s'étendre de là à toute la muqueuse. Bon nombre de fois, dans des cas où j'avais opéré quand même, j'ai eu de l'inquiétude sur les résultats immédiats d'une kératotomie, parce qu'il y avait, en même temps que la rougeur, une sécrétion fort abondante et capable de compromettre la réunion. Le ptérygion est moins dangereux dans l'abaissement; cependant il est encore là une sorte d'épine qui a bien ses dangers et qui, dans tous les cas, retarde la guérison.

L'état du sac lacrymal malade sera l'objet d'une sérieuse attention, parce que, plus encore que le ptérygion, il compromet la guérison. Si l'on a affaire à une tumeur lacrymale confirmée, il sera toujours prudent de l'ouvrir et d'opérer la cataracte quand la plaie du sac et celle de la peau, encore ouvertes, seront dépourvues de toute inflammation, ou après que l'on sera parvenu à rétablir entièrement le cours des larmes. Je me suis bien trouvé quelquefois dans des cas pressés, pour donner issue aux liquides contenus dans le sac par une voie autre que la surface de l'œil, de traverser la tumeur avec un anneau semblable à celui que l'on place à l'oreille, et de recommander au malade de faire rouler l'anneau sur lui-même plusieurs fois dans la journée et dans la nuit.

Les paupières seront l'objet de la plus grande attention; on examinera avec soin, surtout lorsqu'il s'agira d'une opération par extraction, si un ou plusieurs cils ne tendent pas à se dévier, si les bords palpébraux ne présentent ni croûtes ni ulcérations, comme dans la blépharite ciliaire; s'ils se joignent bien, bord sur bord comme dans l'état normal, ou, au contraire, s'ils ne s'imbriqueraient pas l'un sur l'autre, ou bien encore s'ils ne demeureraient pas écartés et ne laisseraient pas l'œil à découvert pendant la nuit, comme dans la paralysie de la septième paire ou après certaines pertes de substance, etc.

Les *exsudations plastiques* sur la capsule, si elles sont nombreuses, devront être considérées comme une complication sérieuse, et il sera bien important alors de rechercher s'il y a encore quelque trace de phlogose dans les membranes internes, car une inflammation suraiguë accompagne presque toujours l'opération faite

dans de telles circonstances. Ces fausses membranes sont le plus souvent assez épaisses pour être immédiatement reconnues ; quelquefois cependant une simple adhérence filiforme entre la capsule et le corps ou la marge de l'iris, peut occasionner un embarras sérieux au chirurgien, s'il opère par extraction. Les synéchies antérieures, partielles ou étendues devront être le plus souvent considérées comme des complications importantes à noter ; nous en traiterons plus loin (voy. *Opération de la cataracte adhérente*).

L'*amaurose commençante ou complète* est une complication aussi fréquente que digne d'attention. Lorsque la paralysie de la rétine est incomplète, il est difficile de la constater, quelques-uns de ces symptômes se confondant avec ceux de la cataracte. Mais lorsqu'elle est complète, la vue est éteinte au point que le malade, qui prend alors l'aspect particulier aux amaurotiques, n'a plus conscience de la lumière. J'ai cru autrefois, d'après le dire des auteurs, que les cataractes molles très volumineuses simulent en certains cas l'amaurose d'une manière si parfaite, que des chirurgiens exercés peuvent s'y tromper ; mais personnellement je n'ai jamais rien vu de semblable. J'ai bien constaté que chez ces cataractés la pupille est largement ouverte, qu'elle est immobile par la compression, que l'iris est poussé en avant ; cependant j'ai toujours reconnu que la perception lumineuse est conservée à un certain degré.

On devra, d'ailleurs, dans ces cas comme dans toutes les cataractes en apparence les plus simples, et dans lesquelles la pupille a conservé sa mobilité normale (la pupille est mobile dans la plupart des amauroses rétinienne), rechercher si le malade a ou non la somme physiologique de perception de la lumière. Pour atteindre ce but, couvrant alternativement l'un et l'autre œil avec un mouchoir, je fais passer ma main devant l'œil cataracté à une distance de plus en plus grande, de manière à affaiblir l'ombre et à reconnaître aisément, dans la majorité des cas, qu'il y a ou non une anesthésie commençante de la rétine.

Suivant le conseil de M. A. de Græfe, à l'aide d'une lampe que l'on avancera ou reculera d'un mètre jusqu'à cinq ou six, on mesurera bien plus aisément encore la force de la rétine. Tous les malades exempts de complication amaurotique reconnaîtront sur-le-champ la direction de la flamme et en noteront l'éloignement ou le rapprochement, ou simplement, comme je le fais le plus souvent,

l'augmentation ou la diminution que l'on obtient en montant ou en descendant la mèche. Les cataractés plus ou moins amaurotiques, au contraire, perdront de vue la lumière, les uns à 2 mètres, d'autres plus loin, ou n'indiqueront plus qu'une flamme rougeâtre pâle, et en chercheront quelques instants la direction avant de l'indiquer avec certitude. Quelques-uns ne la verront qu'en se plaçant obliquement, soit de près, soit quand elle sera à une assez longue distance, et l'on pourra soupçonner alors un décollement de la rétine ou quelque accident grave du côté de la papille du nerf optique, etc. On aura soin, pour cette recherche, de se mettre dans une complète obscurité, de cacher la lampe de temps en temps, de la découvrir à des places différentes et à l'insu du malade, de varier l'intensité de la lumière, etc.

Le *glauçôme* est une complication des plus graves, et qui doit éloigner toute idée d'opération. Mais comment, lorsque la cataracte est complète, constater l'existence de cette affection, dont le principal caractère, la couleur glauque, siège au fond de l'œil ? Rien n'est plus facile, si l'on se rappelle les symptômes de la choréïdite. Des varicosités nombreuses sillonnent le plus souvent la conjonctive et la sclérotique ; cette dernière présente des plaques bleuâtres, ardoisées, ou même des staphylômes. L'iris toujours décoloré, recouvert à sa surface de taches plombées ou vineuses, est fortement retiré vers ses attaches ciliaires, et la pupille est inégale, anguleuse, immobile, et extrêmement large. Le plus souvent des douleurs accompagnent cette maladie, ou au moins l'ont annoncée. Elles ont presque toujours un caractère d'intermittence très marqué. L'œil, pressé sous la paupière, est dur comme une bille de marbre touchée sous un gant. Le glauçôme a précédé souvent de beaucoup l'apparition de la cataracte ; c'est là une circonstance utile à noter pour le diagnostic.

Le *ramollissement de l'humeur vitrée* est une complication sérieuse, moins grave cependant qu'on ne le croit généralement. Le globe, dans ce cas, est assez souvent plus dur qu'à l'état normal, et l'iris présente des oscillations remarquables. L'extraction n'est pas alors absolument contre-indiquée, mais elle peut être dangereuse, moins par la sortie de l'humeur vitrée que l'on peut éviter, ou au moins limiter en opérant le malade sur le lit, que parce qu'il peut arriver qu'après l'incision de la cornée et de la capsule le cristallin plonge dans le fond de l'œil et ne puisse être extrait même avec un crochet. L'abaissement, dans ce cas, est générale-

ment préférable, et encore malgré les précautions qu'on prend ou que l'on conseille, presque toujours après cette opération le cristallin passe tôt ou tard dans la chambre antérieure.

COMPLICATIONS GÉNÉRALES. — Le nombre en est infini; les principales sont les rhumatismes, la goutte, la syphilis, les scrofules, la grossesse, etc. Lorsque l'on veut pratiquer l'extraction, la toux, le catarrhe, l'asthme, les maladies du cœur, celles des voies urinaires et toutes celles qui ne permettent pas au malade de garder l'immobilité doivent être prises en considération. On a noté aussi, comme une complication sérieuse, les anciens ulcères des membres inférieurs, surtout lorsqu'on les a fermés peu de temps avant l'opération. Weller, entre autres, pense que leur suppression peut produire des accidents sérieux. C'est une observation que j'ai faite plusieurs fois moi-même dans ma pratique particulière: M. F..., ancien banquier à Péronne, homme robuste, âgé de soixante-huit ans, vint me trouver en 1843. Son œil droit était complètement cataracté; le gauche présentait des opacités déjà assez marquées. L'examen du malade me fit reconnaître qu'il avait aux jambes d'anciens ulcères fort larges, et donnant une suppuration très abondante. Je proposai l'opération de l'œil droit, à la condition expresse que le malade conserverait ses ulcères ouverts. Il n'y consentit pas, et de mon côté je persistai dans ma résolution. M. F... entra alors à la maison royale de santé du faubourg Saint-Denis, y fit cicatriser ses ulcères, et, immédiatement après, opérer son œil droit, qui se fondit. Quelques mois plus tard, il revint me trouver, ne voyant plus de l'autre œil, et me promettant de se soumettre cette fois à mes conseils. Je lui prescrivis un régime très sévère, des purgations répétées, et six mois après je l'opérai par abaissement. Aujourd'hui M. F... a repris ses habitudes et ses occupations; sa vue est parfaitement bonne.

Traitement de la cataracte.

Les divisions que nous avons établies pour distinguer entre elles les diverses espèces de cataractes, disent assez qu'elles sont de nature différente, et que le même traitement ne peut leur être applicable. Dans quelques cas, les moyens médicaux suffiront à eux seuls pour éloigner les causes de l'opacité, pour l'enrayer dans sa marche toujours croissante, ou même pour la faire dispa-

raître entièrement; tandis que, dans le plus grand nombre, on devra recourir immédiatement à des opérations chirurgicales. De là deux routes différentes à suivre: l'une est le *traitement médical*, qui trouvera de rares applications; l'autre, le *traitement chirurgical*, qui, au contraire, en aura de très fréquentes.

SECTION PREMIÈRE.

Traitement médical.

Avant de nous occuper de ce sujet, nous devons faire remarquer encore qu'il est une distinction fort importante à établir entre les diverses cataractes.

1^o S'agit-il de cataractes pseudo-membraneuses ou capsulaires encore récentes?

2^o Veut-on parler des cataractes traumatiques?

3^o La question s'applique-t-elle aux cataractes lenticulaires dures ou molles?

Je répondrai tout d'abord affirmativement en ce qui touche les deux premières:

Oui, le traitement médical est puissant.

Je dirai avec la même assurance, pour ce qui a rapport à la troisième espèce:

Non, ces cataractes ne seront pas guéries par le traitement médical.

Il existe cependant quelques exemples de guérisons de ces dernières par déplacement spontané (voy. LUXATION DU CRISTALLIN, p. 10) ou d'amélioration dans l'état de l'œil par résorption spontanée de quelques parties de la lentille devenues opaques. (Voyez p. 85 et l'article 3 de cette section.)