

cette membrane est quelquefois trop molle pour être saisie et tirée au dehors ; on se borne alors à la broyer avec la pince dans une certaine étendue ; mais le succès est bien rare dans ces cas ; l'œil a trop souffert pour pouvoir reprendre ses fonctions.

Iridodialyse. Le décollement, adopté avec beaucoup de faveur à son origine, n'est plus guère usité de nos jours. On le recommandait surtout dans les cas où la portion de cornée restée transparente était peu étendue et se trouvait placée au bord même de la cornée, où par conséquent il fallait placer la pupille tout près du bord ciliaire de l'iris. Depuis qu'on sait que la sclérotique recouvre la circonférence de la chambre antérieure et que les plaies de cette membrane se cicatrisent facilement, on incise le bord sclérotical lorsqu'il s'agit de placer la pupille dans une position aussi excentrique, et on fait l'iridectomie. On reproche au décollement de déterminer des accidents inflammatoires intenses ; ce qui n'est pas aussi général qu'on l'a dit. Mais lorsque l'on a pratiqué l'iridodialyse, l'iris reprend sa position et ferme la nouvelle pupille, à moins qu'on ne joigne au décollement l'excision de la partie décollée, après qu'on l'a tirée au dehors de la plaie. Ces deux méthodes ainsi combinées ont assez souvent donné des résultats favorables ; elles sont peut-être tombées dans une désuétude trop absolue.

Iridencleisis. L'enclavement, tel qu'il était pratiqué autrefois, ne présentait aucun avantage. L'iris fixé dans la plaie de la cornée par son bord pupillaire se dégageait quelquefois et rentrait dans l'œil ; lorsque l'enclavement se maintenait, il donnait lieu à une cicatrice plus forte que celle de l'iridectomie, souvent à des accidents inflammatoires graves, et en tout cas à de l'irritation par suite de la saillie de la partie enclavée à la surface de la cornée. Ces derniers inconvénients existent encore dans le procédé que M. Critchett a proposé et qu'il a nommé *iridodesis* ou *iridodosis* ; mais ils sont contre-balancés par des avantages réels. Ce procédé a pour but de n'enclaver dans la cornée qu'une partie de la circonférence de l'iris, de laisser libre tout le bord pupillaire, afin, tout en déplaçant la pupille, de lui conserver sa contractilité, enfin d'assurer l'enclavement en jetant une ligature autour du prolapsus de l'iris. Avec une large aiguille, Critchett pénètre à travers la cornée ; il introduit par cette ouverture une pince, saisit l'iris entre son bord pupillaire et son bord ciliaire, le tire au dehors, de manière cependant à laisser le bord pupillaire dans la chambre antérieure, puis serre la partie herniée au moyen d'un fil de soie très-fin. L'iris contracte des adhérences avec les lèvres de la plaie, et la partie étranglée tombe avec le fil au bout de quelques jours. Pour faciliter la ligature, Critchett se sert d'une pince garnie d'un cône

sur lequel glisse le nœud. Schufler a inventé dans le même but une pince à branches élastiques divergentes qui serrent le nœud. Snellen fixe d'abord le fil en le passant au-dessous de la conjonctive, près de la cornée, afin de l'empêcher de glisser.

Le procédé de Critchett a le grand avantage de déplacer la pupille sans entamer le cercle interne de l'iris ; de permettre, par conséquent, à la pupille de se contracter et de se dilater. Il en résulte nécessairement une plus grande netteté de la vue qu'après l'excision d'une portion du bord pupillaire de l'iris. L'inconvénient du procédé consiste dans le tiraillement de l'iris, qui peut être assez considérable et occasionner une iritis chronique et en définitive la perte de la vue. L'iridodesis est surtout applicable dans les cas de taies centrales de la cornée, principalement lorsque ces taies ne sont pas très-étendues, que le déplacement de la pupille ne devra pas être considérable et que, par conséquent, on pourra éviter un trop grand tiraillement de l'iris.

En résumé, l'opération de la pupille artificielle se pratiquera le plus souvent par iridectomie, et dans un plus petit nombre de cas, par enclavement, suivant le procédé de Critchett.

CATARACTE.

On donne le nom de *cataracte* à l'opacité du cristallin ou de sa capsule.

Considérations anatomiques. Le cristallin est une lentille transparente située à la réunion des trois quarts postérieurs avec le quart antérieur de l'œil. Son axe répond au centre de la pupille ; sa face postérieure est plus bombée que l'antérieure. Le cristallin répond en avant à l'iris, qu'il touche dans certains cas, et dont il est séparé dans d'autres par la chambre postérieure. En arrière il repose sur le corps vitré, qui est déprimé pour le recevoir. Sa circonférence est comme embrassée par les procès ciliaires, et entourée par le canal godronné. Il est composé de bandelettes hexagonales limpides, d'autant plus larges qu'elles se trouvent plus près de la périphérie. Ces bandelettes sont courbées en ogives et disposées de manière à former à chaque surface de la lentille une étoile à trois branches ; celles-ci peuvent devenir opaques et constituer une cataracte étoilée.

Entre les parties corticales du cristallin et la capsule qui le renferme se trouve une couche de cellules qui tapisse la face interne de la capsule comme un épithélium. L'humeur de Morgagni n'existe point ; mais après la mort il se produit quelquefois un phénomène

d'imbibition, et alors les cellules intra-capsulaires nagent dans un liquide.

Le centre du cristallin ou le noyau est plus dense que la partie corticale. La lentille est entourée d'une capsule transparente, limpide, sans structure. La moitié antérieure de la capsule est baignée par l'humeur aqueuse, et recouverte d'un épithélium: la moitié postérieure a le double d'épaisseur de la partie antérieure; elle est appliquée contre l'hyaloïde, dont on ne peut la séparer. Le cristallin acquiert naturellement, chez les vieillards, une teinte jaunâtre.

Hippocrate et les Arabes avaient déjà considéré la cataracte comme une maladie du cristallin. Mais l'opinion de Galien prévalut: elle faisait consister la cataracte dans l'existence d'une pellicule anormale placée derrière la pupille, ou, comme l'avait soutenu Celse, dans une humeur concrétée. Bonet, Fabrice d'Aquapendente, Lagnier, Quarré et d'autres auteurs de la fin du dix-septième siècle, cherchèrent à rétablir la vérité sur le siège de la cataracte; mais elle ne fut mise hors de doute et généralement admise qu'à la suite des travaux de Brisseau, de Méry, de Maître-Jean, dans les premières années du dix-huitième siècle.

Variétés de la cataracte. La cataracte présente un grand nombre de variétés. Suivant le siège de l'opacité la cataracte a été divisée en *lenticulaire, capsulaire et morgagnienne* ou *laiteuse*. Des recherches anatomiques ont démontré que ce qu'on prenait autrefois pour des cataractes capsulaires consiste dans l'opacité des couches corticales du cristallin et que la capsule conserve sa transparence; à peine peut-on citer trois ou quatre cas dans lesquels la capsule a été trouvée altérée. Dans la variété appelée *cataracte siliquieuse*, la capsule est tapissée de fausses membranes, et le cristallin a disparu par absorption. Quant à la cataracte laiteuse, elle était attribuée au trouble de l'humeur de Morgagni, qu'on croyait exister entre le cristallin et sa capsule. On sait aujourd'hui que ce liquide n'existe point à l'état normal, et que la cataracte laiteuse est formée par la liquéfaction des cellules superficielles du cristallin.

La cataracte lenticulaire commence à se manifester au centre du cristallin ou dans ses portions corticales antérieures ou postérieures. Quelquefois une couche moyenne du cristallin est seule opaque (*cataracte interstitielle, stratifiée, Schichtstaar* des Allemands); cette variété présente cela de particulier qu'elle peut rester stationnaire pendant plusieurs années, quelquefois pendant toute la vie, et qu'elle ne trouble pas la vue aussi complètement que les autres variétés de la cataracte lenticulaire.

Sous le rapport de la consistance, la cataracte est *dure, demi-*

dure, molle, liquide. Il est essentiel de distinguer ces variétés, qui nécessitent des modifications dans les procédés opératoires. La cataracte dure est ordinairement grise, jaunâtre, couleur acajou; l'opacité est plus forte au centre qu'à la circonférence; le cristallin n'est pas très-volumineux, il ne touche pas l'iris: il existe entre cette membrane et la capsule cristalline un espace libre, noir, à travers lequel les rayons lumineux peuvent encore arriver à la rétine, de sorte que la cécité n'est pas aussi complète que dans la cataracte molle. Celle-ci est souvent blanchâtre, nuageuse; elle est volumineuse, touche à l'iris et ferme l'ouverture pupillaire. Souvent on distingue un noyau dur à travers des couches corticales molles (cataracte demi-dure).

La cataracte laiteuse est formée par une matière non homogène; des parties plus consistantes nagent dans un liquide moins dense: il en résulte que, les yeux étant fixes, la partie la plus consistante se précipite et l'opacité devient plus forte à la partie la plus déclive; quand on frotte l'œil ou qu'on lui fait faire quelques mouvements, la teinte redevient uniforme, par suite du mélange des deux parties du liquide.

La couleur de la cataracte varie: elle est blanche, grise, jaune, brune, noirâtre. Cette dernière, que des observations positives ont démontrée, mérite seule une mention particulière. Elle pourrait être méconnue, mais la couleur noire mate de la pupille et les signes fournis par nos autres moyens d'investigation ne laisseront pas de doute à un observateur attentif.

On appelle *mûre* la cataracte qui a atteint tout son développement; le malade alors ne distingue le plus souvent que le jour de la nuit.

Suivant l'époque de son développement ou les causes du mal, la cataracte est *congénitale, sénile, traumatique, diabétique* etc.

La cataracte peut être simple ou compliquée d'autres affections oculaires; elle est petite ou volumineuse. Enfin on appelle *cataracte secondaire* l'opacité qui peut se développer à la suite de l'opération, et qui consiste dans des filaments ou des fausses membranes dues à un travail inflammatoire, et occupant la place du cristallin, jointes à des restes de la capsule ou du cristallin lui-même.

Nous négligeons de mentionner des variétés qui n'ont point d'importance en médecine opératoire.

Le diagnostic de la cataracte est facile lorsque l'opacité a acquis un certain degré: un corps grisâtre ou blanchâtre se fait remarquer derrière l'iris. Mais au début du mal, et dans la cataracte noire, un examen attentif est nécessaire. On dilate alors la pupille,