d'une couleur ambrée, comparée à celle de la pierre à fusil. L'éclairage oblique permet de constater un intervalle entre le bord de l'iris appliqué sur la cristal-loïde antérieure et l'opacité périnucléaire. C'est cet espace encore transparent, constitué par les couches corticales les plus antérieures non opacifiées, qui a été considéré comme l'ombre portée par l'iris sur le cristallin, à une époque où l'on n'admettait pas le contact direct du bord de l'iris avec la capsule.

La cataracte *molle*, cataracte des jeunes sujets, se distingue par son volume considérable. Il n'y a pas d'intervalle entre le bord de la pupille et les parties opaques; quelquefois même la face antérieure de l'iris est bombée et les mouvements de la pupille sont paresseux. La couleur de la cataracte molle est gris blanchâtre, avec un reflet souvent bleuâtre. Sa masse n'est pas homogène; l'éclairage oblique y montre des stries, des granulations plus opaques et plus brillantes en certains points, mais n'y fait pas découvrir de noyau au centre. Plus la consistance de la cataracte diminue, plus son aspect devient homogène. La cataracte liquide a une teinte d'un blanc laiteux ou jaunâtre, et l'éclairage oblique n'y décèle que de très fines granulations constituant un liquide émulsif.

La cataracte *mixte* ou *demi-molle* est celle qu'on a de beaucoup le plus souvent l'occasion d'observer chez les gens âgés. Elle diffère de la cataracte des jeunes sujets par l'existence d'un noyau sclérosé. On constate en général assez facilement, par l'éclairage oblique, l'existence de ce noyau au milieu des masses corticales opaques. Il se révèle par sa couleur ambrée et son aspect plus homogène.

Les masses corticales antérieures que l'éclairage oblique permet de bien étudier présentent des stries ordinairement rayonnées et triangulaires, d'aspect gris bleuâtre ou nacré. Entre ces stries existent de petits points et de petites plaques grisâtres irrégulièrement distribués. D'une manière générale on peut dire que plus les stries rayonnées sont larges et volumineuses, moins la consistance des couches corticales est considérable. L'existence de stries étroites indique une cohérence parfois assez grande des couches corticales avec le noyau.

Dans les cataractes ayant dépassé la maturité, les stries ont disparu; l'aspect de la cataracte est seulement granuleux, presque amorphe, par suite du ramollissement des couches périphériques. Mais l'éclairage oblique permet de reconnaître alors le noyau qui, entraîné par son propre poids, occupe une position déclive. Cet état caractérise la cataracte dite *morgagnienne*.

L'existence d'un pointillé opaque dans les parties les plus antérieures se rencontre aussi dans les cataractes très anciennes et ramollies. Les petites taches répondent à des opacités siégeant dans la couche épithéliale adhérente à la cristalloïde antérieure.

Si le diagnostic de la consistance de la cataracte a une grande importance, parce que de lui dépend le choix du procédé opératoire, le diagnostic des complications est non moins important. L'existence de ces complications commande, en effet, quelquefois de s'abstenir de toute intervention.

Le diabète et l'albuminurie ne sont considérés aujourd'hui comme des contreindications à l'opération que lorsque l'état général est fortement atteint. Néanmoins, il faut toujours avoir soin de rechercher le sucre et l'albumine dans l'urine des individus atteints de cataracte et ne pratiquer l'opération qu'après les avoir soumis à un traitement approprié. L'association du diabète et de l'albuminurie doit toujours faire craindre des complications post-opératoires. (L. Calamy. Du traitement de la cataracte diabétique. Thèse de Paris, 1889-1890.) Il importe surtout de reconnaître s'il n'existe pas d'affection concomitante des voies lacrymales ou de la muqueuse pituitaire, car on sait aujourd'hui que le catarrhe et les suppurations existant de ce côté sont une source d'infection septique et expliquent les suppurations si fréquentes autrefois après l'extraction de la cataracte.

Les complications du côté des membranes profondes devront être surtout recherchées avec soin. Dans certains cas, le diagnostic précis sera impossible, car les patients ne consultent le plus souvent qu'à un moment où la cataracte est assez avancée pour empêcher tout examen ophtalmoscopique du fond de l'œil. Néanmoins l'aspect jaune verdâtre du cristallin, la consistance augmentée du globe de l'œil, la diminution de la chambre antérieure, l'existence de synéchies iriennes, indiqueront un état glaucomateux ou des inflammations antérieures de la choroïde. Une myopie d'un degré élevé, la perception par le patient de flammes irisées, au début de la cataracte, feront craindre des lésions de la choroïde ou un décollement de la rétine.

L'examen de la sensibilité rétinienne ou de l'acuité visuelle chez les cataractés nous renseigne heureusement d'une manière suffisante, dans la pratique, sur l'existence de ces complications. A moins de complication sérieuse, en effet, la sensibilité rétinienne persiste, même dans le cas de cataracte complète. Le patient peut toujours distinguer l'ombre de la lumière, reconnaître la flamme d'une bougie à distance, et quelquefois percevoir encore la forme extérieure des objets.

Voici comment on s'assure que la sensibilité rétinienne est conservée chez un sujet atteint de cataracte. A une distance de 4 ou 5 mètres, l'œil sain étant couvert, l'œil cataracté doit reconnaître les déplacements d'une bougie et percevoir d'une manière précise le moment où l'on cache la flamme avec la main, et celui où on la fait réapparaître. On peut aussi employer la flamme d'un bec de gaz qu'on baisse progressivement, jusqu'à ce qu'elle cesse d'être perçue. On apprécie de cette manière, avec une approximation très suffisante, le degré d'acuité conservée.

De Graefe a proposé de l'évaluer par des chiffres, en disant que, lorsque la flamme d'une bougie, qui devrait être perçue à 5 mètres, n'est perçue qu'à une distance de 2 mètres, l'acuité est de 2/5.

Pour compléter cet examen, il reste à se rendre compte de l'état du champ visuel en promenant circulairement devant l'œil cataracté une bougie allumée à une distance moindre de 1 mètre. Si la flamme, l'œil cataracté conservant une direction fixe, cesse d'ètre perçue dans certaines positions, principalement en haut, il y a présomption de l'existence d'un décollement rétinien.

Ce moyen d'exploration est préférable à la recherche des phosphènes, aujourd'hui généralement abandonnée.

Pronostic. — La cataracte spontanée est une affection qui ne guérit pas sans opération, et nous verrons plus loin que les divers essais de traitement médical qui ont été faits pour en provoquer la disparition n'ont jusqu'ici donné aucun résultat satisfaisant. Le pronostic de cette affection est par conséquent sérieux et intimement lié au perfectionnement des méthodes et procédés opératoires. A toutes les époques, les oculistes ont publié des statistiques pour établir la supériorité de tel ou tel procédé particulier. Mais, pour des raisons faciles à com-

prendre, ces documents ne peuvent guère être utilisés pour établir d'une manière certaine la proportion des succès après l'opération de la cataracte spontanée. Dans certaines statistiques, cette proportion dépasserait 95 pour 100. Il est loin d'en être ainsi dans la réalité. L'application des règles de la méthode antiseptique à la chirurgie oculaire permet sans doute d'écarter toute crainte de suppuration à la suite des opérations pratiquées sur l'œil, mais l'absence de la suppuration, si fréquente autrefois, du moins dans les hôpitaux, ne suffit pas pour assurer le rétablissement de la vision.

Le pronostic de la cataracte ne doit pas seulement être envisagé au point de vue du résultat opératoire. Le chirurgien est souvent sollicité d'émettre un avis sur la durée probable de l'affection avant qu'elle arrive à une maturité complète. Il est malheureusement très difficile de répondre sur ce point. Certaines cataractes, chez les gens âgés, marchent avec une extrême lenteur et ne se complètent jamais. Lorsque l'ophtalmoscope, après dilatation de la pupille, ne révèle que quelques opacités sous forme de stries dans la région de l'équateur, il est souvent préférable de ne pas avertir le patient qu'il est atteint de cataracte, car on voit ces opacités, qui ne gênent guère la fonction, rester quelquefois indéfiniment stationnaires.

D'une manière générale, la cataracte marche d'autant plus lentement qu'elle est plus consistante. Chez les sujets jeunes, elle évolue toujours rapidement, en raison de sa mollesse habituelle. Chez les sujets âgés, nous avons indiqué les caractères qui permettent de reconnaître le peu de consistance des couches corticales; ils sont en rapport avec une évolution relativement rapide. Chez eux cependant, la cataracte met toujours plusieurs mois et souvent plusieurs années avant de se compléter.

Une marche très rapide de la cataracte doit faire craindre l'existence d'altérations du fond de l'œil.

Comparée à la cataracte traumatique, la cataracte spontanée est d'un pronostic relativement favorable.

CATARACTE CONGÉNITALE

MORAND, Recherches sur la cataracte congénitale. Thèse de Paris, 1858. — RÜCK, Des cataractes congénitales, Thèse de Paris, 1867. — Denis (Paul), De la cataracte congénitale, Thèse de Paris, 1873. — Durand (Alphonse), Essai sur les cataractes lenticulaires spontanées de l'enfance. Thèse de Paris, 1874. — DOLARD, La cataracte chez les jeunes sujets. Thèse de Lyon, 1889-1890.

Les opacités du cristallin développées pendant la vie intra-utérine ou constatées, du moins, peu de temps après la naissance, sont décrites sous le nom de cataractes congénitales. Elles ont été attribuées, soit à des arrêts de développement, soit à des inflammations de l'appareil oculaire antérieures à la naissance.

La cataracte congénitale totale ou partielle représente 0,5 pour 100 du nombre total des cataractes dans la statistique de de Wecker.

L'hérédité a sur son développement une influence bien établie. Elle a été observée pendant plusieurs générations dans la famille royale d'Angleterre (White Cooper). Les Indes, la Russie et l'Irlande paraissent en fournir des cas plus nombreux que les autres pays. Le rachitisme et certaines altérations de l'émail dentaire signalées par Horner semblent aussi devoir figurer, avec les

affections cérébrales convulsives (Arlt, Horner), au nombre des causes de cette

La cataracte congénitale se présente sous la forme complète ou incomplète.

Cataractes complètes. — Elles sont molles ou liquides. Elles donnent à la totalité du champ pupillaire un aspect uniforme, blanc laiteux, comparé à celui de l'amidon cuit. Le cristallin est peu volumineux, à l'inverse de ce qu'on observe pour la cataracte liquide de l'adulte, et l'iris conserve sa mobilité. A la longue même, le contenu peut se résorber et il ne reste plus que la capsule doublée de masses graisseuses ou de dépôts crétacés (cataracte aride siliqueuse).

La cataracte nucléolaire, signalée par de Graefe, s'observe aussi à la naissance. Elle présente cette particularité que, malgré l'absence d'un noyau à cet âge, sa consistance est notable et va en augmentant de la périphérie au centre, ce qui la rapproche de la cataracte sénile.

Cataractes incomplètes. — Le type de ces cataractes est la cataracte zonulaire ou stratifiée.

Elle est caractérisée par l'existence d'une zone d'opacités périnucléaires, le noyau et les couches périphériques restant transparentes. La figure ci-jointe

principales dispositions des opacités sur une coupe verticale antéro-postérieure du cristallin.

Cette disposition stratifiée appartient en propre à la cataracte congénitale. De Wecker, cependant, a observé un







Fig. 87. — Cataractes zonulaires.

cas où elle serait apparue après la naissance. Arlt la rattachait aussi aux convulsions de l'enfance. Elle serait peut-être, d'après Terrier, une manifestation de la syphilis congénitale. Dans tous les cas, elle coïncide fréquemment avec des malformations rachitiques du squelette.

Si l'on dilate la pupille par l'atropine, on constate l'existence d'une opacité arrondie, discoïde, qui occupe les parties centrales sans atteindre la périphérie. Autour du disque opaque existe une zone transparente répondant à l'équateur du cristallin. La couleur de l'opacité est grisâtre et plus foncée à la périphérie Vers le centre, on retrouve les traces de la disposition en étoile des fibres du cristallin et souvent une petite plaque d'un blanc éclatant. De la périphérie du disque se détachent des dentelures irrégulières, et quelquesois de fins prolongements atteignant l'équateur du cristallin.

L'éclairage oblique permet de reconnaître que la face antérieure de l'opacité est convexe, et que derrière elle existe une autre zone opaque à concavité antérieure répondant aux couches périnucléaires postérieures.

L'ophtalmoscope montre le disque central d'un rouge brun, plus foncé vers les bords et entouré d'une zone annulaire transparente, qui permet d'apercevoir le fond de l'œil avec sa coloration ordinaire.

TRAITÉ DE CHIRURGIE, 2º édit. — IV.

13

La cataracte zonulaire s'accompagne souvent de myopie et de nystagmus. Elle atteint les deux yeux, le plus ordinairement, et reste stationnaire; mais elle peut se compléter dans la vieillesse.

La vision est meilleure dans une demi-obscurité qu'à une lumière vive, et s'améliore encore lorsqu'on dilate la pupille par l'atropine.

On a décrit d'autres formes de la cataracte congénitale: la cataracte ponctuée, dans laquelle de fines opacités sont groupées au voisinage du pôle postérieur et du pôle antérieur formant parfois une étoile à trois branches; la cataracte fusiforme (Knies) dont la disposition est figurée plus haut (B, fig. 87), combinée avec une double opacification zonulaire.

La cataracte *pyramidale* est parfois observée à la naissance. Elle appartient à la classe des cataractes capsulaires et, à propos de ces dernières, nous indiquerons le mécanisme de sa formation.

Traitement. — Le traitement de la cataracte congénitale varie suivant la variété dont il s'agit; mais, d'une manière générale, la cataracte congénitale doit être opérée de bonne heure, à moins de complications graves du côté des membranes profondes.

La discision convient aux formes molles et, pour la cataracte liquide, on peut recourir à l'aspiration.

La cataracte nucléolaire, d'ailleurs rare, doit être traitée par l'extraction.

Lorsque l'opacité de la cataracte zonulaire est très circonscrite, une iridectomie ou la simple section du sphincter pupillaire suffisent pour permettre aux rayons lumineux d'arriver plus largement au fond de l'œil. Dans le cas d'opacité étendue, on aura recours à l'extraction. Horner a même conseillé d'extraire le cristallin dans sa capsule. Mais cette opération, toujours périlleuse, ne peut être conseillée d'une manière générale.

CATARACTE TRAUMATIQUE

Audibert, Étude sur le traitement de la cataracte traumatique. Thèse de Paris, 1877. — Sarrazin, Recherches sur la cataracte traumatique, au point de vue du diagnostic et du traitement. Thèse de Paris, 1879.

Les traumatismes les plus variés peuvent produire l'opacification du cristallin. En première ligne, il faut placer les plaies de la cristalloïde antérieure. Elles sont fréquentes, chez les enfants surtout, et causées par la pénétration à travers la cornée et la chambre antérieure de corps pointus (aiguilles, ciseaux, canifs, plumes métalliques), de grains de plomb, d'éclats de pierre et de capsules fulminantes.

Les contusions du globe de l'œil, qu'accompagnent une rupture de la zonule et un déplacement du cristallin, produisent aussi la cataracte. Elle apparaît après les chocs divers (coups de poing, balles élastiques, bouchons de bouteille de vin de Champagne). Berlin l'a déterminée chez les animaux en percutant la cornée avec une baguette flexible.

Il est, en outre, bien établi aujourd'hui que la simple commotion du globe de l'œil peut développer la cataracte. On l'a observée à la suite de chutes, de coups reçus sur la région temporale, de convulsions, et après la sidération par la foudre. Maklakoff, au dire de De Wecker, aurait réussi à faire naître la cataracte

chez certains animaux, sous l'influence des vibrations de sons très aigus. Les expériences sur la maturation artificielle de la cataracte ont montré l'influence exercée par l'évacuation de l'humeur aqueuse et par le massage de l'œil sur l'opacification du cristallin.

À la suite des plaies de la capsule, si l'ouverture est très petite, il se fait au travers une hernie des fibres du cristallin, et l'imbibition par l'humeur aqueuse se limite à la partie herniée. Dans ces conditions, on observe une cicatrisation de la solution de continuité, et il reste une opacité circonscrite.

Dans les cas cependant où la portion du cristallin, qui a fait hernie à travers la petite plaie, est rapidement résorbée, l'imbibition par l'humeur aqueuse continue à agir sur le cristallin dont la masse se gonfle. Le même résultat se produit nécessairement si la plaie est un peu étendue. On voit alors des masses de la substance cristallinienne ayant l'apparence de l'amidon cuit se répandre dans la chambre antérieure comme après la discision.

Si le gonflement du cristallin est très rapide, il en résulte parfois une rupture de la capsule.

Chez les jeunes sujets, l'imbibition est souvent suivie de la résorption complète du cristallin, et la pupille reprend au bout d'un certain temps sa transparence. Mais après vingt-cinq ans, alors que le noyau du cristallin est déjà formé, cette résorption complète n'est plus possible, et il se développe presque toujours des phénomènes d'irido-choroïdite. Il est fréquent, dans ce cas, d'observer des adhérences de l'iris à la capsule et la formation d'opacités à la face interne de cette dernière.

Chez les gens d'un âge avancé, les phénomènes glaucomateux sont encore plus à craindre, et il se forme une cataracte adhérente avec synéchies iriennes. La chute du noyau du cristallin dans la chambre antérieure, quelquefois observée, est aussi une cause d'accidents graves.

La cataracte traumatique appartient à la variété molle. Elle se reconnaît par l'éclairage direct, l'éclairage oblique ou l'ophtalmoscope, comme la cataracte spontanée. Pour que le diagnostic soit complet, il faut toujours se préoccuper de la présence possible d'un corps étranger dans le cristallin. Lorsqu'un corps étranger métallique s'y est arrêté, il détermine habituellement, à la longue, une coloration brune de la substance cristallinienne dans son voisinage. Souvent, le corps étranger n'a fait que traverser le cristallin et a pénétré dans le corps vitré; dans ce cas, l'ophtalmoscope peut, dans les premiers moments, le faire reconnaître, alors que les opacités sont encore très limitées. Plus tard, on peut seulement soupçonner sa présence.

Le pronostic de la cataracte traumatique est toujours plus grave que celui de la cataracte spontanée. Il y a souvent des complications du côté de la cornée, de l'iris, du corps vitré. Non seulement on voit survenir consécutivement, s'il y a complication d'un corps étranger, des cyclites et des choroïdites, mais les accidents de l'ophtalmie sympathique sont particulièrement à craindre pour l'autre œil.

Traitement. — Lorsque la capsule a été intéressée sur une très petite étendue, le traitement se réduit à l'expectation. On se borne à assurer par des lotions antiseptiques la cicatrisation de la plaie de la cornée lorsqu'il en existe une, et l'on fait une compression modérée à l'aide d'un bandeau. Les instillations d'ésérine ont été conseillées dans le but de diminuer la tension de l'œil et de

favoriser la résorption. Mais chez les sujets encore jeunes, nous préférons les instillations d'atropine, qui permettent d'observer les changements survenus dans la transparence du cristallin et empêchent les adhérences de l'iris.

L'iridectomie préventive sera pratiquée pour modérer les accidents inflammatoires qu'entraînent les larges ouvertures de la capsule et le gonflement de la masse du cristallin. Elle doit être faite de bonne heure si des accidents glaucomateux se développent.

L'extraction précoce avec iridectomie est indiquée quand il existe un corps étranger dans le cristallin ou lorsque le noyau du cristallin est tombé dans la chambre antérieure.

Lorsqu'il n'y a ni déplacement de la lentille, ni plaie de la capsule, l'extraction doit être différée et remise à une époque où toute trace d'inflammation a disparu.

Pour le traitement de la cataracte d'origine traumatique, mais de date ancienne, les indications opératoires sont fournies par l'âge du sujet, et par l'existence ou l'absence des complications du côté des membranes profondes de l'œil.

La cataracte des jeunes sujets sera traitée par des discisions répétées. Chez l'adulte, il faudra recourir à l'extraction avec iridectomie. Si la cataracte a pris, comme il arrive, la forme aride siliqueuse, on doit s'attendre à des difficultés particulières. Dans tous les cas, le pronostic de l'intervention opératoire est plus grave pour la cataracte traumatique que pour la cataracte spontanée. Si la présence d'un corps étranger derrière le cristallin cataracté est certaine et si des phénomènes sympathiques se montrent dans l'œil opposé, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'énucléation.

b. - Des cataractes capsulaires.

Depuis les recherches de Malgaigne, confirmées par les travaux modernes, on sait que la capsule du cristallin ne perd jamais sa transparence et que les opacités dont elle paraît être le siège sont dues aux altérations de la couche

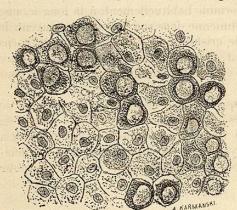


Fig. 88. — Altération vésiculeuse de l'épithélium capsulaire. (Panas.)

épithéliale sous-jacente. Les seules altérations que subisse parfois la cristalloïde consistent dans un plissement ou dans un dédoublement de ses lamelles et dans des productions verruqueuses.

Les opacités capsulaires siègent presque toujours au pôle antérieur. Tantôt elles sont isolées (cataracte capsulaire proprement dite), tantôt elles coexistent avec l'opacité des couches corticales du cristallin (cataracte capsulo-lenticulaire).

Les altérations se montrent dans la couche épithéliale qui double la face interne de la cristalloïde antérieure.

Elles subissent une transformation colloïde (Gayet), puis une dégénérescence graisseuse. Des infiltrations de sels calcaires se font entre les cellules dégéné-

rées et, dans les opacités anciennes, on trouve une masse analogue à du tissu connectif qui pénètre dans les couches corticales du cristallin. C'est au niveau de cette plaque opaque dont les bords sont habituellement irréguliers et déchiquetés qu'on a observé le dédoublement en lamelles de la capsule signalé par Broca. Entre ces lamelles de fines granulations se sont infiltrées.

Les opacités capsulo-lenticulaires s'observent dans les cataractes très anciennes ayant dépassé l'époque de la maturité. Elles occupent le centre de la pupille, sous forme d'une plaque superficielle d'un blanc crayeux, dont les bords sont plus ou moins irréguliers. L'éclairage oblique permet de reconnaître la situation de cette opacité, en avant des couches corticales les plus superficielles. Certaines opacités capsulaires se forment aussi dans des cataractes n'ayant pas dépassé la maturité. Ces cataractes sont presque toujours d'origine choroïdienne et souvent adhérentes.

Un caractère important de ces cataractes et qui leur est commun avec les autres variétés de cataractes capsulaires, c'est que, une fois constituées, elles restent stationnaires.

Les cataractes capsulaires proprement dites siègent au pôle antérieur (cataracte polaire antérieure et cataracte pyramidale), ou au pôle postérieur (cataracte capsulaire postérieure).

La cataracte polaire antérieure s'observe surtout chez les enfants et s'explique par le contact qu'a subi la cristalloïde antérieure avec la face postérieure de la cornée à la suite d'une perforation de celle-ci. Il s'est fait à ce niveau un travail de prolifération dans les cellules qui doublent la cristalloïde. Cependant, dans certains cas, on ne trouve aucune trace de perforation de la cornée. Ces cas constituent des variétés de cataracte congénitale. On a vu aussi, mais tout à fait exceptionnellement, la cataracte polaire antérieure se développer chez des sujets encore jeunes, en dehors de toute cause appréciable.

La cataracte *pyramidale* est congénitale ou acquise. Son nom lui vient de la saillie acuminée qu'on constate dans le champ pupillaire, au niveau de l'opacité siégeant sur la capsule.

Lorsque la cataracte pyramidale existe, chez le nouveau-né, en même temps qu'une opacité de la cornée placée au-devant d'elle, elle reconnaît pour cause une perforation de la cornée survenue au cours d'une ophtalmie intra-utérine. Dans les cas où l'opacité cornéenne manque, on a attribué la cataracte à la persistance d'un débris de la membrane pupillaire (Beck), ou encore à un accident dans la séparation du cristallin et de la cornée, au moment du développement de celui-ci.

La cataracte pyramidale acquise est toujours consécutive à une perforation de la cornée et s'explique de la façon suivante : dès que la cornée est perforée, l'humeur aqueuse s'écoule et la face antérieure de la capsule se met en contact avec la face postérieure de la cornée. Des adhérences ne tardent pas à s'établir entre les deux membranes, au niveau de la fistule, et les cellules épithéliales sous-jacentes à la cristalloïde s'opacifient. Puis, par le fait de la reproduction de l'humeur aqueuse, les deux membranes tendent à se séparer. C'est alors que se forme la saillie de la capsule tiraillée; mais le plus souvent les adhérences se rompent. Quelquefois cependant on voit persister un mince filament unissant le sommet de la cataracte à la face postérieure de l'opacité cornéenne.

La cataracte capsulaire postérieure s'observe rarement. Elle ne peut s'expliquer de la même façon que la cataracte polaire antérieure, puisque normalement il

n'existe pas de cellules épithéliales doublant la cristalloïde dans cette région. On attribue les opacités qui s'observent au pôle postérieur du cristallin, soit à des dépôts extérieurs à la capsule et provenant d'une altération du corps vitré au niveau de la fossette hyaloïdienne, soit à une altération limitée des couches corticales du cristallin.

La cataracte capsulaire postérieure s'observe surtout dans les choroïdites anciennes.

Dans quelques cas, l'existence d'un débris de l'artère hyaloïdienne a fourni l'explication d'opacités siégeant au pôle postérieur du cristallin (Von Ammon).

Diagnostic. — L'éclairage oblique permet de distinguer facilement les opacités qui siègent sur la capsule de celles qui répondent aux couches corticales du cristallin. Les opacités capsulaires sont en général centrales, plus limitées que celles de la lentille; elles ont à l'éclairage direct un aspect crayeux très prononcé; les bords en sont irrégulièrement dentelés et au pourtour on observe une sorte d'auréole grisâtre.

L'ophtalmoscope permet mieux encore que l'éclairage oblique de constater la délimitation exacte des opacités au centre de la pupille et l'absence de trouble dans la masse du cristallin.

L'expérience des images de Purkinje fait reconnaître l'absence de la seconde et de la troisième image, quand la cataracte siège sur la cristalloïde antérieure.

Les cataractes polaires postérieures sont d'un diagnostic plus difficile et les opacités situées dans les parties les plus antérieures de la fossette hyaloïdienne peuvent facilement être confondues avec elles.

La coexistence fréquente de complications du côté de la choroïde et de l'iris, explique l'absence de mobilité de l'iris et la formation de synéchies souvent signalées dans la cataracte capsulaire.

Traitement. — Dans certains cas, surtout s'il y a des adhérences à l'iris, on devra pratiquer une iridectomie pour établir une pupille artificielle et prévenir les accidents glaucomateux. Si l'extraction est pratiquée, il faut, après la sortie du cristallin, saisir avec des pinces spéciales la portion de la capsule opaque et l'extraire isolément.

Du traitement de la cataracte en général.

S'il n'est pas impossible de voir, dans quelques cas exceptionnels, des opacités du cristallin, disparaître spontanément (Delbès. De la résorption spontanée intracapsulaire de la cataracte sénile. Thèse de Paris, 1895-1896), on peut dire néanmoins que la cataracte ne guérit pas sans opération. L'amélioration de la vue observée chez certains diabétiques, sous l'influence du traitement général, ne repose pas sur des observations suffisamment précises.

Jusqu'à preuve du contraire, le traitement médical de la cataracte doit donc être considéré comme illusoire. Les préparations d'iode, de mercure administrées à l'intérieur, les injections hypodermiques d'ammoniaque, l'instillation d'huile phosphorée entre les paupières (Tavignot), l'emploi des courants continus, n'ont jamais amené la guérison. Le résultat des évacuations répétées d'humeur aqueuse

reprises par Sperino est plus que douteux et cette évacuation constitue ellemême une opération chirurgicale.

Le traitement chirurgical de la cataracte comprend trois méthodes : 1º le déplacement (abaissement et réclinaison); 2º la division (discision et broiement); 5º l'extraction avec les très nombreux procédés qu'elle comporte.

On peut y ajouter une quatrième méthode, l'aspiration, remise en honneur par Laugier en 1847, et applicable seulement aux cataractes liquides. Mais, malgré les modifications que Bowmann, Teale et de Wecker ont apportées à cette méthode, elle n'est que rarement employée.

CONSIDÉRATIONS SUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE

Lorsque l'existence d'une cataracte a été constatée chez un sujet, l'intervention chirurgicale seule peut la faire disparaître, mais le chirurgien, après en avoir prévenu, avec les précautions nécessaires, son malade, doit encore résoudre certaines questions.

Si les deux yeux sont atteints et la vision assez compromise pour que le patient puisse à peine se conduire, il n'y a pas lieu de différer l'opération. La cataracte, dans ce cas, est presque toujours complète sur l'un des yeux et c'est celui-là qu'il faut opérer d'abord. Si la cataracte est incomplète, l'opération doit-elle être pratiquée? On répondait autrefois par la négative à cette question. Il est certain qu'il vaut mieux ne pas faire courir les chances d'une opération à un œil dont la vision n'est pas encore totalement perdue. Il ne faut pas non plus se dissimuler que les débris des couches corticales non encore opacifiées sont trop souvent le point de départ de cataractes secondaires, malgré le soin qu'on met à les extraire. Néanmoins l'opération peut être faite sur un œil avant la maturité complète de la cataracte, lorsque certaines conditions, en particulier le désir formellement exprimé par le patient, le commandent.

La maturation artificielle de la cataracte a été conseillée dans ce cas, mais nous paraît avoir plus d'inconvénients que d'avantages. L'iridectomie pratiquée préventivement quelques semaines ou quelques mois avant l'extraction est un moyen d'activer l'opacification des couches corticales. Suivie du massage du cristallin à travers la cornée elle a été conseillée par Færster. Exécuté prudemment avec la curette de caoutchouc, le massage hâte, en effet, la maturation de la cataracte, mais il peut arriver de dépasser le but et de provoquer des accidents d'irido-choroïdite. Pour ces raisons, la maturation artificielle ne peut être conseillée que dans des cas tout à fait exceptionnels.

La question de l'opération simultanée sur les deux yeux est aussi une de celles qui se posent habituellement au chirurgien. A notre avis, elle doit toujours être résolue par la négative. En opérant dans la même séance les deux yeux, on évite sans doute au patient les appréhensions d'une deuxième opération, mais qu'une complication se produise sur l'un des yeux, il y a les plus grandes chances pour que l'autre œil en souffre et que le double résultat se trouve compromis.

Préparation de l'opéré. — Avant que l'importance des précautions antiseptiques eût été reconnue, on soumettait les malades à un régime spécial, avant l'opération, pour en assurer le succès. Les purgatifs y tenaient la plus grande place. On se contente aujourd'hui d'en prescrire un la veille, pour éviter les efforts de défécation dans les jours qui suivent l'opération.