

*Bibliothèque numérique*

**medic@**

**Richard, Adolphe. - Des diverses  
espèces de cataractes et de leurs  
indications thérapeutiques spéciales**

**1853.**

***Paris : Imprimerie de L. Martinet***

***Cote : 90975***

9

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

---

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION EN CHIRURGIE  
(ANNÉE 1853).

---

DES DIVERSES ESPÈCES  
DE  
**CATARACTES**

ET DE LEURS  
INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES SPÉCIALES.

---

**THÈSE**

SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

PAR

**ADOLPHE RICHARD,**

Chirurgien du Bureau central des hôpitaux, ancien professeur de la Faculté.

Examinez une capsule cristalline chez tel cataracté que  
vous voudrez, lavez-la avec précaution : vous la trouverez  
toujours aussi transparente que Dieu l'a faite.

MALGAIGNE.

---

PARIS,  
IMPRIMERIE DE L. MARTINET,  
RUE MIGNON, 2.  
1853.

0 1 2 3 4 5 (cm)





**JUGES DU CONCOURS.**

**MM. JULES CLOQUET, *Président.***

**GERDY.**

**LAUGIER.**

**MALGAIGNE.**

**NÉLATON.**

**GOSSELIN.**

**VOILLEMIER.**

**ADELON, } *Suppléants.***  
**VELPEAU, }**

**AMETTE, *Secrétaire du concours.***

**CANDIDATS POUR LA CHIRURGIE.**

**MM. BROCA.**

**CUSCO.**

**DEMARQUAY.**

**DESORMEAUX.**

**FOLLIN.**

**JAMAIN.**

**MOREL-LAVALLÉE.**

**ADOLPHE RICHARD.**

**CANDIDATS POUR LES ACCOUCHEMENTS.**

**MM. BLOT.**

**ALEXIS MOREAU.**

**PAJOT.**

# DES DIVERSES ESPÈCES DE CATARACTES

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES SPÉCIALES

A LA MÉMOIRE

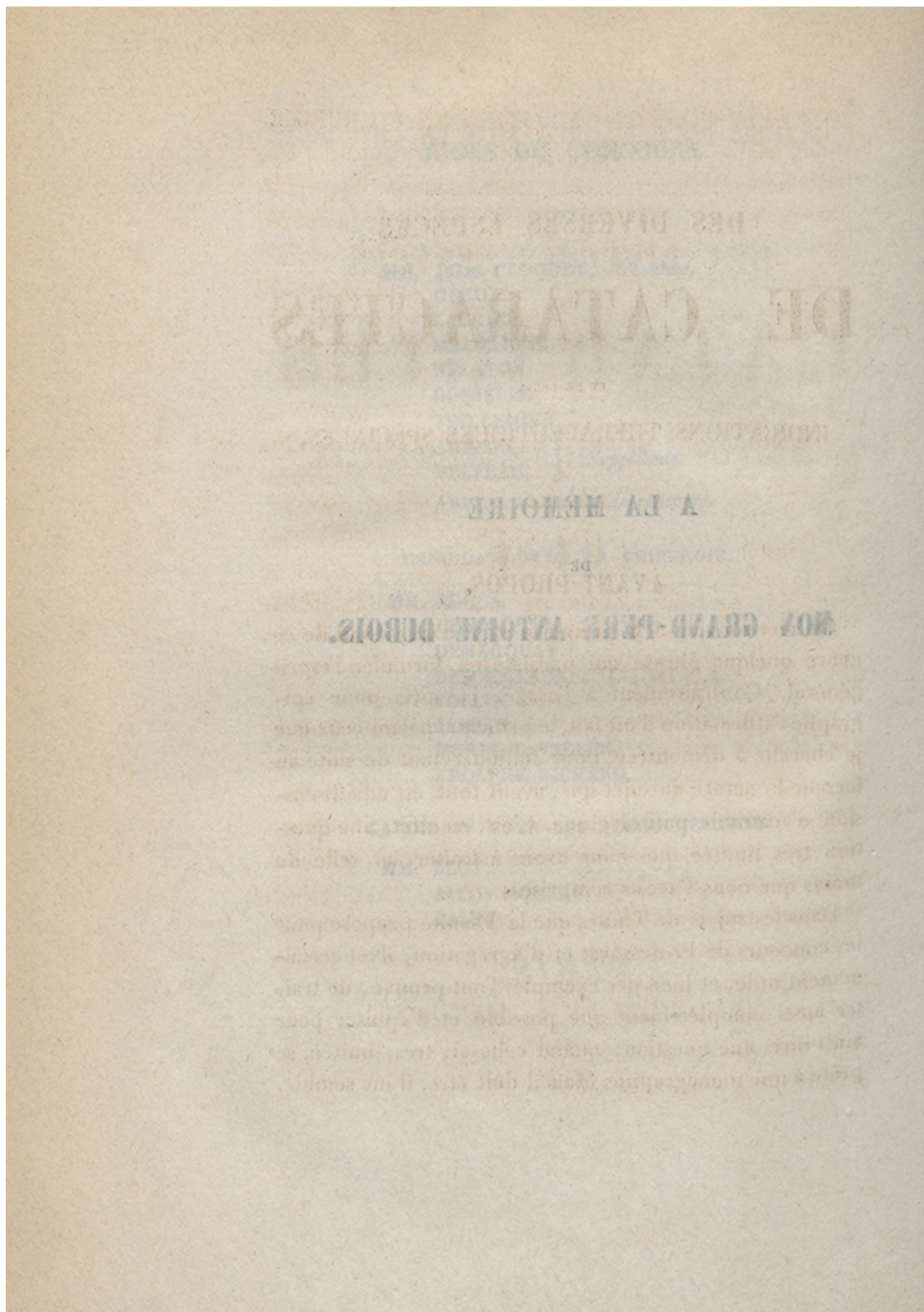
DE

MON GRAND-PÈRE ANTOINE DUBOIS.

Je garde quelque peine que j'aie pu ne formuler l'esprit général. L'attachement à la règle est trop pour épigrapher l'affirmation d'un fait, le principal parmi ceux que je cherche à démontrer, pour dépasser tout de suite le lecteur le moins descriptif qui, avant tout, est une discussion d'axiomes, plutôt que d'être, en effet, une question très limitée que nous avons à traiter, une telle fin nous que nous l'avons noté.

Dans les notes de l'œuvre que la France propose pour les concours de Professeur et d'agrégation, il est certainement utile, et bien des exemples l'ont prouvé, de traiter aussi complètement que possible et d'épuiser pour ainsi dire une question, quand celle-ci, très limitée, se prête à une monographie. Mais il doit être, il me semble,







**DES DIVERSES ESPÈCES**  
**DE CATARACTES**  
**ET DE LEURS**  
**INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES SPÉCIALES.**

**AVANT-PROPOS.**

On met souvent à la première page d'un travail de ce genre quelque phrase qui paraisse en formuler l'esprit général. Contrairement à l'usage, j'ai pris pour épigraphe l'affirmation d'un fait, le principal parmi ceux que je cherche à démontrer, pour indiquer tout de suite au lecteur la nature du sujet qui, avant tout, est une discussion d'anatomie pathologique. C'est, en effet, une question très limitée que nous avons à traiter ici, telle du moins que nous l'avons comprise.

Dans les sujets de Thèses que la Faculté propose pour les concours de Professorat et d'Agrégation, il est certainement utile, et bien des exemples l'ont prouvé, de traiter aussi complètement que possible et d'épuiser pour ainsi dire une question, quand celle-ci, très limitée, se prête à une monographie. Mais il doit être, il me semble,



permis de faire autrement et de rentrer un peu dans le vrai sens qu'a l'expression de *Thèse*, s'il s'agit d'un point de la science traité partout, presque vulgaire, comme est l'histoire de la maladie dont je dois ici fixer les différentes espèces. Aussi je suppose au lecteur une connaissance précise des maladies des yeux, et, dussent mes argumentateurs triompher de cet aveu, l'élève ne doit pas s'attendre à apprendre ici la cataracte.

Mon but serait plutôt rempli, si je parviens à inspirer au médecin instruit, qui jettera les yeux sur ce travail, des doutes sur la façon dont la plupart des praticiens envisagent le siège et la nature des cataractes.

Ce n'est pas en quelques jours que j'aurais pu me faire les convictions très arrêtées que l'on va trouver exprimées dans cette Thèse. Je les dois surtout à la direction de mon ami M. Desmarres. Aux cas nombreux étudiés par moi sous ses yeux, j'ai pu joindre, son impulsion une fois reçue, le contrôle auquel j'ai soumis toutes les cataractes qu'ont offertes à mon observation les hôpitaux et le dispensaire du Bureau central.



## PREMIERE PARTIE.

### DES DIVERSES ESPÈCES DE CATARACTES.

Certaines définitions ont dénaturé le vrai sens, que, sans se préoccuper de l'étymologie du mot, les praticiens attachent à l'expression de cataracte. On peut dire en effet que, pour tous, en face du malade, la cataracte est une opacité partielle ou totale de l'intérieur ou de la surface du cristallin. Il n'y a pas de cataracte qui ne tienne à l'appareil cristallinien.

La division des cataractes se trouve comprise dans la définition même que nous venons de donner :

- 1° Opacité siégeant dans le cristallin,
- 2° Opacité en occupant la surface.

Ou bien :

- 1° Cataractes lenticulaires ;
- 2° Cataractes fausses-membraneuses.

A quoi correspond très bien encore, en y ajoutant une vérité de plus, la classification souvent critiquée de Beer :

- 1° Cataractes vraies ;
- 2° Cataractes fausses.

*Vraies*, celles qui sont formées par le cristallin malade ;

*Faussees*, celles qui sont nées hors du cristallin, bien qu'altérant la transparence de sa surface.



Depuis un siècle et demi qu'on sait enfin que la cataracte est une maladie du cristallin, on n'a jamais mis en doute que le corps même de l'organe, la lentille, puisse être le siège de l'opacité. Il est également hors de toute contestation que des fausses membranes, résultat d'un travail inflammatoire, et quelle qu'en soit l'origine, peuvent s'appliquer à la surface du cristallin.

Mais la capsule elle-même, la cristalloïde, peut-elle devenir opaque? Nous disons : non, il n'y en a pas de preuves certaines; et tout, au contraire, jusqu'ici, doit faire rejeter l'existence des cataractes capsulaires, telles au moins que l'immense majorité des auteurs les ont décrites et figurées. — On voit que, dès le début, nous sommes forcés d'entrer dans la discussion.

Cette hérésie ophthalmologique, comme on l'a dit (*la capsule du cristallin n'est jamais opaque*), a été lancée pour la première fois par M. Malgaigne. En 1841, M. Malgaigne, alors chirurgien de Bicêtre, adressa à l'Académie de médecine une lettre qui causa, et cela était assez naturel, un véritable émoi. Voulant montrer quelle source de précieuses observations pouvait fournir aux médecins l'asile de vieillards et d'incurables à la tête duquel il se trouvait placé, il choisissait, entre autres exemples, l'anatomie pathologique de la cataracte.

« A en croire, dit-il, les traités le plus récemment publiés sur cette matière, les deux principales variétés de la cataracte seraient :

- » 1° La cataracte cristalline débutant en général par le centre du cristallin;
- » 2° La cataracte capsulaire.



» J'étais moi-même imbu de cette doctrine, lorsque  
 » j'ai commencé mes dissections, et ce n'est pas sans  
 » quelque peine que je me suis vu peu à peu contraint  
 » d'y renoncer. J'ai disséqué jusqu'à ce jour vingt-cinq  
 » yeux frappés de cataracte; les uns pris sur des sujets  
 » qui conservaient un œil sain, les autres sur des sujets  
 » où la cataracte était double.

» Or, jamais je n'ai vu la cataracte débiter par le  
 » noyau central du cristallin (1);

» *Jamais je n'ai rencontré la capsule opaque.*

Arrêtons-nous seulement sur la seconde proposition de  
 M. Malgaigne. C'était celle, bien qu'elle fût la seule abso-  
 lument vraie, qui avait soulevé le plus d'oppositions; et,  
 dans les observations suivantes, il paraît revenir à elle  
 exclusivement. Le chiffre des dissections de cataractes  
 faites par M. Malgaigne, sans trouver d'opacité de la cap-  
 sule, avait déjà atteint soixante, dans une leçon qu'il fit à  
 la Clinique et qui fut publiée. Le professeur ajoutait : Je  
 n'ai rencontré nulle part aucune autopsie qui ait montré  
 l'opacité de la capsule cristalline, et il invitait les chirur-  
 giens et les oculistes à fournir la preuve matérielle de la  
 cataracte capsulaire.

C'étaient en effet des autopsies qu'il fallait. En vain San-  
 son accumulait des observations de cataractes qui, presque  
 toutes pour lui, étaient capsulo-lenticulaires. Ses diagnos-  
 tics étaient pris sur le vivant, et nous verrons bientôt la  
 cause de l'erreur de Sanson, à savoir l'ignorance où l'on

(1) Nous verrons dans l'histoire des cataractes corticales que M. Mal-  
 gaigne a été ainsi celui qui a le mieux établi leur extrême fréquence. Cette  
 proposition n'en renfermait pas moins une erreur sur le compte de laquelle  
 il doit certainement être revenu.



était encore de la cataracte corticale ou lenticulaire molle.

M. Sichel mit en avant, dans une lettre, cent autopsies de cataractes faites sous ses yeux : « Sur ce nombre, disait-il, celles du cristallin, à la vérité, ont formé la grande majorité; mais le nombre des cataractes capsulaires a encore été assez grand, et leurs caractères anatomiques trop manifestes et trop faciles à reconnaître pour qu'on ait pu douter de leur existence. »

Et M. Malgaigne de répondre :

« Publiez vos observations, et montrez-moi des capsules opaques. »

Or, et ceci est remarquable, rien depuis lors n'a été publié par M. Sichel sur un fait quelconque d'opacité de la capsule, lui à qui ses autopsies précédentes paraissaient en promettre un bon nombre pour l'avenir. C'est qu'il aura certainement vu que ses cataractes capsulaires n'étaient que des fausses membranes appliquées à la surface du cristallin, ou des cataractes corticales, par l'étude desquelles lui-même a fait faire un pas signalé à la science. Toujours est-il que dans une réponse à M. Malgaigne, en 1848, il ajourne la démonstration promise : « Quant à la cataracte capsulaire, dit-il, je discuterai vos opinions dans un travail spécial commencé depuis longtemps, mais que je n'ai pas encore eu le loisir de terminer (1). »

Les coups les plus rudes portés à cette question de vie ou de mort de la cataracte capsulaire lui vinrent de ses

(1) M. Sichel a montré à M. Malgaigne quelques pièces qui lui paraissaient être une opacité de la capsule. M. Malgaigne s'en est expliqué dans une leçon insérée dans la *Gazette des Hôpitaux* en 1843. En disséquant attentivement, on se convainquit que l'opacité siégeait toujours en dedans ou en dehors de la capsule.



défenseurs, sort commun des mauvaises causes. Et si des médecins, étrangers jusqu'ici à la connaissance du point important de pathologie que nous discutons, veulent commencer à se faire une opinion, ils n'ont qu'à lire et à analyser, ainsi que nous l'allons faire, le travail fondamental qui fut opposé aux nouvelles idées.

Voici dans quelles circonstances parut ce travail, dû à M. Hœring, élève très distingué de M. Jœger, de Vienne. Les *Annales d'oculistique*, publiées à Bruxelles sous la direction de M. Florent Cunier, donnèrent pour sujet d'un prix annuel, fondé depuis quelque temps, la question suivante :

« Déterminer, par des recherches d'anatomie pathologique, le siège et la nature de la cataracte. S'attacher surtout à l'examen critique de l'opinion récemment émise par M. Malgaigne. »

Deux mémoires furent couronnés; on ne publia que celui de M. Hœring, écrit en français. Les faits qui y sont cités paraissaient suffire à la démonstration (1).

Après quelques considérations anatomiques, M. Hœring déroule l'histoire de *quarante-sept* faits, groupés sous des sections distinctes, et où la capsule a été trouvée opaque.

Reprendre tous ces faits, en apprécier brièvement la valeur, redisséquer les dissections de M. Hœring, je ne dirai pas sans idée préconçue, mais au moins avec une entière bonne foi, telle est la tâche que je veux ici entreprendre. Cela me paraît indispensable, et le lecteur, s'il n'en veut

(1) On publia en sous-ordre un mémoire envoyé par M. Duval, jugé pourtant de nulle valeur pour la question, à cause de l'absence de toute dissection.



être rebuté, doit avoir sous les yeux le texte de l'oculiste allemand.

Les sept premières observations ont pour but de prouver l'existence de la capsulite. M. Hoering a bien compris, en effet, que si cette ressource de la capsulite est enlevée, la plupart des faits qu'il citera plus tard seront de nulle valeur.

*L'observation 1<sup>re</sup>* est un cas d'iritis où rien ne manque : iris refoulé en arrière, c'est-à-dire adhérent à la capsule, décoloré, à pupille rétrécie, et laissant sur la capsule, après la dilatation au moyen de la belladone, une fausse membrane qui finit par disparaître.

*Observation 2.* La malade, dit l'auteur lui-même, nous a présenté une iritis assez intense et une opacité nubéculieuse de la capsule; celle-ci offrait un aspect légèrement nébuleux avec des stries blanches et crétaées, et, en outre, une petite vascularité. Les petits rameaux vasculaires venaient de l'iris pour se perdre dans l'opacité capsulaire.

*Observation 3.* Exactement analogue à la précédente. Synéchies postérieures, tractus pseudo-membraneux et finement vasculaires de la pupille à la capsule.

M. Hoering passe à un autre sujet, aux suites du traumatisme de la capsule, et il débute ainsi : « On sait combien il est difficile de produire une inflammation de la capsule en l'irritant directement. »

Phrase à laquelle nous substituerons plus tard celle-ci, quand nous dirons un mot des cataractes traumatiques :

« Jamais, ni chez l'homme, ni chez les animaux, on n'a vu, à la suite des traumatismes les plus variés, la capsule enflammée ou devenue simplement opaque. »



Malgré ces difficultés, avouées par l'auteur, il a réussi deux fois à produire quelque chose chez les animaux.

*Observation 4.* Chez un lapin, tué dix jours après les manœuvres, la capsule cristalline, froncée, contenait dans son intérieur de la substance cristalline jaunâtre, ramollie; la *surface externe* de la capsule était entièrement recouverte par des flocons blanchâtres, ressemblant à de la toile d'araignée, tenant fortement à l'iris.

C'est l'observation suivante qui donne la preuve, suivant l'auteur, qu'ici la fausse membrane était sécrétée par la cristalloïde.

*Observation 5.* Large kératotomie par la plaie de laquelle, avec un crochet, on arrache tout l'iris. Au bout de dix jours, cicatrisation. Le cristallin alors offrait un aspect chatoyant. Sur la capsule il y avait des plaques blanchâtres inégales; mais la zone de Zinn, épaisse, grisâtre, pleine de flocons plastiques, s'attachait étroitement sur le cristallin, empiétant sur sa surface.

Et l'auteur, qui continue à ne rien dire de la capsule elle-même, ne voit pas qu'ici la zone de Zinn a fait ce que faisait précédemment l'iris.

*Observation 6.* Autre lapin. Iris enlevé partiellement. Caillot sanguin, d'où bords de la plaie capsulaire rouges (évidemment par imbibition). — Observation nulle.

*Observation 7.* Empruntée à M. Maunoir. Autopsie d'une opérée d'extraction, par M. Roux. La pupille était oblitérée par une membrane mince, délicate, adhérente dans tout son pourtour à la petite circonférence de l'iris.

«Après avoir détaché cette membrane, on voyait facile-



ment derrière elle une autre pellicule opaque, distincte de la première. »

Donc elle était le résultat d'une capsulite !

M. Hœring passe aux cataractes capsulaires et se propose de passer successivement en revue les *cataractes capsulaires antérieures*, les *postérieures*, les *totales*.

*Observation 8.* Dissection d'un enfant mort quelques jours après la naissance avec hydrocéphale, bec-de-lièvre, coloboma de l'iris et deux cataractes. — Le cristallin était transparent, mais ses couches corticales antérieures et la capsule présentaient un point circonscrit opaque, blanc, grand comme une tête d'épingle. La capsule est mise sur une plaque de verre : dans son milieu est un petit tubercule qui, détaché, laisse voir une autre opacité nubéculaire dans la substance de la capsule.

Ainsi, la véritable opacité est indépendante de la capsule et peut en être détachée. Ne peut-on pas croire que la dissection n'a pas été poussée assez loin, quand l'auteur reconnaît, sur l'œil du côté opposé, au milieu de l'opacité capsulaire, un petit point transparent ?

C'est ce que prouvent les observations suivantes, trois bons exemples d'une des formes de la cataracte congéniale.

*Observations 9, 10, 11, 12.* Dans l'une, tache crétaçée au milieu d'une teinte d'amidon; l'autopsie n'a pas été faite.

Dans une autre, le *cristallin* et la *capsule* étaient *entièrement transparents*; entre eux existait un petit tubercule pyramidal auquel était due l'opacité; les autres se rapportent encore à peu près à cette description.

Si bien que sous le titre de cataractes capsulaires, on voit ici figurer des cas où la capsule, de l'aveu de l'ob-



servateur, était parfaitement transparente, si l'on excepte cette teinte nubéculuse, dont il n'est rien dit de plus, restant, après l'extraction du tubercule, dans l'un des yeux de la première observation de cataracte congéniale.

*Observation 13.* Tout à fait nulle. Sorte de monstruosité congéniale des milieux de l'œil où l'extrémité profonde d'une cicatrice de la cornée et de l'iris aboutissait à une opacité sur la capsule.

L'auteur dit : Il est permis de croire que la capsule était affectée d'une opacité centrale. On doit avouer aussi qu'il est permis de ne pas le croire.

*Observation 14.* Opération sur un œil atrophié; point d'autopsie. — Le lambeau arraché parut représenter la capsule.

*Observation 15.* Cataracte fausse-membraneuse type. — Opération; pas d'autopsie.

*Observation 16.* Blessure de l'appareil cristallinien, sans cataracte d'aucune sorte.

L'observation 17, propre à l'auteur, est rapportée avec une singulière légèreté. Éclat de capsule fulminante dans l'œil; cinq mois après, opération par kératomie, et tout simplement ceci : « La cataracte était capsulaire. » — Pas un mot de plus.

*Observation 18.* Aussi il est plus que probable que le cas précédent est de même nature que celui dont il s'agit ici : fausse-membrane iridienne sur la capsule.

*Observation 19.* Capsules citées par Beer et devenues si dures qu'on ne pouvait les entamer avec un couteau. — Ce n'est plus là la cataracte.

Les numéros 20 et 21, sous le titre de *Cataractes capsulo-lenticulaires considérées comme résultat d'une in-*



*flammation*, nous montrent l'union de cataractes molles et de fausses membranes, suite d'iritis. On dit bien que des points crétacés siégeaient dans la capsule, mais aucun détail de plus ; on n'indique aucune précaution prise pour empêcher, comme nous l'avons vu à propos des cas de cataracte congéniale, qu'on ne confondit ces dépôts avec de la substance corticale opacifiée.

Suit une observation (22), de cataracte capsulaire pigmenteuse. J'en veux donner un extrait, pour montrer de quoi se contente M. Hœring :

« La cornée présentait un arc sénile dans une partie de sa circonférence, et une opacité *semblable* se voyait sur la capsule postérieure près de son bord, à l'endroit correspondant de l'arc sénile de la cornée, ce qui faisait présumer que cet œil appartenait à une personne avancée en âge. »

Est-ce la cataracte pigmenteuse ou ce gerontoxon si extraordinaire de la cristalloïde postérieure qui est ici enregistré par M. Hœring ?

Sous le titre de cataracte capsulaire antérieure simple nous n'avons qu'une autopsie.

*Observation 23.* M. Hœring avait pu d'abord observer l'homme de son vivant ; il avait bien vu que la tache antérieure perlée, de la grosseur d'une tête d'épingle, était un peu élevée au-dessus du plan de la capsule. Aussi, après la mort, la capsule, étendue sur un morceau de verre, offre à l'endroit opaque une légère saillie : c'était un mamelon granuleux, crétacé, blanchâtre, *laissant la couche antérieure de la capsule dans une parfaite intégrité.*

M. Hœring aurait pu voir que cela est en tout ana-



logue aux prétendues cataractes capsulaires congéniales où la capsule avait toute sa transparence.

De 24 à 30 est le chapitre des cataractes capsulo-lenticulaires : c'est là qu'on attend l'auteur, car, comme il le dit lui-même, autant les cataractes capsulaires simples sont rares, autant les capsulo-lenticulaires sont fréquentes. Aussi, dit-il, il a fait un choix parmi les faits.

A l'exception de l'observation de M. Alexandre Monro, qui dit : « *La capsule était opaque,* » et pas autre détail ou explication.

On trouve là :

Une citation de M. Heidenreich, d'Anspach, sans nécropsie ;

Un extrait de Morgagni, où il y a bien quelques détails sur une opacité du prétendu liquide qui a conservé le nom du grand anatomo-pathologiste, mais rien touchant la capsule ;

Deux observations de Janin, l'une sans autopsie ; l'autre, restée célèbre, du président Murat, exemple de cataracte molle où l'opacité de la capsule, *beaucoup plus épaisse que d'habitude*, était certainement due à une portion de substance corticale demeurée au-dessous d'elle.

Restent alors deux faits seulement propres à l'auteur, et vraiment si le choix qu'il a fait l'a conduit à s'arrêter à ces deux preuves, on peut s'étonner qu'il ait été si mal inspiré.

Dans le premier de ces cas, tache blanchâtre, à quoi est-elle due ?

« Après avoir incisé la capsule près de son bord, le cristallin s'est dégagé et a offert à sa surface antérieure la tache elle-même formée d'une *substance cristalline*, »

A.R.

3



transformée en matière visqueuse. Cette matière restait déposée en grande quantité sur la capsule, mais il était facile de l'enlever avec un couteau. »

C'est sans doute par acquit de conscience qu'on ajoute :

Elle ne laissait à sa place qu'une tache rugueuse qui attestait que cette membrane avait été attaquée dans sa substance.

Enfin la seconde dissection montre à M. Hœring, entre autres lésions, une bandelette presque verticale, jaune grisâtre, commençant en bas au ligament ciliaire, où elle était large et mince, passant devant le cristallin et finissant par se perdre à la couronne ciliaire, qui adhérait à l'iris, lequel adhérait à la cornée.

« La bandelette était tellement soudée à la capsule qu'il était difficile de constater à la loupe où l'un se terminait, où l'autre commençait. »

Et voilà les exemples choisis de cataracte capsulaire!

Nous pouvons nous arrêter ici : le reste des observations de M. Hœring n'a d'autre importance que de conduire à ce chiffre respectable de *quarante-sept*. Le plus grand nombre sont des cicatrices de tous les milieux antérieurs de l'œil où la dissection ne peut plus rien reconnaître; puis quelques faits d'ossification de l'appareil cristallinien, affection bizarre qui n'a de commun avec la cataracte que le siège.

Enfin, avant tout cela, deux cas de cataracte capsulaire postérieure, de celle même que M. Sichel reconnaît ne point exister. Dans l'une, disséquée par M. Schön, de Hambourg, l'opacité partielle de la capsule siège en de-



hors d'elle, et le corps vitré est rempli d'une innombrable quantité de points et de flocons blancs. Dans l'autre, observée par M. Hoering, la capsule postérieure était parsemée de points blanchâtres de la grandeur de grains de pavots, mais aussi voyez la suite : « *La substance cristalline tenait fortement à l'endroit de ces points.* » N'est-ce point toujours, comme nous l'avons vu pour la cataracte congéniale, des points de cataracte corticale appliqués immédiatement sur la capsule ?

Tels furent donc les faits par lesquels on compta ruiner, dès sa naissance, l'heureuse révolution que les recherches de M. Malgaigne venaient d'apporter dans nos connaissances sur le siège de la cataracte. Et, qu'on ne s'y trompe pas, les observations de M. Hoering représentent tout ce qu'à cette époque on pouvait accumuler contre l'opinion de l'ancien chirurgien de Bicêtre. Ce n'est pas le travail isolé d'un homme : c'est, d'une part, ce qu'ont pu fournir les dissections du plus grand enseignement ophthalmologiques de l'Allemagne, de celui de M. Jøger, joint à ce que M. Hoering a pu emprunter à ses compatriotes, en particulier à un mémoire de M. Von-Ammon, auquel déjà M. Sichel renvoyait M. Malgaigne ; ce sont, d'autre part, les faits des auteurs anciens, chez lesquels M. Malgaigne disait n'avoir rien trouvé, et qui se réduisent aux deux observations de Janin.

En résumé, nous avons analysé trente-deux faits, qu'il est bon de lire en entier dans le mémoire pour s'édifier sur les preuves de la cataracte capsulaire. Or, voici ce qui en reste :

1° L'observation 17, propre à M. Hoering. Il est dit



tout simplement ceci : « La cataracte était capsulaire, rien de plus ; »

2° L'observation de M. Alexandre Monro, qui dit : « La capsule était opaque ; » pas d'autre explication ;

3° L'autopsie du président Murat, par Janin (*observ.* 29), exemple évident de cataracte molle, dans laquelle Janin dit : « La cristalloïde était opaque dans toute son étendue, et plus épaisse qu'elle ne l'est dans l'état de santé. »

Parmi les quarante-sept faits de M. Hoering, j'appellerais donc ces trois-là les faits *positifs* ou au moins *affirmatifs*. Tous les autres ou n'ont point trait à la question, ou portent leur réfutation avec eux. Ce sont des faits *nuls*, nuls pour la thèse que soutient le médecin allemand, mais non pas nuls pour éclairer la discussion ; car le lecteur, après avoir pesé la valeur de ces preuves accumulées, dont le nombre lui semblait d'abord imposant, doit fermer le travail de M. Hoering déjà plus qu'à moitié converti.

Devant les trois mots laconiques de M. Hoering et de M. Alexandre Monro : « la capsule était opaque, » il est évident qu'il n'y a rien à dire, si ce n'est qu'en anatomie pathologique une affirmation ne suffit pas ; elle a besoin d'être appuyée de détails, surtout dans un sujet où, comme le démontrera la suite de cette thèse, il est si facile de se tromper.

M. Malgaigne, et ceux qui partagèrent son opinion, pouvaient-ils donc s'avouer vaincus en 1842, quand parut le travail que nous venons d'analyser ? Ce dut être, au contraire, une éclatante confirmation de l'opinion nouvelle. Mais nous avons marché depuis lors, plus de dix années se sont écoulées ; les *Annales d'oculistique* ne perdent pas



de vue la question de l'existence des cataractes capsulaires, et stimulent de temps en temps M. Malgaigne pour qu'il réponde au mémoire de M. Hoering. Très favorablement placé à Bruxelles comme au milieu de l'Europe savante, ce journal continue à donner un résumé exact de tout ce qui se fait de nouveau en France, en Allemagne, en Angleterre, sur les maladies des yeux. — Et pourtant il n'a pas paru, depuis 1842 jusqu'à aujourd'hui, une seule dissection de cataracte capsulaire.

C'est toute la suite de cette thèse qui, montrant les causes de l'erreur si longtemps consacrée sur l'existence des cataractes capsulaires, achèvera, je l'espère, de fournir les preuves de l'opinion de M. Malgaigne. — Avant pourtant d'entrer dans l'étude des deux classes de cataractes que nous avons admises, interrogeons l'anatomie de l'appareil cristallinien, en nous bornant aux points propres à éclairer l'histoire de la cataracte. C'est un lien entre ce qui précède et ce qui va suivre, puisque l'anatomie du cristallin nous peint, pour ainsi dire, à l'avance, les curieuses dispositions des cataractes corticales, et nous fournit les meilleurs arguments contre les cataractes capsulaires.

La lentille cristalline est formée de lames concentriques; chaque lame, de fibres ou bandelettes, parallèles entre elles (1), dont la face externe regarde la capsule, l'interne le noyau. Le cristallin est, à la rigueur, décomposable en autant de lamelles qu'il y a de prismes hexagonaux superposés. Or, de lamelle à lamelle concentrique, la dis-

(1) C'est là l'élément anatomique. Hexagonales, aplaties, de 0,006 à 0,011 millimètres de largeur sur 0,002 à 0,005 millimètres d'épaisseur.



position réciproque des prismes est d'une admirable régularité; la face profonde ou interne d'un prisme quelconque des lamelles superficielles s'appuie, par son milieu, sur l'interstice des deux prismes de la lamelle située au-dessous, comme le montre la coupe de la figure A.

Figure A.

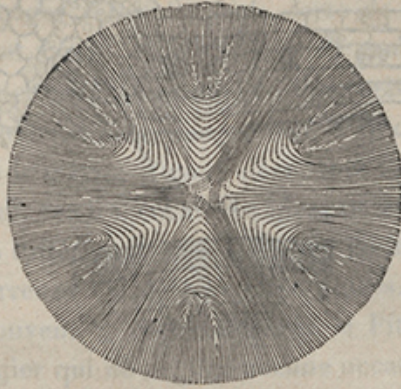


De là résulte cette merveilleuse régularité dans la structure de la lentille, qu'on a très justement désignée par l'expression de *cristallisation organique*. Les fibres (bandelettes ou prismes) sont d'autant moins larges qu'elles appartiennent à une lame plus profonde, plus voisine du noyau, puisque, autant qu'on le peut suivre, une lamelle profonde, et d'une très petite sphère, doit renfermer autant d'éléments que les plus superficielles. C'est d'où paraît dépendre la densité croissante de la circonférence au centre. La division en lames du cristallin, s'emboîtant comme les tuniques d'un oignon, tient à ceci, que les fibres d'une couche tiennent bien plus fortement ensemble par leurs bords latéraux qu'elles n'adhèrent par leurs faces aux faces des fibres sus et sous-jacentes. — Le trajet des fibres du cristallin n'est pas continu. Toutes coupent sans doute perpendiculairement la circonférence de la lentille pour se continuer d'un hémisphère à l'autre; mais chacun des points des convexités antérieures et postérieures devient le sommet d'une inflexion en forme d'ar-



ceau d'ogive, comme une figure seule peut le faire comprendre (fig. B).

Figure B.



On y voit que la substance cristalline se dispose en ogives principales, habituellement au nombre de trois, puis en ogives secondaires, ogives tertiaires.

Les recherches suivantes de M. Gros, de Moscou (1), tranchent la question du liquide de Morgagni, déjà rejeté par beaucoup d'autres anatomistes. Suivant lui, le cristallin remplit exactement sa capsule. Quand on vient à piquer celle-ci, on éventre immédiatement au-dessous d'elle un réseau d'alvéoles polygonales, véritables cellules à noyau et nucléole, et blastème des bandelettes primitives du cristallin. Il n'y a pas d'autre liquide entre la lentille et la capsule que le contenu de ces cellules.

Les figures suivantes, empruntées à M. Gros, font voir la transition entre les cellules à noyau sous-capsulaires et les bandelettes élémentaires.

(1) Précédant la deuxième édition du Traité de M. Desmarres.



Figure C.

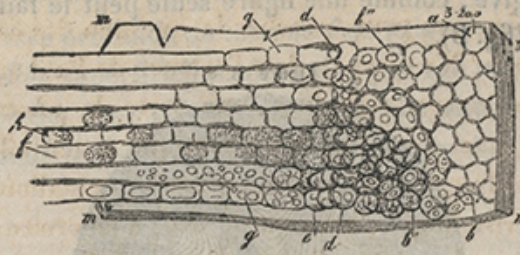


Figure D.



Sous la capsule (*m, m*), cette couche (*a, b, c, d*), que M. Gros nomme *couche génératrice*, que M. Græfe a nommée *intra-capsulaire*, est d'une haute importance en pathologie. C'est elle qui est le siège des opacités qui, jusqu'ici, ont passé pour capsulaires.—Est-ce elle qui remplit l'espèce de canal qui, au pôle du cristallin, marque la rencontre des ogives principales?

Quant à la capsule elle-même, elle est complètement anhyste; au microscope, c'est un verre mat, sans trace de fibre, ou de disposition lamellaire. L'eau bouillante, l'alcool et la plupart des acides sont sans action sur elle; ils ne la troublent même pas! — A quel ordre de membranes appartient-elle? Hé! qu'importe? Pourvu que le chirurgien connaisse bien les singulières propriétés de ce tissu qui en font quelque chose de tout à fait à part dans l'organisme (1).

(1) Je me suis élevé dans une autre occasion (*Thèse sur la muqueuse de*



On peut dire : Qu'est-il besoin de l'anatomie normale et pathologique pour trancher la question des cataractes capsulaires ? N'a-t-on pas, dans l'examen de l'œil au moyen des trois images réfléchies, une sorte de *photographie* vous peignant avec une mathématique exactitude les altérations de ces trois miroirs, cornée, cristalloïde antérieure, cristalloïde postérieure ? Oui, à en croire Sanson, qui, malgré le mérite d'avoir découvert l'examen catoptrical de l'œil, car il ignorait les idées de Purkinje, a développé ces différents signes avec une véritable légèreté, et mêlé d'erreurs les règles qu'il a posées. C'est ce que démontre souvent, à la clinique de la Pitié, M. le professeur Laugier qui ne néglige aucune occasion d'interroger les cataractes au moyen des lumières de Sanson. Or, parmi les faits nouveaux qu'il développe à ce sujet dans ses leçons, et qui malheureusement ne sont point encore publiés dans leur entier, je ne recueille ici que l'observation suivante, importante pour mon sujet.

« La deuxième image droite disparaît toujours quand l'opacité est complète, et dans les cas nombreux où il est parfaitement évident que la cristalloïde antérieure est transparente, si derrière elle est un cristallin qui ne l'est pas, il n'y a plus trace visible de cette seconde image droite. »

Donc l'existence ou l'absence de la deuxième image droite ne peut faire présumer l'état de la capsule antérieure.

Cette observation concorde avec la façon toute nouvelle (*l'atérus*) contre les classifications forcées de l'anatomie générale. L'œil en est le meilleur exemple. N'essayez pas de chercher dans l'économie des analogues à la cornée, la membrane de Demours, l'iris, le cristallin, l'hyaloïde.

A.R.

h



velle dont le professeur Laugier envisage l'image dont il vient d'être parlé. Il fait voir en effet, que, dans un œil sain, en raison de son aspect toujours *étalé*, cette image est évidemment réfléchi non pas seulement par la convexité de la capsule, mais surtout par la succession des couches antérieures ou convexes de la lentille.

Nous ne voulons pas en dire plus long sur les images ; nous tenons seulement à récuser à l'avance les idées de Sanson propres à trancher la question des cataractes capsulaires.

### § I. *Cataractes lenticulaires, ou cataractes vraies.*

Quand la lentille devient opaque, la cataracte qui en résulte peut être *dure* ou *molle*.

Dans le premier cas, l'opacité a commencé par le centre, et la cataracte dure peut être dite aussi *centrale* ; dans le second, c'est sous la capsule qu'on voit se dessiner d'abord l'opacité : c'est la cataracte *corticale*.

Ainsi, division capitale dans les vraies cataractes,

Cataracte dure ou centrale,

Cataracte molle ou corticale (2),

Il n'y a, en réalité, pas d'autres espèces de cataractes que celles-là.

Dans des cas qui ne sont pas rares, on les trouve toutes les deux réunies dans un même œil ; et que cela soit, ou bien, ce qui est l'ordinaire, que l'une ou l'autre existe seule, tout, dans leurs caractères, est opposition et con-

(1) Je n'ai pas besoin de dire que ces expressions *centrale*, *corticale*, s'entendent seulement du début de la maladie.



traste : c'est ce qu'il importe de faire ici tout de suite ressortir, sans pourtant pénétrer dans les détails.

1. La cataracte dure ne s'observe jamais que chez le vieillard, bien que, même à un âge avancé de la vie, la cataracte molle soit plus fréquente.

L'opacité débute dans le noyau. C'est une tache d'un gris foncé, terne, uniforme à son début, dans sa marche s'étendant et gagnant aussi uniformément le reste de la lentille, bien qu'à l'inspection sur le vivant comme à l'autopsie dans l'œil, le centre soit toujours plus opaque que la circonférence.

Faut-il dire de la cataracte dure, avec tout le monde, qu'un de ses caractères est de diminuer de volume, par opposition à la cataracte molle, dont le propre est d'augmenter? Question douteuse, et qui doit être réservée. Il est bien vrai que, dans l'espèce qui nous occupe, l'ombre portée par l'iris sur le plan antérieur de l'opacité cristalline est habituellement très prononcée; mais cet espace, accusé ainsi entre l'iris et la cataracte, est-ce la chambre postérieure, ou tout simplement la portion de l'écorce lenticulaire restée saine et transparente? Nous ne pouvons résoudre cette difficulté, et l'histoire de la cataracte offre encore bien d'autres lacunes. Dans tous les cas, on peut affirmer qu'au moins la lentille de l'œil n'a point augmenté de volume, car l'iris conserve sa forme, sa direction normale et l'entière liberté de tous ses mouvements.

Le vieillard qui porte une cataracte dure ne perd entièrement la vue que très rarement, et quand cela arrive, ce n'est qu'au bout d'un temps fort long. A un jour éclatant, la cécité peut être complète, et c'est là, sans doute, la vraie cause qui fait éviter la lumière au cataracté; mais



dans une demi-obscurité, des objets même fort petits sont distingués, et la lecture, par exemple, reste souvent possible jusqu'à une époque avancée de la maladie. En somme, la marche de la cataracte dure est extrêmement lente.

2. La cataracte molle, beaucoup plus commune que la précédente, existe à tous les âges de la vie (1). Elle débute constamment par un ou plusieurs points de l'écorce cristalline; elle est donc toujours sous-capsulaire à son origine; et c'est à elle que s'appliquent les idées et les descriptions des auteurs sur les cataractes capsulaires, capsulo-lenticulaires. Point d'uniformité dans son apparition, dans sa marche: c'est un point de la surface de la lentille qui s'est pris sous forme d'une ligne, d'une strie se dessinant ou en avant, ou en arrière, ou sur les côtés. Puis cette inégale cristallisation gagne peu à peu les couches les plus profondes, n'empruntant de régularité, de symétrie, qu'à celles qu'on admire dans l'élégante disposition des ogives cristalliniennes que la cataracte rend apparentes en les opacifiant.

D'une mollesse qui n'est pas la même suivant la période, suivant la variété, mais qui peut arriver jusqu'à une liquidité complète, la cataracte corticale offre promptement plus de volume que le cristallin normal: elle fait bomber l'iris en avant, gêne ou abolit sa mobilité, et ne

(1) Un des exemples frappants de la fréquence de la cataracte molle est cette affirmation de M. Malgaigne: « Je n'ai jamais vu, sur mes soixante autopsies, l'opacité débiter par le noyau. » Il ne faudrait pourtant pas tirer de là le chiffre relatif des deux espèces de cataractes: M. Malgaigne est tombé sur une série exceptionnelle. Ce chiffre ne saurait actuellement être établi un peu sûrement.



laisse voir sur sa surface que le circuit noir de la pupille, sans ombre portée. Discrète, disséminée à son début, elle finit tôt ou tard par être complète, ou du moins telle est sa tendance. L'opacité devient alors uniforme, comme dans la cataracte dure, mais sans que le centre soit plus opaque, et sa teinte est caractéristique, tendant vers le blanchâtre, dans les cas les plus tranchés, laiteuse.

Pour en venir là, la marche a été d'une grande irrégularité : ce ne sont pas, sous une lenteur extrême, les progrès graduels de la cataracte dure. Elle peut rester très longtemps stationnaire, comme aussi causer la cécité en quelques semaines. Quand, en effet, elle est complète, le malade est aveugle au grand jour comme au jour modéré. Il peut en venir au point de perdre la sensation de lumière, comme l'amaurotique. Et, d'un autre côté, si les stries sont excentriques, la cataracte peut exister longtemps avec une opacité très marquée, sans que le malade même la soupçonne. — On le voit donc, l'irrégularité est le caractère dominant des symptômes anatomiques et physiologiques de la cataracte molle, autant que l'aspect et la marche sont uniformes dans les cataractes dures.

Poursuivons le but que nous nous sommes proposé dans ce travail et voyons à établir les variétés importantes.

1. *Variété des cataractes dures.* Qu'on me permette de rejeter, jusqu'à nouvel ordre, de la classification des cataractes celles qui ont reçu le nom de *osseuses*, *pierreuses*. Les exemples qu'on en trouve signalés dans les auteurs sont à peu près constamment accompagnés de désorganisation profonde et d'atrophie du globe oculaire;



et cette transformation singulière du tissu cristallinien n'a rien qui la rapproche de la cataracte proprement dite où l'altération est si difficile à apprécier (1).

La cataracte dure ou centrale, je le répète encore ici, est en effet une maladie qui ne s'écarte jamais de ses caractères si tranchés. Les deux seules variétés qu'on y peut admettre et qui, à juste raison, ont préoccupé les chirurgiens par les difficultés qu'elles peuvent causer dans le diagnostic, ne tiennent au fond qu'à une différence de couleur. Elles ont bien le caractère qu'on assigne aux variétés en histoire naturelle, puisqu'on peut suivre toutes les nuances intermédiaires entre les cas tranchés de ces deux cataractes et le type commun de la cataracte centrale; je veux parler des cataractes *vertes* et des cataractes *noires*, qui peuvent faire penser la première à un glaucôme, la deuxième à une amaurose.

Rien autre chose à dire de la cataracte verte, très rare du reste, qui, ayant tous les caractères de la cataracte centrale, n'en diffère que par sa coloration.

Quant à la cataracte noire, il en est trop question dans les auteurs pour que nous n'en disions pas un mot, ne fût-ce que pour prouver sa réalité qui a été contestée. On sait en effet ce qu'en pensait Dupuytren. Il la niait,

(1) On lira avec intérêt dans l'ouvrage de M. Desmarres, page 506, l'opération de la dissection d'une cataracte pierreuse. — Ancien soldat ayant reçu, trente ans auparavant, une balle dans l'œil. Tourmenté d'inflammations répétées, le malade veut à toute force être débarrassé. On fit l'excision partielle comme pour le staphylôme. Voici surtout la particularité qu'il est bon de noter dans l'observation : « Le cristallin pierreux est recouvert de la capsule en partie pierreuse aussi, *en partie saine*. » La partie saine, c'est la vraie capsule; la partie pierreuse, c'est la couche génératrice sous-capsulaire.



ne l'ayant jamais rencontrée, et citait souvent à sa clinique le fait suivant : « Une cataracte noire est diagnostiquée par Giraud et Pelletan ; Dupuytren prétend qu'elle n'existe pas. On fait l'extraction, le cristallin était sain, et le malade resta amaurotique, comme devant. En parcourant les faits cités (Pellier, Wenzel père, Bécлар; MM. Græfe, Edwards, Magne, Petrequin), les uns, il est vrai, laissent du doute, ou même l'auteur s'est manifestement abusé; mais ce qui nous suffit ici, ce sont les preuves matérielles. M. Jules Cloquet a rencontré deux fois un cristallin absolument noir sur des cadavres d'individus considérés, durant leur vie, comme amaurotiques. L'opération de Wenzel père, celle plus célèbre de Græfe sur le duc de Cumberland, donnent aussi toute garantie sur l'existence de la variété noire de la cataracte dure.

2. *Variétés des cataractes molles.* On ne sera point étonné du nombre des divisions admises parmi les cataractes molles, si l'on se rappelle leur caractère dominant, c'est-à-dire l'irrégularité de leur évolution, de leur marche.

Une cataracte molle proprement dite et une *cataracte liquide* doivent-elles former des variétés distinctes? Non, puisque celle-ci, avant d'être liquide, était tout simplement molle, et que deux états d'une même maladie, mais à des périodes différentes, ne peuvent être séparés dans une classification.

C'est aussi ce qu'il faut dire des cataractes *striées, tachetées, pointillées, fenêtrées, étoilées, déhiscentes, à trois branches*, etc.

Toutes ces dénominations indiquent des états souvent transitoires de la cataracte corticale; ce sont simplement



des formes pour lesquelles il est utile sans doute d'avoir des dénominations spéciales, mais plus utile encore de se rappeler que sous des aspects différents ou se transformant, elles constituent une seule et même maladie, la cataracte corticale.

Il n'est pourtant pas hors du plan que nous nous sommes tracé de connaître l'origine de ces différentes dénominations. La première apparition d'une cataracte molle mérite généralement le nom de *striée*; c'est en effet sous la capsule antérieure ou sous la postérieure, ou plus ou moins près de la circonférence, une strie, une ligne opaque, d'un blanc jaunâtre, qui, dès qu'elle a un peu de longueur, montre toujours une de ses extrémités se dirigeant vers un des deux pôles, l'autre vers la circonférence.

Cela frappe davantage quand plusieurs stries se sont ou en même temps ou consécutivement développées : elles semblent se rencontrer vers le centre, si elles sont suffisamment longues; sinon, idéalement prolongées, elles y arriveraient toutes. Comme la plus grande partie du cristallin reste transparente, on peut voir habituellement les petites traînées se développer dans la partie postérieure comme dans l'antérieure de l'écorce. Mais cette cataracte striée peut aussi être purement antérieure ou postérieure ou circonférentielle. — Irrégulièrement disséminée au début, l'opacité corticale striée tend donc, en se complétant, à revêtir une élégante symétrie. Mais plusieurs causes pourtant peuvent y mettre obstacle. La strie courte encore et d'une direction difficile à préciser, s'augmente de dépôts voisins et donne ainsi naissance à des plaques irrégulières; ou bien, car ici sous l'opacité



visible on peut toujours deviner le ramollissement, la strie se rompt en un ou plusieurs points, d'où des figures bizarres toutes dénommées. Mais cela est exceptionnel; ordinairement, les lignes s'étendant, finissent par dessiner d'une manière nette la *cataracte à trois branches*, pour la première fois décrite par M. Jules Cloquet. Puis, par les progrès lents ou rapides de la maladie, les triangles transparents se comblent, l'opacité gagne le centre de la lentille, et la cataracte devient complète, toutes les formes précédentes étant des cataractes molles incomplètes.

Parmi les cataractes molles, deux variétés importantes demandent à être distinguées :

Les cataractes traumatiques,

Les cataractes congéniales.

*Cataractes traumatiques.* — Le traumatisme de l'appareil cristallinien laisse encore aux chirurgiens bien des points à éclaircir par les expériences sur les animaux et les observations sur l'homme. Tout n'est pas à faire pourtant, et certaines vérités peuvent être considérées comme acquises.

1. Si le cristallin vient à être contusionné sans lésion de la capsule, vous voyez se dessiner les opacités d'une cataracte corticale qui parcourt en quinze jours souvent toutes ses phases jusqu'à être complète.

2. Si la capsule est assez largement ouverte, une portion du cristallin s'échappe par la plaie, s'opacifie très promptement sous l'action de l'humeur aqueuse; et, sans doute aussi sous l'action de cette dernière, la cataracte remplit rapidement la cavité capsulaire. Elle a alors tous les caractères d'une cataracte molle complète.



Dans toutes ces circonstances, deux choses peuvent se passer : ou la persistance de l'opacité avec tous ses caractères, sans changement, — ou la résorption de la lentille opaque, dont les exemples sont assez nombreux pour n'avoir pas besoin d'être cités. Alors le champ pupillaire redevient aussi net qu'auparavant, à l'exception, bien entendu, des adhérences iriennes, des fausses membranes qui peuvent exister sur la capsule.

Ces faits connus de tous les chirurgiens prouvent que, dans les lésions traumatiques pas plus qu'en autre circonstance, la capsule cristalline ne devient opaque.

3. Il est un troisième ordre de faits plus curieux que les précédents.

Si la capsule est simplement piquée, et que nul débris de la lentille ne tombe dans les chambres, outre que les phénomènes consécutifs peuvent être nuls, cas qui n'a point à m'occuper ici, la petite plaie capsulaire se refermant devient le centre d'une plaque sous-capsulaire bleuâtre qui reste ainsi limitée. Cette cataracte traumatique partielle peut persister, mais aussi elle *peut disparaître* en laissant le reste de la lentille intact.

J'emprunterai les deux exemples suivants à M. Desmarres, qui a eu la bonté de me les communiquer :

Couturière de vingt ans. Piqure de l'œil avec une aiguille qui traverse la cornée, la chambre antérieure et le cristallin sans toucher l'iris. Deux jours après l'accident, on voit autour de la piqure, dans la lentille, une traînée blanchâtre qui, stationnaire quelque temps, avait au bout d'une quinzaine entièrement disparu, à l'exception d'un point infiniment petit qui n'apporta aucun trouble dans la vision.



Un garçon, employé dans un laboratoire de pharmacie, reçoit dans l'œil gauche un éclat de verre qui divise la cornée dans l'étendue de quatre lignes, près de son bord interne et inférieur. L'iris et le cristallin furent également blessés, sans qu'il fût possible de dire dans quelle étendue la capsule avait été ouverte. Une opacité assez étendue de la lentille faisait croire qu'une cataracte complète allait se déclarer, quand peu à peu l'opacité partielle diminua de manière à devenir à peine visible, sans disparaître toutefois entièrement. Le cristallin ne fut pas résorbé. La vue demeura pourtant gênée à cause des adhérences iriennes. Mais en dirigeant convenablement son œil, le malade pouvait lire sans lunettes.

Dans les blessures de l'appareil cristallinien, l'invulnérabilité absolue de la capsule est bien propre à faire réfléchir les chirurgiens qui admettent encore, et c'est à peu près tous, l'existence des cataractes capsulaires. On peut mettre au défi, chez quelque animal que ce soit, au prix des plus grands dégâts produits dans l'œil, de déterminer autre chose qu'une division mécanique de la capsule, suivie de sa rétraction excentrique. Telle est même la trame histologique de ce singulier tissu que, séparé de l'organisme vivant, les agents chimiques sont sans action sur lui; l'alcool, le sublimé lui-même, la seule substance avec laquelle on puisse à coup sûr opacifier artificiellement la lentille, ne troublent en rien sa transparence. De toutes les substances essayées, il n'y a que l'acide nitrique qui agit sur elle, mais pour la dissoudre.

En 1820, une Université d'Allemagne avait proposé pour sujet de prix l'étude des cataractes traumatiques. M. Dietrich y répondit par un travail où l'imagination a



joué un grand rôle, aucun des résultats obtenus par lui n'ayant pu être retrouvé par les expérimentateurs qui l'ont suivi. Aussi, cette étude reste encore, pour celui qui s'y livrera avec persévérance, le sujet d'importantes recherches. Tous ceux qui ont suivi M. Dietrich s'accordent sur un point, c'est l'excessive difficulté de produire des cataractes traumatiques chez les animaux. Si j'en croyais ce que j'ai vu, j'y ajouterais :

Impossibilité absolue d'altérer en rien la capsule du cristallin.

*Cataractes congéniales.* — La cataracte qui s'offre chez un nouveau-né a des caractères très tranchés. — Elle peut être complète ou incomplète. Dans le premier cas, le cristallin, pris en entier, offre une teinte bleuâtre d'amidon cuit, teinte uniforme, mais très distincte du blanc jaunâtre qu'offre ordinairement la cataracte molle complète. Elle diffère encore de celle-ci en ce qu'elle n'est pas volumineuse, que peut-être même elle est plus petite qu'un cristallin normal, ce qui fait penser à un développement arrêté. Aussi, dans ces cas, la chambre postérieure est très apparente, l'ombre portée par l'iris très étendue.

La cataracte congéniale incomplète s'offre sous plusieurs aspects : ou bien le cristallin a une teinte bleuâtre générale à peine visible ; — l'altération reste inconnue souvent pendant très longtemps, la vue restant assez bonne quoique faible, et cela quelquefois jusqu'à l'âge de quinze ou vingt ans.

Ou bien l'opacité est une tache blanche, centrale, isolée, sans irradiations, souvent infiniment petite, comme une pointe d'aiguille, et pouvant, en conséquence, échap-



per. — Tache placée à la surface de la lentille, soit en avant, soit en arrière.

Enfin, une autre forme est très bizarre : le cristallin est opaque, mais il paraît d'un tiers plus petit. Si la pupille est dilatée, par l'action de la belladone, par exemple, entre elle et la circonférence du cristallin est un cercle noir où apparaît le fond de l'œil, et par où la vision peut se faire. La capsule est-elle là? — C'est un point à éclaircir.

A la suite des cataractes dures et des cataractes molles, formant une troisième section, il faut joindre certaines cataractes qui ne sont point rares, et dont l'histoire reste à faire : molles à la surface, dures au centre, elles méritent le nom de *cataractes mixtes*, et présentent, réunis, les caractères des deux espèces d'opacités lenticulaires, sans qu'il paraisse que l'influence de l'une ait quelque influence sur la marche et le développement de l'autre.

Evidemment la nature intime des deux cataractes, molles et dures, doit être différente. Le contraste qu'elles offrent sous tous les rapports ne peut dépendre uniquement ni de leur siège, ni du mécanisme mystérieux de la nutrition de la lentille, qui refoule les couches nouvelles vers le noyau. Et pourtant, d'après les recherches de M. Gros, de Moscou, l'altération histologique des deux cataractes corticale et centrale est la même, c'est la granulation des éléments anatomiques. — Il a surtout bien suivi ce travail morbide dans la couche sous-capsulaire.

« Quand les cellules, isolées de la couche génératrice, viennent à se granuler, on voit se dessiner des points opaques à la périphérie du cristallin (c'est la cataracte



piquetée, mouchetée). — Le plus ordinairement, les cellules malades ne restent pas isolées; mais une rangée de cellules génératrices se prend, de là des stries plus ou moins longues, plus ou moins variées. A côté des lignes cellulaires malades, qui ne donnent plus que des bandelettes opaques, ou même ne s'organisent plus en bandelettes, sont les rangées de cellules encore saines qui continuent à former les éléments pellucides du cristallin. Dans les stries corticales déjà anciennes, les combinaisons vésiculaires peuvent offrir divers états pathologiques. — Les cellules de la couche génératrice, devenues granuleuses, s'indurent, et, s'isolant, cessent de former des bandelettes. De là des îlots opaques, des arborescences variées. La couche granuleuse peut se durcir ou former des plaques comme caséuses, ou enfin, se ramollissant à l'extrême, donner naissance à la cataracte lactescente. Dans la masse liquide, vous trouvez le détrit des éléments désagrégés, les bandelettes en groupes informes à peine reconnaissables. Comme ordinairement une maladie aussi profonde de presque toute la couche génératrice s'étend aux couches plus profondes des bandelettes, le cristallin est pris en totalité, et le noyau apparaît comme une masse inerte, enveloppé d'un linceul, et exposé aux accidents d'une décomposition plus ou moins rapide : c'est la cataracte morganienne, nom qui peut rester, bien qu'il soit dû à une erreur anatomique (1). »

J'emprunte encore à M. Gros les lignes suivantes :

« Ce qu'on appelle cataracte capsulaire est une couche opaque quelconque, tenant à la paroi interne ou externe

(1) Travail inédit de M. Gros, de Moscou.



de la capsule. En effet, quand la couche interne du réseau cellulaire est opaque, c'est-à-dire que les couches cellulaires sont granulées et encore adhérentes à la capsule, les couches internes et opaques font l'office de l'amalgame qui couvre la face postérieure des glaces. L'opacité paraît résider dans la capsule, qui reste cependant transparente comme une glace, et dont la couche interne, la couche génératrice du cristallin, fait l'office d'amalgame.

» C'est ce qui peut se vérifier surtout à l'aide d'un instrument amplifiant, sur des lambeaux capsulaires extraits de la cataracte. »

J'ai fait cette dernière citation qui me ramène encore à la question des cataractes capsulaires, parce que, malgré les apparences et la presque unanimité des auteurs, tout doit faire rejeter non seulement leur existence, mais même leur possibilité, anatomie normale et pathologique, inspections microscopiques, expériences sur les animaux. — J'entends des hommes instruits et sans préventions, des maîtres en qui je mets toute ma confiance, et qui me disent : « Je crois aux cataractes capsulaires parce que » j'en ai vu, et dans l'œil et hors de l'œil. J'ai vu, après » avoir incisé la capsule, dans la kératotomie, et pendant » l'opération, et immédiatement après, et dans les jours » qui ont suivi, des fragments opaques de la capsule se » roulant vers la couronne ciliaire. » — Mais l'anatomie normale et pathologique en main, je leur dis : « Ce n'est » pas la capsule qui était opaque, c'est la couche de cellules qui y est appliquée et qui y demeurait adhérente. » Et j'ajoute : « Quand vous examinez ces fragments de » capsule, défiez-vous, pour trancher la question, d'un



» examen superficiel, n'oubliez pas le mot de M. Mal-  
 » gaigne : *Lavez-la avec précaution.* »

» Les idées que je défends ici ne sont pas pour moi chose  
 nouvelle, et je connais une autre objection à laquelle le  
 lecteur, instruit par ce qui précède, pourra tout de suite  
 répondre. L'objection peut se formuler ainsi : « Que nous  
 » importe, en pathologie, cette subtilité anatomique qui  
 » isole dans la capsule une mince couche anhyste, et au-  
 » dessus d'elle ce que vous appelez la couche génératrice,  
 » mais ce qui, en réalité, pour l'histoire de la cataracte,  
 » est la couche profonde de la capsule? »

La connaissance de la cataracte corticale est de date  
 assez récente pour que des hommes instruits n'aient sur  
 elle que des notions très inexactes. Je voudrais, avant de  
 terminer, en faire l'historique en quelques mots.

Dans tout le siècle dernier, les recherches de MM. Be-  
 nedict et Sichel n'ont fait découvrir que les textes suivants  
 qui témoignent que cette cataracte a été non pas connue,  
 mais vue.

La troisième observation des *Opuscula pathologica* de  
 Haller, est intitulée : « Capsula lentis crystallinæ obscu-  
 » rata. In fele cataractam oculi vidi. Erat capsula lentis  
 » crystallinæ omnino pellucida et facile a lente separabi-  
 » lis. Ipsa vero lens alba, mucosa erat substantia. Intus  
 » nuclens de more solidior, sponte se ad modum stellæ  
 » trium radiorum fudit. »

Il en cite d'autres exemples et conclut :

« His adeo experimentis utique confirmatur, fieri posse  
 » ut capsula lentis obscuretur. »



Au tome I<sup>er</sup> des *Mémoires de l'Académie de Dijon*, vous trouverez une observation intitulée :

Cataracte radiée :

« M. Hoin a fait part à l'Académie, dans le mois de mars 1759, d'une observation sur une cataracte radiée, dont les rayons étaient plus profonds que tous ceux qu'on a observés en cette espèce de cataracte qui est très rare.

» La malade qui avait cette cataracte était âgée d'environ soixante ans ; elle distinguait encore les gros objets et les couleurs vives. Elle mourut à l'hôpital d'une maladie de langueur. M. Hoin, qui s'était proposé de l'opérer si elle guérissait, ne laissa pas échapper l'occasion d'examiner son oeil après sa mort. Le cristallin était remarquable principalement par un très grand nombre de filets blanchâtres en forme de fibres rayonnées qui partaient d'une espèce de petit noyau central de la même couleur, etc. »

Jusqu'en 1830, on peut de même rencontrer dans les auteurs quelques faits isolés de cataracte striée ou radiée, cités comme exemples curieux et rares. Mais ce n'est qu'à cette époque qu'elle est vraiment bien indiquée par M. Mackensie, dans la première édition de ce *Traité pratique* où brille un merveilleux talent d'observation.

En 1837, M. Sichel en parle, mais comme incidemment et à titre d'exception.

En 1840, M. Tyrrel en donne une très bonne, quoique très courte description.

C'est à cette époque qu'éclate la lettre de M. Malgaigne où la rareté des cataractes centrales se trouve chiffrée d'un zéro, erreur sans doute, mais erreur qui profite à la science en forçant enfin les chirurgiens de profiter des nombreuses occasions qui leur étaient offertes d'étudier



l'évolution et l'anatomie de la cataracte. Que ce mouvement ait agi ou non sur M. Sichel, toujours est-il que, en 1842, il fit paraître une très bonne monographie des cataractes molles où il eut seulement le tort de séparer les cataractes déhiscentes des cataractes corticales proprement dites.

Enfin le livre et les cours publics de M. Desmarres achevèrent de répandre et de vulgariser cette importante distinction des cataractes molles et dures, en faisant apprécier les signes, les variétés, la fréquence des premières, et surtout, point capital, l'invariabilité de l'espèce sous les formes les plus diversifiées.

## § II. *De la fausse cataracte ou de la cataracte pseudo-membraneuse.*

Sur la majeure partie des cataractes de ce genre, chacun est d'accord. Il est reconnu qu'à la suite de l'iritis, quand, par l'intensité de l'inflammation ou les vices du traitement, la résolution n'en peut être obtenue, des dépôts plastiques font adhérer la cristalloïde et le diaphragme irien. Ces dépôts plastiques sur la capsule peuvent se montrer avec et sans synéchie, l'iris ayant rompu ses adhérences. L'iritis chronique, maladie très souvent méconnue, peut amener les mêmes résultats, et le chirurgien méconnaître la cause des changements observés dans le champ pupillaire. Enfin des cataractes fausses membraneuses résultent encore des blessures de toutes sortes qui atteignent l'iris.

Mais on ajoute : Dans ces circonstances aussi la capsule participe à l'inflammation, ou l'inflammation même



débute par elle ; puis on bâtit de toutes pièces la description de la capsulite ou cristalloïdite, et l'on décrit à la suite les cataractes capsulaires partielles.

Ici ce n'est pas à nous à prouver. La capsulite, et je demande pardon si ma conviction profonde me rend aussi tranchant, n'est pas discutable, parce que son existence est contraire à toute raison anatomique, à toute observation clinique. — C'est à ceux qui l'ont imaginée et créée à montrer comment une inflammation intrinsèque et non empruntée au voisinage peut envahir une membrane non seulement sans vaisseaux, mais complètement anhiste, c'est-à-dire organisée à un degré moindre, je ne dirai pas qu'un cartilage, mais qu'un cheveu et qu'un ongle.

L'aspect que les fausses membranes déposées sur la capsule peuvent offrir est tellement varié, en raison du caprice pour ainsi dire de la cause inflammatoire qui les produit, qu'il est vraiment inutile de s'arrêter aux dénominations imposées par les auteurs et constituant autant de variétés, *fibrineuse*, *barrée*, *pyramidale*, etc. Mais, pour ne parler que de leur siège et de leur forme, comment se fait-il que toutes ces prétendues cataractes capsulaires n'occupent jamais que le centre même de la capsule, là où était l'ouverture pupillaire, jamais ses parties latérales ? Pourquoi ont-elles constamment une forme plus ou moins régulièrement arrondie ?

Il est pourtant une variété de la cataracte fausse membraneuse qui mérite un mot à part, c'est la cataracte *pigmentaire*. Elle est curieuse à tous égards, mais elle nous intéresse ici particulièrement, parce que son origine à elle est très évidente (1), et qu'elle peut ainsi servir de

(1) Ce n'est pas qu'ici, comme pour tout autre point de l'histoire de la



démonstration à toutes les cataractes fausses. Les deux extrêmes d'une cataracte pigmentaire, c'est d'une part une plaque noire reposant sur la capsule, le substratum plastique existant ou ayant disparu, de l'autre un simple piqueté annulaire, à points presque imperceptibles, comme le pointillé d'une barbe fraîchement faite. Or, et ceci n'est point assez connu, c'est un détail que démontre très bien M. Desmarres, il est de règle presque absolue que les cataractes fausses membraneuses, quand elles se résorbent par exemple, laissent sur la capsule un pointillé de pigment très difficile à voir, même quand on en est prévenu, mais pouvant toujours être reconnu à la loupe, et sans grand inconvénient pour la vision. Ainsi une portion du pigment de l'iris est presque toujours comme surprise sur la fausse membrane où le retrait du diaphragme l'abandonne. Et l'on peut dire que cette translation d'une couche irienne sur la capsule vient témoigner de la véritable origine des dépôts plastiques que celle-ci peut présenter.

### § III. *Des cataractes secondaires.*

La cataracte secondaire, suite le plus souvent de l'opération à l'aiguille, bien que l'extraction soit loin d'en être

cataracte, les interprétations les plus opposées n'aient été mises en avant. Ainsi la cataracte pigmentaire c'était,

Pour Pellier, des prolongements de la choroïde;

Pour Walther, des vaisseaux gonflés;

Pour M. Chelius, des dépôts mélaniques développés de toutes pièces sur la capsule;

Pour M. Rosas, c'est un pannus de la capsule analogue à celui de la cornée.

Avec quelle facilité sont dénaturés les faits les plus clairs!



exempte, est une véritable cataracte traumatique, et, comme telle, elle appartient à l'une des grandes classes précédentes, lenticulaires ou fausses membraneuses, ou offre en même temps la réunion de l'une et de l'autre. Il est certain qu'elle peut résulter de dépôts plastiques sur les fragments de la capsule rétractée, les adhérences iriennes existant ou s'étant rompues; et, pour la plupart des auteurs ce sont de véritables opacités consécutives de la capsule. Ou bien encore, les faces profondes de l'une ou de l'autre cristalloïde peuvent rester revêtues d'une couche de substance corticale, et vous avez des cataractes secondaires lenticulaires ou vraies. C'est ainsi que s'explique la cataracte capsulaire postérieure des auteurs.

Ainsi, un œil opéré peut offrir une cataracte secondaire sans avoir été le siège d'aucune inflammation.



## DEUXIÈME PARTIE.

### DES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES SPÉCIALES AUX DIVERSES ESPÈCES DE CATARACTES.

Devant une cataracte, le chirurgien auquel un malade s'est confié a deux questions à se poser et à résoudre :

Faut-il opérer ?

Comment faut-il opérer ?

En un mot, l'opération avant tout est-elle indiquée, et, si elle l'est, laquelle choisir ?

Or, en mettant de côté les préférences qui peuvent dépendre du chirurgien lui-même, sa conduite peut et doit être modifiée par une foule de circonstances, l'âge, l'état général ou local, les complications, etc. Quelle influence la nature spéciale de la cataracte doit-elle avoir sur ses déterminations ? C'est ce qu'il me faut examiner ; et, je le dis à l'avance, le problème, tout limité qu'il est, est très complexe, dans la plupart des cas même insoluble.

#### § I. *Des cas où l'espèce de cataracte oblige le chirurgien à s'abstenir d'opérer.*

C'est là un point de pratique de la plus haute importance. Quand le chirurgien a reconnu une cataracte vraie survenue spontanément, une opération faite en temps opportun sera seule capable de rendre la vue au malade,



et alors l'inutilité du traitement médical est de nos jours universellement reconnue.

Les cataractes traumatiques et les fausses membraneuses sont loin d'être dans le même cas.

Nous avons vu qu'une cataracte traumatique peut se guérir ou le cristallin se conservant ou au contraire disparaissant par résorption.

En pareille circonstance, la règle absolue est l'expectation : surveiller tout symptôme d'ophtalmie interne pour la combattre dès son début ; repos, régime, occlusion des deux yeux, applications réfrigérantes ; puis, si le travail réparateur qu'on a droit d'espérer languit, frictions fondantes (pommades iodurées, onguent mercuriel), purgatifs, calomel à l'intérieur.

Voilà pour les cas les plus simples, dans lesquels la plaie capsulaire s'étant refermée et l'opacité n'ayant envahi que très partiellement la lentille, on recherche une véritable résolution.

Mais, si la blessure de la lentille oculaire étant plus étendue, plus profonde, ou en somme les choses ayant moins simplement marché, l'opacité traumatique s'est généralisée, vous en êtes averti par les changements anatomiques que vous pouvez suivre dans le champ pupillaire, et aussi par les symptômes inflammatoires souvent graves et menaçants que votre premier soin est de combattre.

Quand, après en avoir triomphé, vous avez sous les yeux une cataracte traumatique complète, gardez-vous de toute opération prématurée. Ne perdez pas de vue la possibilité d'une guérison spontanée à la suite de la résorption de la lentille, et vos espérances s'augmentent encore



par la conviction où vous êtes que la capsule a toute sa transparence (1). Une surveillance suivie du malade est alors indispensable ; on examinera deux ou trois fois par semaine l'œil blessé, afin de guetter le plus léger changement appréciable au sein de l'opacité. De petites saillies opaques, mamelonnées, irrégulières, qui pointaient à travers la plaie capsulaire, sont vues, à chaque examen de l'œil, s'affaissant, s'effaçant, faisant place à autant de petits enfoncements ; une autre fois, un débris de la lentille se voit sur la pupille près de tomber dans la chambre antérieure. Ainsi s'annonce la résorption du cristallin que vous favorisez encore, si vous le voulez, par l'emploi des fondants, et surtout n'omettez pas l'usage longtemps continué de la belladone.

Pour ce qui est des cataractes fausses membraneuses, le médecin est souvent témoin de l'inflammation irienne aiguë ou chronique qui lui donne naissance. Les indications thérapeutiques sont alors aussi précises que variées : c'est le traitement de l'iritis. Que le diaphragme irien adhère ou non à la capsule, s'il y a déposé des fausses membranes, chacun sait qu'on peut, la plupart du temps, compter sur leur disparition, surtout en y aidant par un traitement médical approprié. C'est là qu'il faut chercher ces exemples de guérison de la cataracte sans opération, avidement accueillis par les malades, plus avidement exploités par des gens sans conscience indignes du nom de médecins.

Voilà les cas où l'usage de la belladone est d'un mer-

(1) Des faits l'ont démontré à un grand nombre de chirurgiens ; et dans quel cas pourtant, plus que dans celui-ci, devrait-on s'attendre à trouver la capsule opaque ?



veilleux secours. Quand les adhérences iriennes sont encore molles, la mydriase que vous provoquez isole l'exsudation centrale en rompant les liens souvent finement vasculaires qui l'attachaient à l'iris, et par lesquels elle était entretenue : c'est, comme on l'a dit, l'attaquer par famine, et vous la voyez en effet finir par disparaître entièrement, laissant cependant dans un bon nombre de cas sa bordure indiquée par un pointillé pigmentaire dont la vision n'est généralement pas gênée.

Mais le chirurgien peut être consulté, et ces cas sont fréquents, pour des fausses cataractes à la naissance desquelles il n'a point assisté. Plusieurs semaines ou davantage encore se sont écoulées depuis le commencement de l'inflammation, cause de la maladie. Ici, comme pour la cataracte traumatique, ce n'est que très tard que l'on doit songer à une opération. Suivre et combattre les restes d'iritis souvent latents qui continuent sourdement les désordres; dans tous les cas employer avec persévérance la belladone, les fondants en frictions, les altérants à l'intérieur, les révulsifs, et, par-dessus tout aussi, compter sur la force médicatrice, tel est le plan de la conduite à tenir.

Il faut en effet beaucoup de temps pour qu'un dépôt plastique sur la capsule arrive à cette *période d'état* qui le rende étranger et indifférent au mouvement nutritif des parties voisines; et ce n'est pas aller trop loin que de fixer plusieurs mois au moins d'efforts et d'attente infructueuse avant de permettre l'opération.

## § II. *Il faut opérer, quelle opération choisir?*

A. *Cataractes vraies.*—Il semble, à consulter les livres, les discussions académiques, les leçons même de nos maî-

A.R.

7



tres, que, s'il est difficile d'établir son choix entre l'extraction et l'emploi de l'aiguille comme méthode générale d'opérer les cataractes, ce choix devient plus aisé si la nature de l'opacité cristallinienne est bien spécifiée. Et l'impression générale qui reste dans l'esprit de beaucoup de médecins est celle-ci : si la cataracte est molle, employez l'aiguille; si elle est dure, vous devez pratiquer l'extraction. — Je ne dis pas que c'est là le principe qui guide la plupart de ceux dont la pratique fait autorité; mais je dis que, quel qu'en soit le motif, l'opinion que je viens de formuler est très répandue, et c'est parce qu'elle repose sur une base fautive et dangereuse que je veux m'y arrêter.

D'abord, il faut qu'on le sache, la comparaison des deux grandes méthodes d'opérer la cataracte est, quand on l'applique aux espèces, pleine de contradictions. — « Dans » aucun cas, dit-on partout, l'extraction n'est mieux indiquée que dans la cataracte dure (1); abaisser alors le » cristallin, c'est placer dans l'œil un corps étranger qui » ne disparaît jamais, presque toujours même conserve » tout son volume. »

Sur ce sujet pourtant, écoutez M. Desmarres, grand partisan de l'extraction.

« J'ai opéré par abaissement un grand nombre de vieillards atteints de cataracte lenticulaire dure, et j'ai toujours vu l'opération mieux réussir que lorsque j'avais » préféré l'extraction. Lorsqu'on choisit ce dernier procédé, il est vrai que la cataracte sort tout entière avec » facilité, mais chez quelques vieillards la plaie de la cor-

(1) L'extraction est la seule méthode convenable pour les cas de cataracte dure, dit M. Mackensie.



» née se réunit difficilement, et l'œil est ainsi très souvent  
» compromis. »

Aussi, pour ma part, si je m'en rapporte à ce que j'ai vu de la pratique de M. Velpeau et de M. Desmarres, je préférerais l'abaissement des cataractes dures chez les sujets vieux et usés.

Autre exemple. Quand l'aiguille a été choisie pour une cataracte molle, on ne peut songer, dit-on aussi généralement, à l'abaisser, et par abaissement j'entends toujours la réclinaison. — On ne peut abaisser une cataracte molle, il faut la diviser. Eh bien, dans un assez grand nombre de cas, cela n'est point vrai. — Si la cataracte conserve encore une certaine résistance, en un mot n'est pas diffluente, on peut l'abaisser, ainsi que le pratique M. Desmarres. Il faut pour cela que l'aiguille, se voyant bien à nu en avant de la capsule, déchire celle-ci à sa circonférence, et successivement dans tout son pourtour, excepté en bas et en dehors. — Si l'aiguille s'est égarée dans l'épaisseur de l'écorce cristalline ou a piqué la capsule en quelque autre point, l'opération est manquée.

Mais revenons à cette opinion trop commune : « L'extraction convient aux cataractes dures, comme l'aiguille aux cataractes molles. » — Nous venons de toucher un mot du premier point, et de montrer qu'en pratique cette question est au moins douteuse. — Mais ce qui importe bien davantage a trait aux cataractes molles. Non, la mollesse d'une cataracte n'indique pas nécessairement l'aiguille, et si l'on ne distingue pas les cas, le broiement est souvent dangereux.

Pretons un exemple frappant, et qui n'est pas très rare :  
Le chirurgien constate une cataracte corticale dans laquelle



la lentille est prise seulement en arrière ; sur la concavité de la cristalloïde postérieure se dessinent des stries, des rayons incomplets qui interceptent entièrement le passage de la lumière. Le malade est tout à fait aveugle, bien que la plus grande partie de la lentille, l'hémisphère antérieur, le noyau, la circonférence, jouissent encore d'une entière transparence. — En un cas pareil, que tous les praticiens ont eu l'occasion d'observer, le malade n'y voit plus, il faut l'opérer. — Eh bien, broyez ou réclinez la cataracte, voici à quoi vous vous exposez : toute cette portion du cristallin demeurée saine, c'est-à-dire sa majeure partie, va tout d'un coup se gonfler et comprimer l'œil. Ce que les progrès naturels de la cataracte, du ramollissement morbide, auraient effectué dans l'espace de plusieurs mois, de plusieurs années même, va se faire ici traumatiquement, artificiellement, en quelques heures (1). Qu'on ne s'étonne donc pas si l'opération à l'aiguille, pratiquée dans de telles circonstances, est suivie d'une inflammation par trop-plein du globe oculaire. — Trop heureux s'il ne s'ensuit qu'un insuccès, sans tous les inconvénients et les dangers d'une véritable ophthalmité.

C'est à ce point de vue que les idées des anciens sur la *maturité* de la cataracte ont une véritable portée. Car supposez que votre malade et vous-même ayez patienté, et qu'au bout d'un temps variable la cataracte étant *mûre*,

(1) Je reconnais que la masse cristalline ne va pas se gonfler en son entier, et j'ai même entendu M. le professeur Nélaton se plaindre que, justement dans de pareils cas, le noyau n'était point attaqué, ne se ramollissait pas. Mais, pour ce qui nous occupe ici, peu importe la profondeur du travail subit et traumatique qui envahit le cristallin, s'il est suffisant pour provoquer des accidents.



c'est-à-dire complète, vous ayez fait la même opération que tout à l'heure, vous mettrez alors en faveur du succès toutes les chances que, dans le premier cas, vous aviez non seulement pour échouer, mais pour nuire.

L'importance de la maturité d'une cataracte se retrouve encore dans l'application de l'ingénieuse découverte de M. le professeur Laugier. L'expérience n'a sans doute point encore assez parlé pour que le jugement soit définitif sur l'avenir de la méthode par *aspiration*. Mais on ne peut s'empêcher de dire qu'elle s'offre tout naturellement comme le mode opératoire par excellence des cataractes molles complètes. Ne paraît-elle pas, en effet, promettre tous les avantages de la lithotritie substituée à la taille, moins la nécessité de broyer? J'ajouterai que la certitude qu'on peut, et que, suivant nous, on doit avoir de trouver toujours la capsule transparente, est faite pour donner une nouvelle extension à la méthode du professeur de la Pitié (1). Mais, ainsi que je l'ai entendu dire à M. Laugier lui-même, l'exécution des instruments qu'il a imaginés laisse à désirer. Il faut s'attacher à donner à l'aiguille le plus de volume qu'elle puisse avoir sans inconvénients, comme était le premier instrument qu'il employa, et aussi ne pas craindre de donner plus de force à l'appareil aspirateur.

Ce qui précède montre peut-être sous son vrai jour un des plus sérieux avantages de la simple lacération de la capsule, de la méthode par discision : par la sclérotique

(1) C'est la seule méthode d'opérer la cataracte qui permette de respecter la capsule antérieure. Voyez l'observation de la première malade opérée par M. Laugier.



ou la cornée on fait avec l'aiguille une plaie à la capsule ; le cristallin demeure en place mais subit graduellement l'action de l'humeur aqueuse ; celle-ci n'agit pour ainsi dire que couche par couche, la résorption de la couche superficielle marchant de pair avec le ramollissement de la couche sous-jacente. Et ce traumatisme lent et comme chronique est peut-être pour beaucoup dans l'innocuité de cette opération. Aussi, proposée à plusieurs reprises au siècle dernier, elle mérite de n'être jamais perdue de vue. De nos jours, M. Desmarres y a recours fréquemment ; et, dans ce moment même, plusieurs opérations faites consécutivement par M. le professeur Nélaton (1), fixent de nouveau l'attention des praticiens qui tiennent à guérir, en écartant, autant qu'il peut dépendre d'eux, toute chance possible d'accidents.

Donc, pour rester dans le vrai, dans la majorité des cas, la réponse n'est pas possible à cette question : « Quelle indication thérapeutique, c'est-à-dire, quelle méthode et quel mode opératoire impose chaque espèce de cataracte ? » Aucune raison décisive, par exemple, n'est capable de fixer votre choix, s'il s'agit d'un homme avancé sans doute en âge, mais bien portant, dans les meilleures conditions locales ou générales pour être opéré. Cet homme porte une cataracte dure, ou bien une cataracte mixte, de celles qu'on appelle *demi-dures* ; l'aiguille et la kératotomie peuvent être adoptées indifféremment. Une cataracte corticale, dont vous aurez suivi les progrès, et qui a successivement gagné toute la lentille, dont la con-

(1) En pénétrant par la cornée. Un élève de M. Nélaton, M. Dolbeaux, s'occupe de réunir tous ces faits.



sistance est demi-molle, pourra sans inconvénient être soumise à la division, à la réclinaison, à l'extraction.

Voilà les cas qui s'offrent journellement dans la pratique, et, je le répète, votre choix, car vous choisissez, et vous finissez peut être par devenir très exclusif, votre choix ne sera point établi, et il ne peut l'être, sur la nature spécifique de la cataracte.

Ce sont des considérations étrangères à mon sujet qui règlent les préférences des chirurgiens. Des motifs puissants, à mon sens, mettent en première ligne, comme méthode générale, la kératotomie, et surtout la supérieure.

Mais elle a encore de temps en temps, même dans les mains les plus habiles, de ces revers que rien ne peut faire prévoir ni expliquer. Et si la simple lacération de la capsule tient tout ce qu'elle semble promettre, elle est peut-être exposée à délivrer les malades et les chirurgiens de ces rares mais cruels inconvénients.

*B. Cataractes fausses et secondaires.* — La cataracte secondaire est assez souvent lenticulaire : il faut alors faire un nouvel abaissement, ou par une plaie cornéenne étroite extraire au moyen de la curette.

Les cataractes fausses, soit secondaires, soit traumatiques, soit enfin produites par une inflammation non provoquée, comportent deux genres d'opérations dans des cas qu'il faut savoir distinguer.

L'aiguille, pour déchirer et rompre les adhérences iriennes, et détacher les tractus pseudo-membraneux qui en naissent, est le moyen qui se présente naturellement et auquel vous devez avoir fréquemment recours, si les adhérences et les exsudations, n'étant pas trop anciennes,



sont encore minces et souples. La manœuvre est alors facile pour isoler la fausse membrane, et la faire disparaître, en l'abaissant, du centre irien. Mais souvent, dès qu'on cesse de presser, elle remonte, elle reprend sa place, et les tentatives les plus variées ne peuvent empêcher le même fait de se reproduire. Cela est très commun, presque la règle, et c'est ce qui donne un véritable prix à l'instrument ingénieux, la *serretèle*, qui permet de saisir et d'extraire par la plaie scléroticale un peu agrandie les produits de fausse cataracte que l'aiguille ne peut maintenir abaissée.

Si les adhérences de la pupille et de la capsule sont très anciennes, très multipliées, les fausses membranes dures et denses, l'aiguille serait inutile et dangereuse. Mais il vous reste une précieuse ressource thérapeutique, c'est la création d'une pupille artificielle, car, en dehors du champ pupillaire ancien, vous trouverez la capsule saine, et l'excision de l'iris, pratiquée convenablement, est une des plus innocentes opérations de toute la chirurgie oculaire.

FIN.