

presque tous les cas aussi, on a constaté une perversion du sens chromatique; c'est d'abord le vert que le malade voit gris ou jaune; plus tard le bleu, puis le rouge cessent aussi d'être vus d'une façon distincte. Les renseignements les plus précieux sont fournis par l'examen du champ visuel (*campimétrie*). Celui-ci présente généralement un rétrécissement concentrique; quelquefois des recherches attentives révèlent l'existence de vastes scotomes; fréquemment les résultats ainsi obtenus sont loin d'être en rapport avec les troubles révélés par l'ophtalmoscope. D'après les recherches de CHARCOT, les choses se passeraient souvent de cette manière dans les atrophies d'origine tabétique. Cet examen doit être fait de temps à autre. En comparant ensemble les tracés qu'il donnera, on arrivera à tirer de la marche même du rétrécissement des conclusions importantes pour le pronostic.

Diagnostic. — La coloration et l'aspect de la papille n'ont aucune importance en l'absence des signes fonctionnels, les variétés physiologiques que présente le fond de l'œil sont en effet très grandes, suivant les individus. L'existence de ces différents troubles étant constatée, le diagnostic (atrophie papillaire) ne saurait être discuté; il faut alors se demander quelle est la cause de la névrite, établir la variété anatomique en question. Pour cela, on s'adressera tout d'abord aux commémoratifs: en interrogeant le malade on apprendra si l'affection s'est montrée spontanément ou si elle a succédé à une névrite, à une lésion quelconque des membranes de l'œil ou des organes contenus dans l'orbite, on examinera aussi l'état général. Lorsque l'atrophie a débuté spontanément sans qu'on puisse rattacher sa présence à aucune cause, elle est d'origine inconnue, essentielle, ou bien c'est un symptôme avant-coureur de l'ataxie locomotrice: bien souvent en effet, cette affection est le premier signe par lequel se manifeste le tabes; or, dans la première de ces formes (atrophie essentielle), la papille, comme rétractée, présente une sorte d'excavation, une diminution considérable du système vasculaire. Dans l'atrophie tabétique, au contraire, l'excavation est rare (DE WECKER); la papille, au lieu d'être blanche, présente une teinte bleuâtre, ses veines sont tortueuses; le contour du disque est irrégulier.

Pronostic. — L'atrophie de la papille par elle seule, indépendamment de la lésion dont elle est l'indice, est d'une gravité considérable: une fois commencée, la maladie ne s'arrête plus; parfois, en particulier dans l'atrophie blanche, elle peut subir un temps d'arrêt. Dans tous les cas, la diminution rapide de la vision excentrique, facile à apprécier par l'examen du champ visuel, est un signe de fort mauvais augure, qui doit faire craindre la perte progressive de la vision (J. SICHEL).

Traitement. — Les médications les plus diverses ont été successivement employées contre cette redoutable affection, mais toujours sans succès. Les courants continus, l'iodure de potassium, les injections de strychnine, de pilocarpine ont leurs partisans et leurs détracteurs; nous croyons, avec PANAS, qu'il faut s'occuper principalement de soutenir les forces du malade et, sauf certains cas bien spéciaux, ne pas trop insister sur la médication locale.

CHAPITRE VIII

MALADIES DU CRISTALLIN ET DU CORPS VITRÉ

1° MALADIES DU CRISTALLIN

§ 1^{er}. — Lésions traumatiques

1° SUBLUXATIONS ET LUXATIONS

Bibliographie. — MONOYER, *Nouveau Dict. de méd. et chir. prat.*, t. X, p. 569, 1869 (Bibliogr.). — MANFREDI, *Ann. d'ocul.*, 1874, t. LXVI. — DUFOUR, in *Ibid.*, 1874, t. LXXI. — BADAL, *Union médic.*, 1878, 3^e série, t. XXVI. — WHITE COOPER, ARLT, YVERT, *Traité des blessures du globe de l'œil.* — GAYET, *Dict. encyclop.*, 1^{re} série, t. XXIII, p. 344, 1879 (Bibliogr.). — FLEURY, *Soc. de chir.*, 1880. Thèses de Paris. — 1865, DURAND. — 1875, MASSIE. — 1878, EUG. RODET. — 1879, PÉDE-BIDOU. — 1881, LAURENT.

Définition. — « Le cristallin est déplacé ou luxé toutes les fois que l'axe antéro-postérieur de cette lentille forme avec l'axe correspondant de l'œil un angle manifeste, ou s'en écarte d'une manière sensible. » (DE WECKER.)

Division. — La luxation du cristallin peut être complète ou incomplète; cette dernière est connue sous le nom de subluxation. La luxation complète se produit en avant ou en arrière de l'iris (luxation dans la chambre antérieure et dans le corps vitré). Nous ne nous occuperons pas de la luxation dans la chambre postérieure, variété d'ailleurs très rare; mais, par une cause quelconque, si les membranes qui constituent le globe oculaire sont ouvertes, le cristallin s'échappe au dehors. Deux cas peuvent alors se présenter: 1° La conjonctive est intacte, la force qui a produit la luxation n'est pas assez considérable pour que le cristallin rompe cette membrane, il se loge au-dessous d'elle (*luxation sous-conjonctivale*). 2° Enfin la lentille est projetée complètement au dehors, chassée comme un noyau de cerise (*luxation complète*).

Étiologie. — Le traumatisme auquel succède le déplacement du cristallin peut avoir atteint directement le globe oculaire lui-même; ainsi se passent toujours les choses lorsque la lentille est chassée du globe oculaire; ces luxations reconnaissent les mêmes causes que la rupture de la sclérotique, sans laquelle semblable accident ne saurait se produire. Mais le déplacement est aussi parfois consécutif à un choc sur une région voisine: coups portés sur la tempe, l'occiput. On l'a vu survenir encore à la suite d'un ébranlement produit par un effort physiologique. Ainsi HOGG a rapporté (*The Lancet*, 1860) l'observation d'une luxation du cristallin, consécutive à un accès d'éternu-

ment. Le cristallin ne peut se déplacer sans qu'il y ait déchirure de la zone de Zinn, ou rupture de la cristalloïde. Suivant que cette dernière membrane est intacte ou rompue, le pronostic est bien différent. Dans le premier cas, en effet, la lentille luxée ne subira aucune altération, du moins ne s'altérera qu'à la longue; dans le second, le cristallin deviendra rapidement opaque, même sera résorbé.

Symptômes. — *a. Subluxation.* — Trois signes permettront de reconnaître cette lésion. 1° La déformation de l'iris, qui est bombé sur une partie de sa circonférence, affaissé sur l'autre. 2° Le tremblement de cette membrane, limitée à la partie qui n'est plus soutenue. 3° L'aspect spécial que présente le contour brillant du cristallin lorsqu'on l'éclaire directement à l'aide du miroir; il se montre alors sous forme d'une ligne sombre et noirâtre.

Le malade, lorsque le cristallin est transparent, accuse parfois un symptôme bizarre, il voit double, l'œil sain étant fermé (diplopie monoculaire). Ceci s'explique facilement. Parmi les rayons lumineux qui vont se réunir sur la rétine, les uns ont traversé le cristallin, les autres passant à côté de la lentille, traversent des milieux dont l'indice de réfraction est différent; il y aura donc deux images. Pour le même motif, si l'on examine à l'image renversée le fond de l'œil du malade, on verra deux papilles.

Lorsque le cristallin est devenu opaque, on aperçoit une masse noirâtre qui occupe une partie du champ papillaire, le fond de l'œil ne peut être éclairé que par la partie latérale, l'œil est fortement hypermétrope.

b. Luxation dans la chambre antérieure. — Le diamètre antéro-postérieur de la chambre est allongé; cet allongement se fait principalement au détriment de l'iris qui est repoussé en arrière, et présente la forme d'un entonnoir; cette membrane, n'étant plus soutenue, est agitée à chacun des mouvements de l'œil et de la tête par des ondulations caractéristiques. L'examen direct permet facilement de reconnaître la lentille, fréquemment opaque. Dans quelques cas, le cristallin s'est résorbé, l'hypermétropie est très élevée. Cet état de l'œil privé de son cristallin se nomme *aphakie*.

c. Luxation dans le corps vitré. — Le diagnostic est facile lorsqu'il n'existe pas d'hémorragie dont la présence dans le corps vitré rend l'examen manifestement impossible; les images de SANSON et de PURKINJE n'existent plus, phénomène constant dans l'aphakie, puis l'iris dilaté tremblote encore à chaque mouvement. L'éclairage direct permet facilement de reconnaître la position de la lentille qui, privée de la cristalloïde, s'opacifie d'ordinaire rapidement. C'est en bas, en avant de l'équateur de l'œil, qu'il faut chercher le cristallin. Il se déplace du reste à chacun des mouvements brusques du malade.

d. Luxation sous-conjonctivale. — Cette lésion se traduit aussi par des symptômes très nets. 1° Il existe sous la conjonctive, généralement près de l'insertion des droits supérieur et interne, lieu d'élection des ruptures de la sclérotique, une masse arrondie, transparente ou opaque. 2° La cornée est aplatie, très facilement dépressible (GOSSELIN), ce qui s'explique par l'issue d'une partie du corps vitré.

3° Presque constamment il existe une rupture de l'iris, et comme conséquence, un hypohéma. Enfin, dans la luxation complète on constate la pré-

sence d'une déchirure scléroticale cornéenne pour tous les symptômes de l'aphakie.

Pronostic. — Le pronostic dépend des complications qui, par le fait du traumatisme, ont pu se produire du côté des membranes profondes, et aussi des accidents qui se développeront, le cristallin agissant à la façon d'un corps étranger. Dans ces conditions on comprend combien le chirurgien devra être réservé.

Traitement. — L'intervention chirurgicale et la médication varieront suivant les cas. En toute circonstance, on doit prendre les précautions nécessaires pour prévenir le développement des accidents inflammatoires.

1° *Subluxation.* — Les auteurs conseillent de tenter la réduction de la lentille en imprimant des mouvements et des secousses légères à la tête; si l'on y parvenait, il faudrait instiller de l'ésérine et condamner le malade au repos.

2° *Luxation dans la chambre antérieure.* — Dans ce cas, d'après ARLT, la seule conduite rationnelle est l'extraction immédiate.

3° *Luxation dans la chambre postérieure.* — Tant que le cristallin est toléré, il ne faut pas intervenir; à la moindre menace d'inflammation, il est urgent d'extraire la lentille.

4° Enfin, lorsque le cristallin est chassé au dehors, s'il est arrêté sous la conjonctive, on le retirera par une légère incision; puis, dans les deux cas, la rupture de la sclérotique sera traitée ainsi qu'il a été dit; plus tard, un verre convenable corrigera l'aphakie.

2° CATARACTE TRAUMATIQUE

Bibliographie. — DE GRÈFE, *Ann. d'ocul.*, 1865, t. LIV, p. 270. — TRÉLAT, *Journ. d'opt.*, Paris, 1872. — PIÉCHAUD, in-8, 1877. — WOLFE, *Brit. Medic. Journ.*, 1880. — GALEZOWSKI, *Recueil d'opt.*, 1881.

Consulter les Traités spéciaux des *Blessures du globe de l'œil*.

Thèses de Paris. — 1866, AMALRIC, DELACROIX. — 1867, BONDY. — 1868, GRIMA. — 1874, DÉMAZURE. — 1877, AUDIBERT. — 1879, SARAZIN.

Définition. — On désigne sous le nom de cataracte traumatique l'opacification partielle ou totale du cristallin, survenue sous l'influence d'un traumatisme qui a agi sur le globe de l'œil directement ou à distance.

Étiologie. — Toutes les blessures du globe de l'œil intéressant le cristallin occasionnent la formation d'une cataracte d'origine directe; mais, ainsi que la luxation, l'opacification peut encore se former après un ébranlement du cristallin; ce dernier est consécutif, soit à une contusion du globe oculaire lui-même (coups de poing, de balle à jouer, etc.) soit à un choc sur la tête, lequel, par l'intermédiaire des parois crâniennes, se transmet jusqu'à l'organe de la vision. Enfin on a vu des cataractes se développer à la suite de l'action de la foudre (BRISSEAU, RIVEAU-LANDRAU, SERVIER). Les cataractes traumatiques sont plus fréquentes qu'on ne pourrait le penser tout d'abord; en réunissant les statistiques de JEFFRIES, DE WECKER, YVERT, FIEUZAL, on arrive à établir que sur cent cataractes, six ou huit reconnaissent semblable origine. Dans ce nombre, les enfants qui fréquentent les écoles fournissent un assez fort con-

tingent; généralement, dans un faux mouvement d'un camarade, le petit malade a reçu un coup de plume sur l'œil, la pointe de l'instrument s'arrête parfois dans la cornée, mais souvent aussi intéresse l'iris et le cristallin.

Pathogénie. — Pour qu'une cataracte traumatique puisse se former, quelle que soit du reste son origine, nous croyons indispensable une rupture de la cristalloïde. Dès que cette membrane est déchirée, les fibres cristalliniennes se trouvent en contact avec l'humeur aqueuse et commencent à s'imbiber.

L'existence d'une déchirure de la cristalloïde est indiscutable dans le cas de lésions directes, de plaies du globe oculaire par instrument piquant ou tranchant; mais en est-il de même lorsque la cataracte se développe à la suite d'une lésion à distance? Fréquemment alors la commotion a produit une déchirure appréciable à l'examen, parfois aussi, dit DUPLAY, la capsule n'est pas déchirée, « l'ébranlement qu'a subi le cristallin a suffi à le faire devenir opaque. » Cette théorie de l'ébranlement, déjà émise par STÖBER, n'est pas admise par tous les auteurs, pas plus du reste que l'absence de lésions sur la cristalloïde.

Marche. Pronostic. — La marche et la gravité des accidents dépendent de l'étendue de la déchirure de la cristalloïde, de l'âge du sujet, et des lésions qui existent simultanément sur les autres membranes.

Lorsque la plaie a une étendue minime, l'opacité se limite rapidement, la cristalloïde se cicatrise, le contact avec l'humeur aqueuse devient impossible. Dans ces conditions, si le sujet est jeune, on a le droit d'espérer la résorption complète de la cataracte; cette heureuse terminaison est la règle chez les enfants.

A l'âge adulte, une simple piqûre du cristallin suffit pour amener le ramollissement de la lentille. Ce résultat est fatal, même chez les enfants, lorsque la déchirure occupe une certaine étendue. Le cristallin présente alors un aspect blanc-grisâtre laiteux.

Enfin, lorsque l'ouverture est considérable, les masses cristalliniennes se gonflent; des débris de cristallin peuvent tomber dans l'humeur aqueuse, de là des poussées inflammatoires à forme glaucomateuse.

Traitement. — D'après ce que nous venons de dire, la conduite du chirurgien dépendra naturellement des trois facteurs ci-dessus énumérés: âge du sujet, étendue de la déchirure cristalloïdienne, complication de voisinage. Le sujet est-il jeune, la blessure peu grave, on se bornera à combattre les accidents antiphlogistiques, à prévenir la formation des synéchies; puis plus tard, si l'opacité persiste, il restera toujours comme ressource de pratiquer une iridectomie optique.

Si la déchirure est plus considérable, que les parties de la lentille herniées et gonflées déterminent des accidents glaucomateux, DE GREFE conseille de procéder d'emblée à l'extraction. Son avis n'a pas prévalu; les auteurs préfèrent généralement attendre, et, suivant le conseil de VERNECK, pratiquer de temps à autre des paracentèses de la chambre antérieure.

Enfin, si la cataracte est complète, que faire? Au point de vue de l'esthétique, l'extraction peut être proposée, mais il faut bien savoir que la vision est pres-

que fatalement compromise. Rarement en effet les opérés de cataracte traumatique ont une acuité visuelle satisfaisante.

3^e CORPS ÉTRANGERS

La présence d'un corps étranger dans le cristallin est un accident assez rare; généralement, la lentille offrant une résistance peu considérable, les corps ne font que la traverser pour aller se fixer plus loin. Ici comme toujours, lorsqu'il s'agit d'une partie quelconque du globe oculaire, les corps étrangers sont constitués par des fragments de métaux, des débris de pierre, etc.

Pour arriver jusqu'au cristallin, le corps est obligé de traverser la cornée ou la sclérotique; les lésions sont moins graves dans le premier cas que dans le second. Effectivement, le corps peut avoir traversé l'ouverture pupillaire, et la cornée seule est alors intéressée, ou bien il existe une lésion de la cornée et de l'iris; la sclérotique, au contraire, ne peut être atteinte sans qu'il y ait en même temps blessure de la choroïde ou du cercle ciliaire.

Symptômes. — Les accidents déterminés par la présence d'un corps étranger dans le cristallin sont très variables suivant les cas. Lorsque le corps atteint le cristallin perpendiculairement, qu'il obture complètement l'ouverture faite à la cristalloïde en s'y encastrant, l'humeur aqueuse n'arrive pas au contact des fibres de la lentille; dès lors il peut s'écouler un long espace de temps avant le début de l'opacification. Si au contraire le corps a éraillé la membrane sur une assez grande étendue, pour les motifs exposés précédemment l'opacification sera rapide. Dans quelques cas, le corps étranger est bien toléré, sa présence ne détermine aucun accident inflammatoire, le plus souvent il occasionne une réaction variable, mais qui est toujours très vive quand le corps ciliaire a été atteint.

Diagnostic. — Reconnaître la présence d'un corps étranger du cristallin n'est pas chose facile, surtout lorsqu'une cataracte s'est déjà formée. Il faut procéder dans les recherches le plus méthodiquement possible. Après avoir interrogé le malade, on cherchera sur la cornée, l'iris ou la sclérotique s'il n'existe pas de traces d'une lésion ancienne. Dès que cette enquête peut laisser supposer la présence d'un corps étranger, la pupille sera dilatée, puis on procédera à un examen minutieux par l'éclairage direct et par l'éclairage oblique. Certaines substances métalliques présentent alors des reflets spéciaux, ou bien leur présence a déterminé la formation de taches de rouille. L'existence d'un de ces deux symptômes est capitale.

Pronostic. — Le pronostic est toujours des plus graves: indépendamment de la cataracte qui se formera tôt ou tard, il peut se produire des phénomènes inflammatoires (irido-choroïdite), quelquefois suivis de l'atrophie du globe oculaire.

Traitement. — Pendant les premiers jours, on se bornera à prévenir et à combattre les accidents inflammatoires. Plus tard, la conduite à tenir dépendra des phénomènes qui surviendront. Si le corps n'occasionne aucune réaction, s'il gêne peu la vue, il faut le laisser en place; si, tout en étant bien toléré, il

trouble la vision, une iridectomie optique pourra être indiquée. Dans le cas où des accidents inflammatoires viendraient à paraître, on devra tenter l'extraction du corps étranger. C'est là une opération fort difficile, à laquelle souvent il faudra préférer l'extraction du cristallin lui-même.

§ 2. — Lésions de nutrition

1° CATARACTES

- Bibliographie.** — a. *Traité généraux.* — SICHEL, *Traité de l'opht., de la cataracte*, Paris, 1837. — SANSON, *Traité de la cat.*, 1842. — TAVIGNOT, *Mém. sur les cat. second.*, 1843. — MIRALTY, *Ibid.*, in *Ann. d'ocul.*, 1844. — RICHARD, *Diverses esp. de cat.* (Th. de concours, 1853). — FOUCHER (EM.), *Leçons sur la cat.*, 1868. — WARLOMONT, art. CATARACTE, in *Dict. encycl.*, 1^{re} série, 1872 (Bibliogr.).
- b. *Anatomie pathologique.* — SICHEL, *Ann. d'ocul.*, 1842-43. — LEBERT, *Ann. d'ocul.*, 1851. — BROCA, *Mém. sur la cat. caps.*, in *Arch. d'opht.*, 1854. — ROBIN, *Arch. d'opht.*, 1856, t. V, p. 117. — DUBARRY, Th. de Paris, 1857. — LÉCORCHÉ, art. DIABÈTE, in *Arch. gén. de méd.*, 5^e série, 1861, t. XVII et XVIII. — TEILLAIS, *C. diabét.*, in *Ann. d'ocul.*, 1876. — GAYET, *Lyon médic.*, 1880. — ROBERT, Th. de Paris, 1881.
- c. *Traitement.* — DAVIEL, *Mém. Acad. royale de chir.*, 1753. — DE GRÆFE, *Arch. f. Ophth.*, 1855. — CRITCHETT, *Ann. d'ocul.*, 1854, t. LII. — FOLLIN, *Arch. gén. de méd.*, 1866. — DE GRÆFE, *Extract. linéaire modifiée* (traduct. MEYER), 1866. — WARLOMONT, *Ann. d'ocul.*, t. LXXI, p. 1. — SICHEL, *Extract. chez les diabét.*, in *Bull. de therap.*, 1878. — CAMUSET, *Gaz. des Hôp.*, 1880. — CRITCHETT, *Opht. Rew.*, London, 1882.
- Thèses de Paris. — 1850, NÉLATON (Concours). — 1853, RICHARD. — 1854, CARTON. — 1863, MAUDUY. — 1872, GROS. — 1873, BAUDRY. — 1874, GÉLY-GUINARD. — 1877, FORTRES, CUISINIER. — 1877, STÖBER (Nancy). — 1879, QUIOC, GAUPILLAT. — 1880, BERTHÉLEMY. — 1881, ULMANN.

Définition. — D'une façon générale, on désigne sous le nom de cataracte l'opacification partielle ou totale du cristallin.

Division. — On divise habituellement les cataractes en trois groupes : 1° *cataracte vraie*, elle siège dans le cristallin lui-même, *cataracte lenticulaire*; dans sa capsule, *cataracte capsulaire*, ou à la fois dans la lentille et la capsule, *cataracte capsulo-lenticulaire*.

2° *Cataracte fausse.* — Dans ce groupe se trouvent réunis tous les dépôts qui peuvent se former dans le champ de la pupille, mais qui n'ont aucun rapport avec le cristallin.

3° *Cataracte secondaire.* — Cette variété se développe après les opérations de cataractes, d'où son nom de *secondaire*; elle résulte de l'opacification de la cristalloïde.

Cette classification doit être abandonnée : les divers exsudats que l'on nommait jadis *cataracte fausse* ont une origine qui nous est bien connue aujourd'hui, ils n'ont rien de commun avec les cataractes, ce groupe doit donc être éliminé; quant aux cataractes secondaires, qu'elles se forment avant ou après une opération, elles n'en sont pas moins capsulaires.

Nous admettrons donc, d'après leur siège anatomique, trois variétés de cataracte : *lenticulaire, capsulaire, capsulo-lenticulaire*.

Fréquence suivant l'âge et le sexe. — Sur cinq cents malades atteints de cette affection, DE GRÆFE et WALKER ont trouvé deux cent soixante-huit hommes et deux cent trente-deux femmes; SICHEL, sur six cent cinquante-neuf cataractés, trouve trois cent deux hommes et trois cent cinquante-sept femmes. L'influence du sexe est donc très peu marquée. Le nombre des cataractes augmente avec celui des années, la vieillesse étant une des causes principales du développement des opacités.

Étiologie. — Au point de vue étiologique, nous admettons avec ABADIE trois groupes distincts de cataracte.

1° *Des cataractes simples ou primitives.* — Elles résultent uniquement, dit cet auteur, d'altérations survenues dans la constitution des fibres du cristallin. 2° *Des cataractes consécutives* à d'autres lésions oculaires. 3° *Des cataractes* qui dépendent d'un état morbide de l'organe entier.

Les cataractes simples reconnaissent-elles uniquement pour cause la sclérose sénile du cristallin? C'est là une hypothèse difficile à admettre, car alors, comment expliquer qu'elles ne soient pas en plus grand nombre, pourquoi ne se forment-elles pas simultanément dans les deux yeux? Avec O. BECKER, nous pensons que le développement de la maladie est probablement lié à une affection générale ou à une lésion locale, qui l'une et l'autre ont passé jusqu'ici inaperçues.

L'influence exercée par les maladies des membranes ou des milieux de l'œil paraît bien mieux démontrée. Le développement de la cataracte est lié de la façon la plus intime aux changements qui peuvent survenir dans l'humeur aqueuse; de plus, l'opacification du cristallin complique souvent les irido-choroïdites chroniques et le glaucome, les atrophies choroïdiennes (DUBARRY), le décollement de la rétine et la rétinite pigmentaire (IWANOFF).

Parmi les maladies générales que l'on considère comme favorisant la formation des opacifications, citons : les affections cardiaques (FURNEAUX-JORDAN), la goutte (ROSAS), les fièvres graves (TRÉLAT, PANAS). Enfin la cataracte constitue un accident assez fréquent chez les diabétiques. Sur trente-cinq malades de ce genre atteints de lésions oculaires, GALEZOWSKI a trouvé vingt-deux cas d'opacités cristalliniennes; on a encore rencontré des cataractes chez les phosphaturiques, les albuminuriques (TESSIER, DOR.)

Parmi les causes prédisposantes, l'hérédité invoquée par SAMSON et MAUNOIR a seule une action incontestable; l'influence de certaines professions dans lesquelles les ouvriers travaillent à des températures élevées (forgerons, verriers), celle des climats chauds semblent beaucoup moins considérables.

Pathogénie. — Le développement des cataractes est intimement lié au mode de nutrition du cristallin. Or, les expériences de LEBER ont démontré que cette nutrition s'effectue par suite d'un échange exosmo-endosmotique entre le cristallin et l'humeur aqueuse. Cet échange se fait à travers la couche épithéliale qui tapisse la cristalloïde; il nécessite l'intégrité absolue de l'épithélium et la composition normale de l'humeur aqueuse. Si par une cause quelconque une de ces conditions vient à changer, des troubles ne tardent pas à se produire.