

Dans les altérations consécutives aux rétinites les bords de la papille sont peu distincts des parties voisines ; dans les autres formes d'atrophie, la papille est au contraire très nettement excavée ; ces différences permettraient jusqu'à un certain point de reconnaître la cause de l'atrophie.

TROUBLES FONCTIONNELS. — *Altérations de la vue.* — Elles varient depuis un simple affaiblissement jusqu'à la cécité complète. Souvent le champ visuel se rétrécit d'une manière progressive. L'impossibilité de distinguer les couleurs (daltonisme) est un symptôme fréquent et précoce.

Dans l'atrophie ataxique, l'affaiblissement n'est pas régulier ; il consiste en lacunes plus ou moins étendues dans le champ visuel ; on sait, en effet, que la dégénérescence grise est disposée par plaques¹.

Marche. — Les troubles visuels peuvent s'aggraver rapidement ; le plus souvent ils sont lentement progressifs, et mettent plusieurs années à produire la cécité. Dans des cas heureux, mais très rares, les scotomes et la diminution du champ visuel restent stationnaires.

Traitement. — Il doit s'adresser à la maladie génératrice (tumeurs cérébrales, ataxie, etc.). On est unanime à proscrire l'emploi des débilitants ; un régime tonique paraît être plus utile.

On a proposé contre l'atrophie elle-même l'emploi d'injections de sulfate de strychnine à la dose de 2 à 3 milligrammes.

LÉSIONS DE LA CHAMBRE ANTÉRIEURE.

La chambre antérieure de l'œil, limitée en avant par la cornée et en arrière par l'iris, peut être le siège d'épanchements

porte, à la fois, sur les éléments cellulaires et nerveux du nerf, et sa teinte offre alors un aspect chatoyant et nacré ; tantôt il y a prolifération de la névroglie, qui étouffe les éléments nerveux : la papille est alors plutôt grise que blanche, c'est ce qui a lieu dans l'ataxie locomotrice.

1. Rappelons que la scène est souvent dominée par la maladie dont l'atrophie optique n'est que la conséquence.

sanguins (*hypohæma*) ou purulents (*hypopyon*), produits par des causes fort diverses.

L'*hypohæma* s'observe à la suite de *traumatismes* et, dans certains cas, de glaucome et d'irido-choroïdite. Le sang s'accumule dans la partie déclive, et rien n'est plus facile que de reconnaître sa présence, surtout lorsque l'hémorrhagie est récente. Il se résorbe aisément, ne présente par lui-même ni gravité, ni indications spéciales ; mais lorsqu'il survient dans les cas de glaucome, sa signification est fâcheuse.

L'*hypopyon* s'observe dans les cas de *phlegmon profond de l'œil*, à la suite de *certaines kératites ulcéreuses* et d'*inflammations purulentes des corps* (ciliaires). Le pus s'accumule dans la partie la plus déclive de la chambre antérieure, où il se reconnaît à sa couleur d'un blanc jaunâtre.

Peut-être faudrait-il, si l'*hypopyon* atteignait de trop grandes dimensions, pratiquer la paracentèse de la chambre antérieure.

VIII. — Maladies du cristallin.

Le cristallin est cette lentille biconvexe et transparente qui, située entre l'iris et le corps vitré, réfracte les rayons lumineux et préside à l'accommodation, grâce aux changements de courbure que lui impose le muscle ciliaire.

Le cristallin est formé par une lentille proprement dite, et par une capsule d'une minceur extrême, d'une transparence parfaite, et assez élastique, désignée sous le nom de *crystalloïde* ; on la dit telle lorsqu'on pratique l'opération de la cataracte.

La lentille, ou cristallin proprement dit, ne possède ni vaisseaux, ni nerfs ; il est formé par des fibres dentelées sur les bords, fibres parfaitement transparentes jusqu'à l'âge adulte, mais dont les plus centrales présentent, chez les vieillards, une certaine opacité, même à l'état normal.

CATARACTES.

On donne ce nom aux opacités de l'appareil cristallinien (capsule et lentille).

On nomme *cataractes fausses* les opacités résultant de dépôts plastiques sur la face antérieure de la capsule, et *cataractes*

secondaires les opacités consécutives à l'extraction du cristallin et formées aux dépens des débris de la capsule ou du cristallin dont l'extraction n'a pas été complète.

Variétés. — Elles sont très nombreuses.

A. SUIVANT LE SIÈGE DE L'OPACITÉ. — On a admis une *cataracte lenticulaire*, c'est-à-dire frappant la lentille du cristallin : c'est de beaucoup la plus fréquente, et c'est à elle que s'applique le mot de cataracte, lorsqu'il est employé seul ; une *cataracte capsulaire*, limitée à la capsule, elle est très rare ; *capsulo-lenticulaire*, réunion des deux variétés précédentes.

B. SUIVANT SA CONSISTANCE. — *Cataracte dure*, souvent limitée au noyau de la lentille ; *molle*, lorsque le cristallin opacifié se laisse aisément écraser ; parfois l'opacité n'occupe que certaines parties de la lentille, et y dessine, soit une étoile blanche à trois ou plusieurs branches (cataracte étoilée), soit une simple zone opaque, soit une série de points blancs (cataracte granuleuse et ponctuée) ; *liquide* lorsque la lentille est transformée en une émulsion blanchâtre que l'on a comparée à du lait.

C. SUIVANT SES CAUSES. — *Cataracte traumatique*, résultant des blessures de l'appareil cristallinien ; *cataracte sénile*, c'est-à-dire se produisant par le progrès de l'âge ; elle est *infinitement plus fréquente à elle seule que toutes les autres réunies* ; *cataracte diabétique*, résultant d'un trouble de nutrition sous l'influence d'un état général (diabète, albuminurie) ; *cataracte congénitale*, liée à certains désordres survenus dans la vie intra-utérine.

Étiologie. — 1° *Influence de l'âge, du sexe, des professions.* — Rare avant quarante-cinq ans, à partir de cet âge la cataracte devient de plus en plus fréquente ; les modifications apportées par l'âge à la nutrition du cristallin sont les causes habituelles de son opacité. Vers quarante-cinq ans, le noyau de la lentille commence à perdre sa transparence et à devenir plus dur (sclérose du noyau) ; cette opacité faisant, chez quelques individus, des progrès incessants, arrive à constituer une

cataracte. Très souvent on constate en même temps la dégénérescence athéromateuse et scléreuse des artères : ce sont là des expressions d'un même état. Ces cataractes séniles sont habituellement centrales et dures. Les nouveau-nés présentent parfois des cataractes molles dites *congénitales*.

Le sexe paraît être sans influence sur la production des cataractes ; peut-être pourtant les hommes en sont-ils plus fréquemment atteints. Elle serait plus rare dans les pays très chauds ou très froids que dans les climats tempérés.

2° *Traumatisme.* — Toute perforation de la capsule permet à l'humeur vitrée ou à l'humeur aqueuse de se mettre en contact avec la lentille ; les fibres cristalliniennes se gonflent, s'avancent dans l'humeur vitrée qui les résorbe ; on a vu disparaître ainsi tout le cristallin ; mais, souvent, les fibres gonflées obturent la perforation de la capsule, qui persiste à l'état d'une tache blanchâtre plus ou moins étendue.

3° *Maladies générales.* — Le diabète et même l'albuminurie déterminent parfois certaines cataractes molles et volumineuses 1.

4° *Maladies du globe oculaire.* — Les lésions de certaines parties du globe oculaire peuvent entraîner des opacités du cristallin (telles sont les choroidites et irido-choroidites chroniques, les glaucomes, le décollement de la rétine).

Anatomie pathologique. — Nous grouperons toutes les variétés sous trois chefs : A. *cataracte lenticulaire* ; B. *cataracte capsulaire* ; C. *cataracte capsulo-lenticulaire*.

A. CATARACTE LENTICULAIRE. — De beaucoup la plus commune, elle peut être : 1° dure, 2° molle ou 3° semi-molle, c'est-à-dire mixte.

1° *La cataracte dure ne s'observe guère que chez les vieillards ; elle débute par le noyau du cristallin, qui est dur et jaune comme de l'ambre (sclérose)* 2.

1. Kuade est parvenu à produire des cataractes chez les animaux, en leur enlevant une grande quantité d'eau et, par conséquent, en augmentant la quantité de sels contenus dans le sang ; ces cataractes guérissent graduellement, à mesure que l'on restitue à l'animal l'eau qu'il a perdue.

2. Les altérations histologiques de la cataracte dure diffèrent peu des lésions séniles.

2° La cataracte molle ne s'observe que sur les sujets jeunes; elle débute par la périphérie du cristallin; sa couleur est généralement blanchâtre, d'un gris de perle, nacré; son développement est rapide. Lorsqu'elle a envahi tout le cristallin, elle en augmente le volume; parfois elle ne porte que sur certains points de la lentille, de manière à représenter, soit les branches d'une étoile (cataracte étoilée), soit une série de points (cataracte ponctuée), soit enfin un véritable anneau (cataracte zonulaire). Si l'opacité est limitée aux parties antérieure ou postérieure, la cataracte a reçu le nom de cataracte antérieure ou postérieure ¹.

Les cataractes congénitales, traumatiques et diabétiques, sont molles. La cataracte dite choroidienne qui se forme consécutivement aux altérations des membranes profondes de l'œil, est également molle.

Parfois le ramollissement des couches corticales consiste en une véritable liquéfaction, au milieu de laquelle flotte le noyau (cataracte de Morgagni). C'est la cataracte liquide dont la couleur est souvent d'un blanc laiteux.

3° Cataracte mixte. — C'est la plus fréquente et c'est le type habituel de la cataracte sénile; le noyau est plus dur et les couches corticales sont plus molles qu'à l'état normal.

B. CATARACTES CAPSULAIRES. — Les opacités de la capsule étaient regardées autrefois comme très fréquentes; Malgaigne nia leur existence, opinion exagérée, ainsi que l'ont démontré Robin et Broca; mais ces cataractes n'en sont pas moins fort rares.

L'opacité paraît tenir, soit à des dépôts plastiques formant des mamelons, des pyramides à la surface de la capsule, soit à une infiltration de sels calcaires, de phosphates, dans son

normales du cristallin; le contenu de la fibre cristallinienne se dessèche et ces éléments desséchés et friables se désagrègent. Le noyau peut être envahi par des sels calcaires (cataracte pierreuse, osseuse); il peut présenter une couleur verte ou noire due à des hématies (cataracte noire).

1. D'après Robin, les cellules du cristallin sont devenues granuleuses, les tubes sont aplatis, séparés par des gouttelettes graisseuses et des granulations libres, des cristaux de cholestérine; le fluide albumineux contenu entre les divers éléments du cristallin se coagule.

épaisseur; ces altérations se rattacheraient, soit à l'âge, soit à un processus inflammatoire, soit à des phénomènes de régression ¹.

C. CATARACTES CAPSULO-LENTICULAIRES. — Union des deux variétés précédentes, moins rare que la forme capsulaire pure et très difficile à diagnostiquer.

La cataracte ordinaire frappe habituellement les deux yeux soit à la fois, soit successivement.

Symptômes. — Ils sont de deux ordres: fonctionnels et sensibles.

TROUBLES FONCTIONNELS. — La maladie s'annonce par un affaiblissement progressif de la vue, les objets n'apparaissent qu'à travers un brouillard dont la teinte s'assombrit chaque jour; leurs bords sont irisés, c'est-à-dire entourés d'une auréole lumineuse (halo). Quelques malades aperçoivent des objets fixes, mais qui suivent les mouvements de l'œil; ce sont certaines opacités ponctuées du cristallin qu'il ne faut pas confondre avec les mouches volantes, indices d'altérations profondes.

Habituellement la vue est plus distincte à un demi-jour qu'à une vive clarté; ce phénomène est à peu près constant dans les cataractes dures des vieillards; il tient à ce que le noyau seul étant opaque, si la pupille est dilatée (ce qui a lieu dans un demi-jour) elle permet l'accès de rayons lumineux qui traversent le cristallin vers sa périphérie, c'est-à-dire en dehors de la partie opaque qui occupe son centre. Aussi les malades marchent-ils la tête basse, en se faisant un abat-jour avec leurs mains, tandis que les amaurotiques ont la tête haute, dirigée vers la lumière. Si la cataracte est molle, périphérique, ce phénomène n'existe pas.

L'affaiblissement de la vue augmente toujours, mais d'une manière très lente; d'ailleurs le malade peut toujours distinguer le jour de la nuit, car dans la cataracte exempte de complications la sensibilité rétinienne est toujours conservée.

1. Nous leur consacrons un article.

SIGNES SENSIBLES. — La pupille, au lieu d'être noire, présente une teinte blanchâtre, jaunâtre, ou nacré, avec des reflets chatoyants. Si la cataracte est centrale il existe une zone noire entre elle et le bord de la pupille ; cette zone tient à la transparence des couches périphériques du cristallin, qui laissent encore passer de la lumière.

Lorsque la cataracte est molle, corticale, cette zone n'existe pas, les bords de la pupille sont directement appliqués sur la cataracte qui occupe tout le champ pupillaire et fait bomber l'iris, car nous avons vu que la cataracte molle augmente le volume du cristallin.

OPHTHALMOSCOPE. — Si la cataracte occupe tout le champ de la pupille, on ne peut voir le fond de l'œil ; mais si elle est partielle, zonulaire, étoilée, ponctuée, les parties opaques ne se laissant pas traverser par la lumière se dessinent par des taches noires sur le fond rouge de la rétine.

ECLAIRAGE OBLIQUE. — Très important ; grâce à lui on peut diriger un faisceau de lumière sur tous les points du cristallin, même sur sa circonférence (on aura préalablement dilaté l'iris avec de l'atropine). On pourra ainsi apprécier l'étendue, la forme et le siège de l'opacité.

La **marche** de la cataracte est variable et souvent en rapport avec la consistance de la cataracte.

Les *cataractes molles*, telles qu'on les observe chez les enfants, les diabétiques ou à la suite de traumatismes, ont une évolution très rapide.

Les *cataractes mixtes* demi-molles, fréquentes après 50 ans, ont une évolution beaucoup plus longue, de plusieurs mois.

Les *cataractes dures*, spéciales aux vieillards, mettent plusieurs années à se former.

Pronostic. — La cataracte ne disparaît pas spontanément ; mais la gravité du pronostic a bien diminué depuis les heureuses modifications apportées au manuel opératoire.

Diagnostic. — Il comprend la solution de trois problèmes :
1° Existe-t-il une cataracte ? 2° A quelle variété appartient-

elle ? 3° Existe-t-il en même temps d'autres altérations du globe oculaire ?

1° *L'existence de la cataracte* sera reconnue aux signes que nous venons d'exposer.

2° *Quelle est sa variété ?* Question importante car le choix du procédé opératoire se base sur la consistance de la cataracte. La *cataracte dure* spéciale aux vieillards a une couleur ambrée ; entre les parties opaques et le bord pupillaire existe un cercle noir ; la vue est plus distincte dans un demi-jour : à l'ophtalmoscope la partie opaque est entourée d'un cercle rouge. Enfin l'éclairage latéral permettra de mesurer l'épaisseur du noyau opacifié.

La *cataracte molle* se présente surtout dans le jeune âge, elle occupe les couches corticales, elle est volumineuse, blanchâtre, nacré, parfois étoilée, ponctuée ; elle vient directement s'appuyer sur le bord pupillaire et fait même bomber l'iris en avant ; la vue n'est guère meilleure sous un demi-jour. A l'ophtalmoscope on ne peut apercevoir le fond de l'œil, l'éclairage oblique montre que l'opacité atteint la circonférence du cristallin.

La cataracte mixte ou demi-molle de beaucoup la plus fréquente chez les gens âgés se reconnaît surtout à l'éclairage oblique qui révèle l'existence d'un noyau sclérosé au milieu de masses corticales opaques.

La *cataracte liquide* a un aspect uniformément laiteux.

Quant aux variétés *capsulaire* et *capsulo-lenticulaire*, sauf certains cas où les dépôts forment de petits mamelons ou pyramides à la surface de la capsule, leur diagnostic est des plus difficiles.

3° *Complications.* — Question capitale au point de vue de l'opération. Les altérations de la cornée, de l'iris, en un mot des membranes placées au-devant du cristallin seront aisément reconnues. Il n'en est pas de même de celles des membranes profondes.

La *rétine est-elle intacte ?* On peut l'admettre si l'iris a conservé sa mobilité, si le malade distingue à deux ou trois mètres la lumière d'une lampe. Le *glaucome*, complication assez fré-

quente des cataractes molles, s'annonce par des douleurs violentes, par la tension du globe oculaire, l'aspect terne de l'iris. Le développement du cercle vasculaire péricornéen indique souvent des altérations de la choroïde ¹.

Traitement. — Il est entièrement chirurgical. *On s'assurera d'abord de l'absence de toute complication ou du moins de leur curabilité* ². Si la cataracte n'occupe qu'un seul œil il est souvent préférable de ne pas opérer. Si la cataracte est double, faut-il opérer les deux yeux le même jour? Question diversement résolue. On purgera le malade afin d'éviter la congestion oculaire qu'entraînent les efforts de défécation. L'anesthésie est obtenue par l'instillation d'une solution de chlorhydrate de cocaïne (1 pour 25). Chez les enfants on est souvent obligé de recourir au chloroforme.

Les méthodes employées pour opérer, la cataracte sont très nombreuses, plusieurs sont abandonnées ³.

L'**extraction du cristallin** est la seule méthode aujourd'hui employée et elle est pratiquée à l'aide de deux procédés principaux : 1° l'extraction à grand lambeau ; 2° l'extraction linéaire avec iridectomie, procédé de de Graefe ; 3° la méthode intermédiaire.

L'opération de la cataracte a largement profité de la méthode antiseptique. L'œil est soigneusement lavé avec une solution boriquée, les instruments, les pièces de pansement

1. Nous ne parlerons pas de la recherche des trois images de Purkinje et Sanson, car, depuis l'emploi de l'ophthalmoscope, elles sont complètement abandonnées.

2. Les catarrhes des voies lacrymales et de la membrane pituitaire seront traités avant l'opération de la cataracte car ils peuvent infecter la plaie. Le diabète et l'albuminurie ne sont considérés comme des contre-indications à l'opération que si l'organisme est fortement atteint.

3. Tels sont : l'*abaissement* qui consistait, à l'aide d'une aiguille introduite dans la cavité oculaire, à refouler le cristallin dans le corps vitré où il était résorbé ;

La *discision*, dans laquelle on ouvre la partie antérieure de la lentille, de façon à permettre à l'humeur aqueuse de se trouver en contact avec la lentille et de la résorber ;

Le *broiement*, que l'on appliquait surtout aux cataractes molles des jeunes sujets ;

La *succion* ou *aspiration*, applicable seulement aux cataractes liquides, mais qui laisse la capsule susceptible de s'opacifier.

sont plongés dans une solution semblable. Enfin, s'il existe de la dacryocystite et du larmolement, on a soin de les guérir avant d'entreprendre l'opération. La région des cils est soigneusement nettoyée avec une solution de sublimé faible.

L'anesthésie locale obtenue à l'aide de la cocaïne a rendu un immense service à l'opération de la cataracte.

1° **EXTRACTION A GRAND LAMBEAU.** — Pratiquée par Daviel en 1748. Ce procédé, qui a joui longtemps d'une grande faveur, était à peu près abandonné, mais il revient en honneur.

Les paupières écartées par le blépharostat (écarteur). L'immobilité de l'œil est assurée par une pince fixatrice qui saisit un repli de la conjonctive au niveau de la partie inférieure du limbe de la cornée.

Le couteau de de Graefe, le tranchant dirigé en haut (extraction à lambeau supérieur), ponctionne la cornée à 1 millim. au-dessus du diamètre transverse, à la jonction de la cornée et de la conjonctive. La pointe dirigée parallèlement à l'iris et horizontalement fait la contre-ponction de la cornée dans un point symétrique au point d'entrée. Cela fait, par des mouvements de scie, on sectionne le lambeau qui va comprendre toute la partie supérieure de la cornée, en suivant autant que possible la courbe du lambeau cornéen.

Le lambeau taillé, l'humeur aqueuse s'écoule et parfois l'iris tend à s'engager dans la plaie ; le malade doit regarder en bas. Le kystitome est alors introduit dans la plaie en évitant l'iris et la cornée, dès qu'il a atteint la partie inférieure de la pupille, sa pointe est tournée vers le cristallin et par une très faible pression on divise la cristalloïde, en tâchant de ne pas intéresser le cristallin. La division de la cristalloïde ou capsule doit être aussi étendue que possible ; pour cela à l'incision verticale on joint de petites incisions latérales.

Pour extraire le cristallin, le malade regardant toujours en bas on exerce avec le dos de la curette en écaille une pression sur la partie inférieure de la cornée de manière à y produire une dépression qui fait basculer le cristallin et porte en avant son bord supérieur, il suffit alors de faire remonter la curette pour chasser le cristallin. S'il ne suit pas, ce qui tient à une résistance de l'iris, un aide doit pratiquer avec une curette une pression au-dessus et en arrière de l'incision pour l'entrebâiller.

Le cristallin expulsé, la chambre antérieure est débarrassée des masses corticales soit par des pressions, soit avec une petite curette, on peut laver la chambre antérieure avec une faible solution de sublimé. — Le champ pupillaire doit être absolument noir.

2° EXTRACTION LINÉAIRE AVEC IRIDECTOMIE. — *Procédé de de Graefe.* — Il était il y a quelque temps presque exclusivement employé. Les instruments nécessaires sont : 1° un écarteur des paupières ; 2° une pince à fixation ; 3° un couteau de de Graefe ; 4° des pinces à iris, droites et courbes, d'un très petit modèle ; 5° des ciseaux coudés ; 6° un cystitome coudé ; 7° une curette en caoutchouc durci. L'opération se

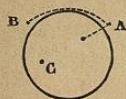


Fig. 156. — *Incision linéaire de de Graefe.*
A. Ponction. B. Contre-ponction. C. Point vers lequel est dirigée la pointe du couteau en pénétrant dans la chambre antérieure.

divise en cinq temps : 1° la section périphérique ; 2° l'iridectomie ; 3° l'ouverture de la capsule ; 4° l'extraction de la cataracte ; 5° le nettoyage de la pupille.

1° *Section périphérique.* — Le malade est couché sur le dos, les paupières écartées ; le chirurgien fixe solidement le globe à l'aide

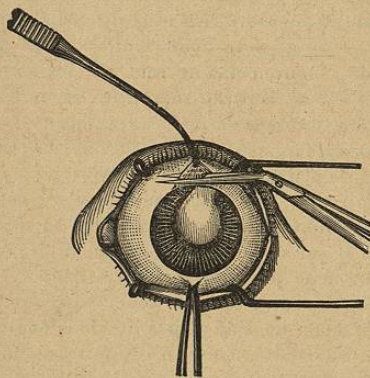


Fig. 157.

d'une pince, et il plonge le couteau dans la sclérotique à 1 millimètre et demi environ du bord de la cornée ; le couteau pénètre dans la chambre antérieure et se dirige d'abord vers la partie inférieure ; sa pointe est alors relevée et va traverser la sclérotique de dedans en dehors dans un point diamétralement opposé à son orifice d'entrée ; son tranchant étant alors incliné en avant de façon à former un angle de 20 degrés avec le plan antérieur de l'iris, on divise par un mouvement de scie le segment de la sclérotique compris entre les deux ponctions.

2° *Iridectomie.* — Généralement l'iris fait hernie dans l'incision, sinon on l'attire au dehors avec la pince courbe et on l'excise avec des ciseaux courbes, en ayant soin de n'en laisser aucune partie enclavée dans les bords de la plaie.

3° *Ouverture de la capsule.* — Le cystitome est introduit et divise la capsule en deux ou trois points, en suivant les limites de l'incision faite à l'iris.

4° *Extraction de la cataracte.* — Avec le dos d'une curette en caoutchouc, pressez légèrement sur la sclérotique vers le bord inférieur de la cornée ; vous verrez le cristallin s'engager peu à peu dans la plaie ¹.

5° *Nettoyage de la pupille.* — On examine alors la pupille, et si elle ne présente pas une teinte bien noire, si des fragments de cataracte s'y trouvent encore, on peut, après avoir fermé les paupières jusqu'à ce que l'humeur aqueuse se soit partiellement reproduite,

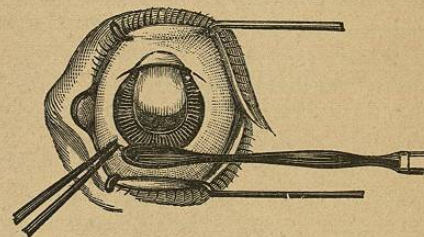


Fig. 158.

nettoyer complètement la pupille par des frictions et des pressions exercées de bas en haut.

Cela fait, on applique un bandeau compressif sur l'œil opéré, l'autre est fermé avec des bandelettes de taffetas et le malade placé dans une chambre obscure. On ne change rien pendant vingt-quatre heures, puis, matin et soir pendant huit jours environ, on renouvelle le bandeau compressif ; le malade peut sortir vers la troisième semaine.

3° *MÉTHODE INTERMÉDIAIRE.* — La méthode de Daviel fait un lambeau cornéen trop grand qui trouble la nutrition de cette membrane. — La plaie de de Graefe se ferme avec la plus grande facilité, mais, vu la proximité du corps ciliaire et de la zone de Zinna, elle expose à

1. Si l'on éprouvait de grandes difficultés dans l'expulsion du cristallin on pourrait confier à un aide la pince à fixation et presser avec une seconde curette sur le bord sclérotical de l'incision.

de graves accidents. Aussi adopte-t-on généralement aujourd'hui une méthode intermédiaire.

Soins consécutifs. — L'opération terminée, les paupières fermées sont recouvertes de petits disques de gaze au salol et de rondelles de coton aseptique, le tout maintenu par de fines bandes d'Allemyer. Pendant 24 heures repos absolu dans la position horizontale. Sauf le cas de douleurs vives le pansement n'est levé qu'au bout de quelques jours et le bandeau compressif est remplacé par un carré de taffetas noir flottant.

Quelques semaines après l'opération on choisit par tâtonnement le numéro des verres convexes à employer.

CATARACTES FAUSSES OU CAPSULAIRES.

On donne ce nom aux opacités résultant du dépôt sur la partie antérieure de la cristalloïde de produits pseudo-membraneux, pigmentaires ou phosphatiques.

Ces opacités se rattachent à des iritis : or, tantôt elles créent des adhérences entre la capsule du cristallin et l'iris, tantôt cette membrane a conservé son indépendance ; c'est, on le conçoit, une différence utile à connaître pour le traitement ; mais en général c'est à l'iridectomie qu'il convient de recourir.

La cataracte fausse se distingue aisément de la cataracte lenticulaire, car dans cette dernière l'iris est normal, et souvent entre la pupille et le cristallin se trouve un cercle noir ; tandis que la cataracte fausse se rattachant à une iritis, l'iris est déformé, décoloré ; la pupille, inégale, immobile, se trouve directement appliquée sur l'opacité au lieu d'en être séparée par une zone noire, etc.

CATARACTES SECONDAIRES.

On donne ce nom aux opacités qui obscurcissent parfois une partie du champ de la pupille à la suite de l'opération de la cataracte.

Ces opacités sont formées par des débris de cataracte, de capsule, ou par des exsudats sécrétés par une iritis secondaire ; sont-elles mobiles, on les extrait avec une pince spéciale introduite par une ouverture linéaire faite à la cornée ;

sont-elles fixes, on les déchire à l'aide de deux aiguilles spéciales.

CATARACTE CONGÉNITALE.

La cataracte peut être congénitale. Elle coexiste souvent avec d'autres vices de conformation et elle paraît être héréditaire (famille royale d'Angleterre). Cette maladie serait fréquente dans l'Inde.

La cataracte congénitale est molle, d'un blanc laiteux ; tantôt elle occupe tout le cristallin, sans le gonfler, contrairement à ce qui s'observe dans la cataracte molle des adultes, tantôt elle est *zonulaire* et forme un disque opaque au centre du cristallin ; beaucoup plus rarement elle est *ponctuelle* ou *pyramidale*.

Sauf les cas où il existe de graves lésions dans l'œil lui-même, il faut dans les six premiers mois opérer la cataracte congénitale par la *discision*, c'est-à-dire par une division de la cristalloïde pratiquée à l'aide d'une aiguille conduite à travers la cornée : dans la cataracte zonulaire on pourrait se borner à pratiquer l'iridectomie.

CATARACTE TRAUMATIQUE.

La cataracte traumatique est une opacité du cristallin consécutive à une blessure de la cristalloïde permettant à l'humeur aqueuse de se mettre en contact avec la lentille. Produite par des instruments piquants, par des corps étrangers, elle peut succéder à des contusions de l'œil (coup de poing) ou même à de violentes commotions (chute sur la tête).

La cataracte traumatique est molle, d'un blanc bleuâtre. Souvent la capsule est largement déchirée et des lambeaux de cristallin opacifié flottent dans la chambre antérieure, déterminant des phénomènes inflammatoires et parfois une ophthalmie sympathique, surtout à craindre lorsqu'un corps étranger séjourne dans l'œil. Chez l'enfant ces cataractes peuvent spontanément guérir par la résorption du cristallin, comme cela a lieu après la division de la capsule. Chez l'adulte cette terminaison est plus rare et, d'ailleurs, le pronostic est habituellement aggravé par la coexistence d'autres lésions oculaires.

Traitement. — Au début, sangsues à la tempe, glace, atropine, compression légère. — S'il survient des accidents inflammatoires, il faut pratiquer l'extraction du cristallin avec iridectomie, mais ces résultats sont moins satisfaisants que dans la cataracte ordinaire.

IX. — Maladies du corps vitré.

Le corps vitré se trouve placé entre le cristallin, qu'il loge dans une légère dépression, et la rétine; il se compose d'une enveloppe excessivement fine (membrane hyaloïde), et d'un contenu d'une transparence parfaite, que les uns considèrent comme anhiste, tandis que d'autres croient que le tissu qui le forme se trouve cloisonné, etc.

Le corps vitré n'a ni vaisseaux, ni nerfs.

Les maladies du corps vitré sont assez rares. Nous citerons: 1° les inflammations; 2° les opacités ou mouches volantes; 3° les hémorrhagies; 4° le synchysis étincelant.

1° Les *inflammations* du corps vitré ne sont guère connues que par les expériences de Donders qui, introduisant un fil de caoutchouc dans cet organe, a vu se former une opacité autour de ce corps étranger. La suppuration a été observée à la suite de traumatisme, d'opération, d'infection purulente, etc.

2° *Opacités ou mouches volantes.* — Certaines personnes voient incessamment voltiger au devant de leurs yeux des objets mobiles qu'elles comparent à des mouches. Cependant l'examen de l'œil, fait à l'ophthalmoscope, ne révèle aucune altération; c'est là une simple incommodité qui ne présente aucune gravité. Mais dans d'autres cas l'œil examiné à une lumière d'intensité moyenne permet de constater la présence de quelques opacités dans le corps vitré, et presque constamment le malade se trouve en même temps atteint de myopie progressive. Dans ce cas le pronostic est celui de la sclérochoroïdite postérieure, et c'est au traitement de cette maladie qu'il faut avoir recours.

3° Le corps vitré est parfois le siège d'*épanchements sanguins*

consécutifs à la rupture de quelques-uns des vaisseaux de la choroïde; très souvent il existe en même temps un décollement de la rétine.

Il en résulte une perte subite de la vision, et l'on constate une opacité du corps vitré; elle s'efface peu à peu, et le point de départ de l'hémorrhagie se présente sous l'aspect d'une cicatrice blanchâtre.

4° Le *synchysis étincelant* consiste dans la présence de mouches brillantes et dorées qui scintillent constamment devant les yeux. Cette maladie, fort rare, consiste dans la présence de cristaux de cholestérine dans le corps vitré; on l'a observée sur des yeux atteints de choroïdite chronique (Desmarres).

X. — Maladies affectant la totalité du globe de l'œil.

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU GLOBE OCULAIRE.

Elles peuvent: 1° frapper l'œil dans sa totalité; 2° limiter leur action à certains de ses éléments.

A. — LÉSIONS TRAUMATIQUES AFFECTANT TOUT LE GLOBE OCULAIRE.

1. *COMMOTION ET CONTUSION* ¹. — La commotion de l'œil survient à la suite de coups portés sur les diverses parties du squelette qui entourent cet organe ².

La contusion est, au contraire, produite par un choc direct sur l'œil.

Les symptômes sont physiques et fonctionnels.

Symptômes physiques. — Le plus ordinaire est 1° un *épanchement de sang* dans l'intérieur de l'œil (hémophthalmie);

¹ D'ordinaire, la simple compression de l'œil ne détermine que des phosphènes; cependant Beer a rapporté le cas d'un homme qui devint aveugle pour avoir eu les yeux comprimés avec les doigts.

² Dans les violents efforts de vomissements, on a vu la congestion du système veineux de l'œil être portée au point de déterminer des épanchements sanguins sous la choroïde, et tous les symptômes de la commotion de l'œil.