

adopter, dans les circonstances ordinaires, un seul numéro, toujours le même, pour la lentille biconvexe. Je me sers presque toujours du n° 1 3/4, qui me semble le mieux approprié à toutes les vues normales.

On doit encore étudier dans la papille sa forme, la couleur de son centre, celle des parties rapprochées de sa circonférence, la manière dont elle est enchâssée dans la choroïde. La forme est rarement ronde, elle est presque constamment un peu ovale dans le sens vertical; quelquefois elle est aussi un peu anguleuse. Le centre, formé par la *lame criblée*, est très brillant et renvoie une lumière blanche éclatante comprise dans un segment de cercle plus ou moins grand, encadrant à une certaine distance les vaisseaux qui s'échappent du nerf. La choroïde environne le nerf de toutes parts : entre elle et cet organe on voit un trait brillant plus ou moins large, semi-annulaire, formé par le jeu de la lumière, et qui souvent, mais dans un quart de la papille seulement, est enveloppé lui-même par un amas de pigment assez épais pour ressembler à un gros trait d'encre.

Les vaisseaux de la papille, veineux et artériels, naissent d'un point de la surface de la papille, qui n'est pas toujours le centre; généralement on les voit sortir un peu en dedans du milieu du nerf. Ces vaisseaux se distribuent irrégulièrement dans divers sens; les artères, très déliées, rouge écarlate, ne diminuent pas de calibre du centre à la circonférence de la papille, et sont au nombre de quatre ou cinq, qui toutes viennent d'un tronc unique; les veines, de même nombre le plus ordinairement, ne se distinguent des artères que par un plus gros diamètre et une couleur plus brune.

Dans l'un comme dans l'autre ordre de vaisseaux, mais plus facilement dans les veines, on peut assez aisément déterminer des battements parfaitement appréciables, en comprimant légèrement le globe de l'œil. Ces battements cessent aussitôt que cesse la compression, excepté chez quelques individus qui offrent la pulsation veineuse spontanée, bien qu'ils aient l'œil dans des conditions normales.

Les membranes de l'œil dont les états sont appréciables à l'ophtalmoscope sont, par ordre de superposition, de dedans en dehors, la rétine, la choroïde, la sclérotique. Jetons rapidement un coup d'œil sur chacune d'elles, et décrivons sommairement l'aspect qu'elles présentent à l'état normal.

La rétine est transparente et laisse apercevoir au travers de sa substance les parties situées au-dessous de son tissu. Il serait difficile, peut-être impossible, de la distinguer sans les vaisseaux qui la parcourent. Elle occupe un champ rouge, concave, sillonné par des vaisseaux, et au travers duquel on distingue les arborisations du pigment et des vaisseaux choroïdiens. Chez les sujets à pigment foncé, elle forme comme un léger nuage flottant comparable à un glacié bleuâtre sur un fond rouge-brun sombre, et qui manque seulement dans la région de la *macula lutea*. La rétine, examinée à l'image droite, se distingue encore à des raies fines, claires et nombreuses, qui rayonnent en partant des bords de la papille; ces raies sont surtout visibles dans les endroits où passent les vaisseaux.

Les vaisseaux de la rétine sont ceux de la papille, dont ils ne sont que la continuation et les ramifications. Les artères vont en diminuant de calibre vers les bords de la membrane, en décrivant de légères flexuosités, et fournissant entre leurs branches quelques anastomoses. Les veines sont d'un plus gros calibre et plus faciles à voir.

La *macula lutea*, ou tache jaune, est loin d'être facile à apercevoir, à moins que l'on n'ait une grande habitude de l'ophtalmoscope. Il est bon, pour ceux qui s'exercent à cette exploration, de commencer par l'examen de sujets jeunes, à pupilles larges. Dans ces cas, la *macula lutea* se reconnaît à une teinte mate à peine visible, à peu près de la grandeur de la papille du nerf optique, placée à son côté externe et plus ou moins arrondie, sur laquelle on n'observe pas ce glacié particulier qui règne dans le reste de l'étendue de la rétine. Avec un grossissement un peu considérable, on trouve au centre de cette tache un point brillant, effet dû à la *fosse centrale de la rétine*, dont l'étendue est à peu près égale au calibre de l'artère centrale de la rétine. Il faut être depuis longtemps exercé à l'ophtalmoscope pour arriver à voir les caractères bien peu tranchés, il faut le dire, de la tache jaune.

On sait que, lorsque l'on dissèque l'œil, on constate au niveau de la *macula lutea* un pli transversal mentionné par tous les anatomistes. Jamais, à l'ophtalmoscope, on ne parvient à apercevoir ce pli, ce qui porte à croire, avec quelques auteurs, Rosas et Dalrymple entre autres, qu'il est simplement le résultat d'une disposition cadavérique due à l'affaissement du globe oculaire.

Il est assez facile d'étudier la choroïde à l'aide de l'ophthalmoscope, en raison de la diaphanéité presque complète de la rétine; mais, pour en faire une bonne étude, il est indispensable d'avoir présente à l'esprit l'anatomie fine de cette membrane (voy. t. I, p. 10 à 24). Les vaisseaux sont d'autant plus faciles à apercevoir, que la coloration du pigment est moins foncée; en outre, on constate à sa surface un grand nombre de traînées noires dont la forme et la direction n'offrent aucune espèce de régularité. Ces traînées ne sont autre chose que des dépôts de cellules pigmentaires de la choroïde.

Les traînées pigmentaires et les arborisations choroïdiennes n'offrent pas la même coloration chez tous les individus. Presque toujours il existe un certain rapport entre la teinte de la choroïde et celle de la peau et des cheveux. Il est du reste très rationnel d'admettre que les sujets à peau brune, à cheveux noirs, auront la choroïde plus foncée comme toutes les parties dans lesquelles il y aura un amas de pigmentum. Les sujets blonds, à peau blanche, l'auront au contraire beaucoup plus claire; chez les albinos elle est encore beaucoup moins foncée. Chez ces dernières, le fond de l'œil est d'un rose faible, sur lequel se détache la papille du nerf optique parfaitement blanche. En raison de l'absence du pigmentum, le fond de l'œil réfléchit fortement la lumière au lieu d'absorber les rayons lumineux comme chez les sujets bien conformés, et c'est là ce qui explique le trouble de la vision chez eux, lorsqu'ils sont exposés au grand jour.

Des membranes de l'œil, la plus extérieure, la sclérotique, est celle qui est la moins appréciable au moyen de l'ophthalmoscope. D'abord elle est recouverte, nous parlons de sa face interne, par la rétine et la choroïde, puis son épaisseur est telle, que la plus grande partie des rayons lumineux est réfléchi par cette face interne. Cependant il est des cas fort rares où, par suite de dispositions particulières de l'individu, on peut l'étudier un peu plus complètement. M. Liebreich, sur une jeune fille albinos qui s'est présentée à son observation, a pu suivre dans son parcours à travers la sclérotique un vaisseau qui la traversait. Je vis, par conséquent, dit-il, la substance de la sclérotique au-devant du vaisseau qui formait, pour ainsi dire, le fond du tableau.

Ici devrait venir se placer l'étude des différentes altérations que peut faire découvrir l'ophthalmoscope dans les maladies des parties constituantes de l'œil accessibles à l'aide de cet instru-

ment; mais l'histoire de chacune de ces altérations a été faite dans le chapitre consacré aux maladies des organes en particulier, et il serait tout au moins inutile d'y revenir.

### § II. — Rétinoscopie phosphénienne.

Après l'exploration directe de la rétine au moyen de l'ophthalmoscope doit trouver ici sa place un nouveau mode d'examen de cette membrane, récemment découvert par M. Serre d'Uzès, et auquel cet habile médecin a donné le nom d'exploration subjective de la rétine, ou *rétinoscopie phosphénienne*. Cette nouvelle source de diagnostic est d'autant plus importante, que l'ophthalmoscopie n'est pas possible dans tous les cas, certaines altérations des milieux de l'œil pouvant s'opposer à ce qu'on la pratique avec fruit, tandis que l'appréciation de l'état de la rétine au moyen des phosphènes est toujours facile, ou du moins possible.

Exposons, en quelques mots, les phénomènes signalés par M. Serre, et nous ferons suivre cette histoire de l'énoncé rapide des déductions pratiques qu'il a pu en tirer, comme aussi des remarques auxquelles nous a conduit notre propre observation.

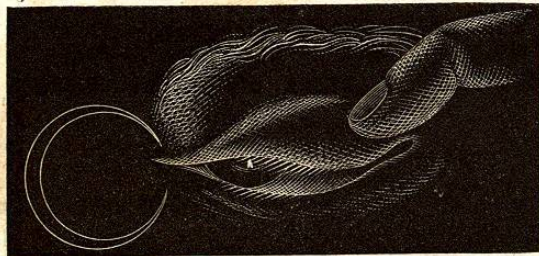
Et, d'abord, qu'est-ce qu'un phosphène?

Lorsque avec un corps solide on exerce une compression sur le globe de l'œil, on voit apparaître une vive lumière dont la forme varie suivant celle du corps employé pour produire cette pression, et la position, suivant celle du point où on l'exerce. Cette apparition lumineuse est double. L'une, la plus grande et la plus brillante, apparaît dans un point situé à l'extrémité d'une ligne qui, partant de l'endroit comprimé, traverserait le globe oculaire en passant par le centre du cristallin: c'est le grand phosphène. L'autre, beaucoup plus petite, moins éclatante, se montre tout près du point excité: c'est le petit phosphène, ou phosphène de Brewster. C'est principalement du grand phosphène découvert par M. Serre qu'il sera question ici; c'est, en effet, celui qui joue le rôle le plus important comme signe diagnostique.

Disons, sur-le-champ, que M. Serre distingue quatre phosphènes, qu'il nomme, d'après le point où s'exerce la compression qui les produit: *nasal* (fig. 78), provoqué par la pression opérée au grand angle de l'œil, près de la racine du nez; *temporal* (fig. 79),

déterminé par la pression de l'angle externe, près de la tempe ; *frontal* (fig. 80), produit par le contact de la partie supérieure du

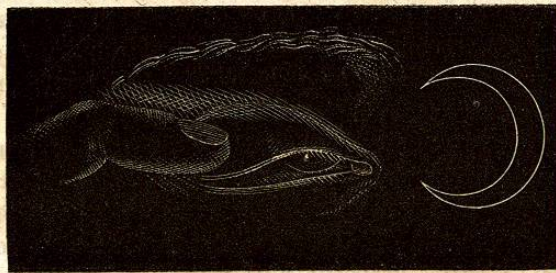
Fig. 78.



globe, au-dessous du sourcil ; *jugal* (fig. 81), enfin, provoqué par la pression de la partie inférieure.

Pour déterminer l'apparition du phosphène, le sujet doit, autant que possible, se placer dans une pièce peu éclairée, ou même tout à fait obscure, le dos tourné à la lumière, s'il y en a, les yeux entr'ouverts et les paupières relâchées. La cornée sera dirigée en dedans, si l'on veut produire le phosphène externe ou temporal, en

Fig. 79.

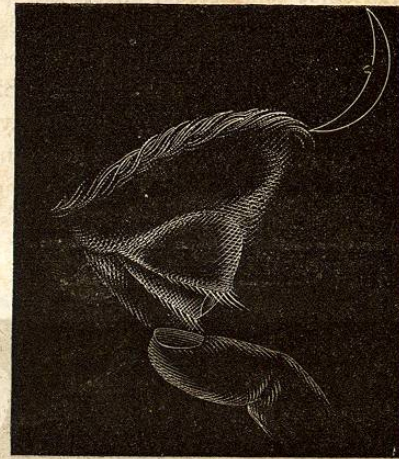


dehors pour l'interne ou nasal, en haut pour l'inférieur ou jugal, en bas pour le supérieur ou frontal.

Lors de ses premières expériences, M. Serre touchait simplement le globe de l'œil avec le bord unguéal de la pulpe du doigt indicateur ; aujourd'hui il préfère le bout d'un porte-plume soit arrondi, soit armé d'une petite boule. A l'aide de cet instrument, il exerce sur le globe une douce pression, ou plutôt un frottement léger et prolongé en allées et venues, afin de rendre permanente l'image, qui persiste ainsi, mais en changeant de place, pendant

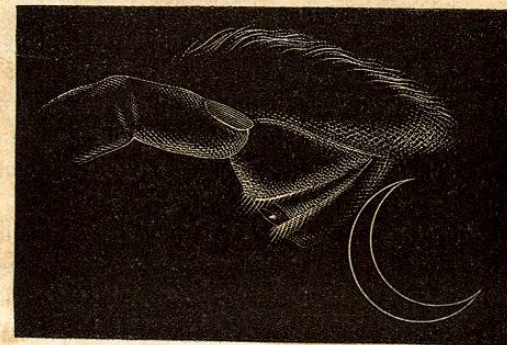
toute la durée de la pression. La petite boule est placée sur la peau entre le bord de l'orbite et le globe, et poussée aussi loin que possible en arrière, afin d'atteindre ainsi les parties les plus

Fig. 80.



profondes de la rétine. De plus, on recommandera au sujet de porter son attention sur le côté opposé à la pression. De cette façon, et involontairement, il tourne le globe du côté où il aperçoit

Fig. 81.



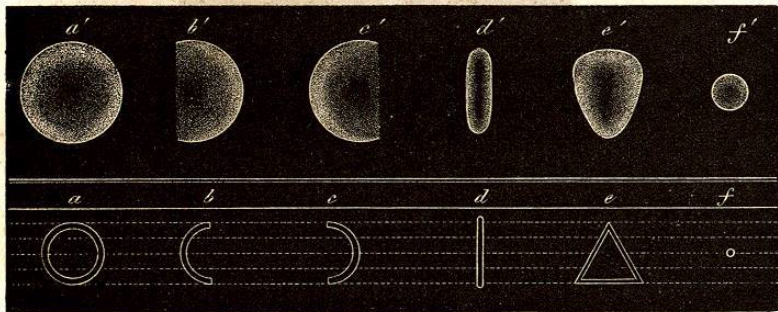
le phosphène, et il est possible d'atteindre ainsi les parties de la rétine inaccessibles dans la position normale de l'œil, en raison de la saillie du bord orbitaire.

Nous avons dit plus haut que la forme du phosphène varie suivant celle du corps employé pour en provoquer l'apparition ;

faisons remarquer, avant d'aller plus loin, que les images n'ont pas la netteté du corps comprimant, l'épaisseur des membranes oculaires en altère la pureté; aussi offrent-elles toutes des contours arrondis. Faisons observer également que l'image qui correspond à chaque objet compresseur affecte une position inverse de celle sous laquelle cet objet lui-même est présenté. La forme de l'image fait ainsi connaître au sujet de l'expérience celle du corps compresseur. La planche ci-jointe (fig. 82) que je dois, comme les quatre précédentes, à l'obligeante amitié de M. Serre, fait parfaitement comprendre tout ce que nous venons de dire relativement à l'obtusion des angles et au renversement des figures.

Lorsque le corps comprimant présente une surface un peu

Fig. 82.



étendue, la pulpe du doigt, par exemple, au lieu d'apercevoir un anneau entier, le sujet ne voit qu'un croissant plus ou moins fermé, dont l'échancrure, confinant la ligne périorbitaire du champ de la vision extérieure, et située toujours en arrière de l'image lumineuse, est faible dans le phosphène nasal, plus forte dans le temporal, plus encore dans le frontal et dans le jugal. Lorsqu'on substitue au doigt la petite boule dont nous avons parlé, et qu'on exerce des pressions successives des parties profondes aux plus extérieures, on voit d'abord des cercles bien complets, puis d'autres de plus en plus incomplets et ressemblant aux quatre phosphènes figurés plus haut et produits par le doigt sous forme de croissants.

Pour en revenir à la production des phosphènes, M. Serre affirme qu'il n'y a qu'une très faible portion de la rétine, un centimètre tout au plus, dans un œil normal, qui puisse échapper à l'exploration phosphénienne et encore, ajoute-t-il, cette partie re-

culée de la rétine n'est-elle pas tout à fait soustraite à cette exploration chez tous les sujets, car de petites secousses saccadées imprimées à l'œil provoquent une lumière faible, mais réelle, dans le milieu et un peu en dehors du champ visuel; c'est celle du choc du globe de l'œil contre le nerf optique, répondant à la sollicitation par l'ébranlement de sa propre papille.

Encore un mot avant de passer aux applications diagnostiques de cette méthode d'investigation.

Le siège réel du grand phosphène est la portion de la rétine la plus rapprochée du corps avec lequel on exerce la compression, autrement dit, la lumière qui le constitue est le résultat de la compression exercée sur cette partie, et non celui d'une excitation produite par le contre-coup. Nous en trouvons la preuve dans l'expérience suivante indiquée par M. Serre :

Chez un sujet atteint de paralysie hémipique gauche, par exemple, pressez la région pariétale, vous n'aurez pas les phosphènes qui devraient exister à droite normalement. Pressez la région latérale droite, les phosphènes apparaîtront à gauche. Maintenant, regardez avec cet œil malade deux objets placés devant lui : à une certaine distance, l'objet placé à droite ne sera pas vu, la portion gauche de la rétine qui doit le percevoir ne faisant plus ses fonctions. L'objet gauche sera vu par la portion droite saine. « De même, dit M. Serre, que les sensations *objectives* sont perçues, retournées ou redressées, par rapport aux images lumineuses matérielles faites sur la membrane par le monde extérieur, de même les sensations phosphéniques ou *subjectives* sont perçues, retournées ou redressées, par rapport aux empreintes faites par les corps comprimants.... Toucher la rétine par l'image lumineuse des objets ou par leur relief en forme de timbre sec, c'est donner lieu à une perception lumineuse fondamentalement la même dans les deux cas. Il y a donc identité parfaite entre la vue subjective et la vue objective, entre toutes les perceptions lumineuses, quelle qu'en soit la provenance. »

Nous devons reproduire ces remarques de M. Serre comme formant la transition naturelle de l'observation du phénomène physiologique à ses observations personnelles sur les applications pratiques que l'on en peut faire dans l'état pathologique, c'est-à-dire dans l'amaurose; voici donc, en résumé, sous les numéros 1 à 6, les remarques de M. Serre, que nous ferons suivre de nos propres réflexions dans des renvois en bas de page :

1° Tant que la rétine est saine, les phosphènes sont faciles à produire; quand elle commence à être malade, ils sont altérés; mais lorsque sa sensibilité est complètement abolie, il devient impossible d'en provoquer l'apparition, bien que, dans quelques cas, les sujets aient encore une vague perception de la lumière. L'absence des quatre phosphènes est donc le signe pathognomonique de l'amaurose complète, quelle qu'en soit la cause (1).

2° Quelquefois il arrive que l'on constate l'*aphosphénie* absolue, et cependant il reste encore au malade un peu de vision; mais alors on peut être certain que la vue disparaîtra bientôt: l'amaurose est imminente (2).

3° Lorsqu'un ou plusieurs phosphènes manquent, cette absence est un signe certain d'un commencement de lésion rétinienne, même à une époque où l'iris a conservé encore toute sa mobilité, et, d'après les phosphènes manquants, il sera facile de reconnaître la portion de la rétine qui est affectée.

4° S'agit-il d'une lésion commençante de la totalité de la membrane nerveuse, l'ordre de disparition des phosphènes, presque invariable, démontre le degré de la maladie; ils disparaissent dans l'ordre suivant: le *jugal*, le *frontal*, le *temporal* et le *nasal*, qui persiste le plus longtemps (3). Dans un petit nombre de cas où la vue demeure momentanément bonne, le phosphène nasal existant seul, on conclura de ce fait que la sensibilité de la pulpe nerveuse n'est altérée que dans sa partie périphérique. Les phosphènes réapparaissent dans l'ordre inverse de leur disparition: le nasal le premier, le jugal le dernier; c'est de la périphérie au centre que s'étend le sommeil anesthésique de la rétine; c'est du centre à la circonférence que marche le réveil (4).

5° L'amaurose d'un œil est-elle le fait d'une lésion locale, les

(1) Ceci n'est pas toujours exact: ainsi il y a tels cas de maladies de la rétine, dans lesquels le malade peut lire les caractères les plus fins bien que les quatre phosphènes manquent absolument. Un tel état peut durer plusieurs années sans aucun changement. On conçoit en effet qu'une lésion ait altéré profondément la rétine dans sa périphérie, sans toucher la macula, et que le mal soit définitivement arrêté.

(2) Même réflexion que ci-dessus.

(3) Cette règle dans l'ordre de disparition des phosphènes n'est pas plus sûre que celle de leur réapparition; cela dépend de la gravité de l'altération qui existe et du lieu qu'elle occupe.

(4) Ceci n'est pas prouvé: en tout cas ces remarques ne peuvent s'appliquer qu'à des faits particuliers.

phosphènes qui manquent de ce côté persistent dans l'autre œil, et le malade peut être dès lors rassuré quant à la conservation de la vue d'un côté. Mais la persistance du phosphène nasal seul dans l'œil qui voit encore et paraît sain, indique une lésion profonde du centre nerveux, une lésion située au-dessus du chiasma, et fait présager une perte complète de la vue des deux yeux dans un avenir peu éloigné (1).

6° Enfin, il arrive quelquefois que les phosphènes persistent alors que la vue est grandement affaiblie; on peut supposer que c'est par le centre de la rétine qu'exceptionnellement a commencé l'altération (2). Mais, le plus communément, il n'en est pas ainsi, et cette particularité tient, ou à une altération des milieux oculaires, ou, plus souvent encore, à un trouble survenu dans la faculté d'accommodation (3).

Il est rare que la survivance des phosphènes à la perte de la vue ne soit pas un signe de bon augure quant à la conservation de la sensibilité spéciale de la rétine, et, le plus ordinairement, on peut faire espérer au malade le retour de la vision (4).

*Réflexions sur la valeur des phosphènes.* — Il est impossible, au point de vue pratique, de comparer la rétinoscopie phosphénienne à l'ophtalmoscope; ce dernier, à n'en pas douter même un instant, l'emporte dans l'exploration oculaire autant que la vision sur le toucher. Mais la recherche des phosphènes, d'ailleurs si facile à faire, serait-elle toujours aussi inutile qu'on l'a dit? Non, assurément, et j'affirme qu'il y a des cas nom-

(1) La première partie de cette proposition est vraie, la seconde est contraire aux faits observés; elle est au moins trop absolue; la persistance d'un phosphène nasal seul peut exister sans complication cérébrale; des lésions bornées aux yeux et faciles à reconnaître avec l'ophtalmoscope produisent des effets semblables. Il y a plus: les phosphènes existent très souvent tout entiers, même dans des cas où le champ visuel s'est considérablement rétréci et où déjà l'on peut reconnaître une excavation du nerf optique et prévoir une abolition future de la vision due à une affection cérébrale.

(2) Ceci est exact et se retrouve beaucoup plus fréquemment que ne paraît le penser M. Serre (voyez la note précédente).

(3) La cataracte, les épanchements dans le corps vitré, les maladies de l'accommodation ne se compliquent pas, en effet, de la disparition des phosphènes; mais il ne faut pas oublier qu'ils peuvent exister tous très longtemps dans l'atrophie, même avancée, du nerf optique.

(4) Dans beaucoup d'affections du nerf optique les phosphènes survivent cependant le mal est presque toujours incurable.

breux dans lesquels elle peut guider le praticien avec sécurité.

Il faut avouer, d'une autre part, qu'il se passera bien du temps encore, notamment en France, avant que l'étude de l'ophthalmoscope se généralise assez pour que chaque praticien puisse se servir avec fruit de ce précieux instrument. Ce n'est d'ailleurs pas chose facile que cette étude; elle ne peut pas être improvisée. Il faut un nombre considérable de malades pour la compléter; certaines aptitudes personnelles sont indispensables aussi, et je connais bon nombre de praticiens qui, il faut bien le reconnaître, ne peuvent arriver à éclairer l'œil, et cela par leur maladresse. Toutes ces raisons, et bien d'autres encore que je tais, ne militent-elles pas en faveur de la rétinoscopia phosphénienne, si on lui donne la valeur qu'elle mérite réellement, et cela sans vouloir l'étendre au delà des limites de la raison? N'est-il pas curieux, dans tous les cas, de comparer les résultats qu'elle donne avec ceux que fournit si abondamment l'examen ophtalmoscopique? Puis, il ne faut aucune étude pour rechercher les phosphènes, et, à défaut de l'ophthalmoscope, c'est un moyen d'investigation qui, je le répète, dans des cas donnés, a une valeur incontestable. Supposez, par exemple, une cataracte lenticulaire compliquée de décollement de la rétine. Comment prouver, la pupille ayant conservé sa mobilité et le malade ayant la sensation nette de la lumière, comment prouver, dis-je, que le résultat sera compromis par une complication aussi grave? On a, il est vrai, l'expérience de la lampe promenée dans le champ de la vision; mais, ici, l'absence des phosphènes est une indication plus directe et plus sûre encore; en tous cas, c'est un moyen de plus pour reconnaître l'altération de la rétine qui complique la cataracte.

En résumé, la recherche des phosphènes est éminemment utile au diagnostic et leur découverte est un grand honneur pour M. Serre.

FIN DU TOME TROISIÈME ET DERNIER.

## TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TROISIÈME VOLUME.

<b>Maladies du globe de l'œil.....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE VI. — Maladies de la capsule et du cristallin.....</b>	<b>1</b>
Art. I <sup>er</sup> . Capsulite.....	1
Art. II. Pétrification de la capsule ( <i>Ossification</i> ).....	7
Art. III. Inflammation du cristallin ( <i>Lentite</i> ou <i>Phacite</i> ).....	8
Art. IV. Luxation du cristallin.....	10
Art. V. Ramollissement du cristallin ( <i>Phacopyosis</i> ou <i>Phacopyose</i> )..	20
Art. VI. Pétrification du cristallin ( <i>Ossification</i> ).....	21
Art. VII. Corps étrangers du cristallin.....	21
Art. VIII. Cataracte.....	25
Définition, symptômes, 24. — Étiologie, 29. — Marche, 35. — Pronostic, division, 36. — Anatomie pathologique, 38. — Classification anatomique.....	40
Description anatomopathologique des espèces de cataractes.....	43
Cataractes lenticulaires, 43. — Molles, 45. — Opacité complète ou corticale, 44. — Structure de ces cataractes sur les cristallins obtenus par extraction sur le vivant, 46. — Cataractes liquides, 52. — Dures, 54. — Pierreuses, 56. — Anatomie pathologique de la cataracte capsulaire.....	58
Cataracte pseudo-membraneuse.....	59
Cataracte capsulaire phosphatique.....	63
Résumé de l'anatomie pathologique des cataractes..	67
Cataractes lenticulaires, 67. — Capsulaires.....	68
Description des cataractes.....	69
A. <i>Cataractes lenticulaires</i> .....	69
I. Cataractes lenticulaires dures, 69. — Verte, 71. — Noire, 72. — Pierreuse ou plâtreuse.....	76
II. Cataracte lenticulaire molle, 79. — Striée, étoilée, fenêtrée, barrée, déhiscente, à trois branches, 85. — Disséminée ou pointillée, congénitale, 88. — Traumatique, 95. — Glaucomateuse.....	96
III. Cataracte lenticulaire liquide, 97. — Interstitielle, laiteuse, cystique, 101. — Branlante ou flottante, luxée.....	103
Caractères différentiels des cataractes lenticulaires dures, molles et liquides.....	104
B. <i>Cataractes capsulaires</i> .....	105
Capsulaire antérieure, 107. — Postérieure, 111. — Pyramidale ou végétante, 112. — Aride siliqueuse.....	115
Caractères différentiels des cataractes lenticulaires et capsulaires complètes.....	116
C. <i>Cataractes capsulo-lenticulaires</i> .....	117