

Recherches médico-chirurgicales sur l'opération de la cataracte, des moyens de la rendre plus sûre, et sur l'inutilité des traitements médicaux pour la guérir sans opération / par Ch. J.F. Carron du Villards.

Contributors

Carron Du Villards, C.-J.-F. 1801-1860.

Publication/Creation

Bruxelles : Société encyclographique des sciences médicales, 1837.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/zgsqpbr5>

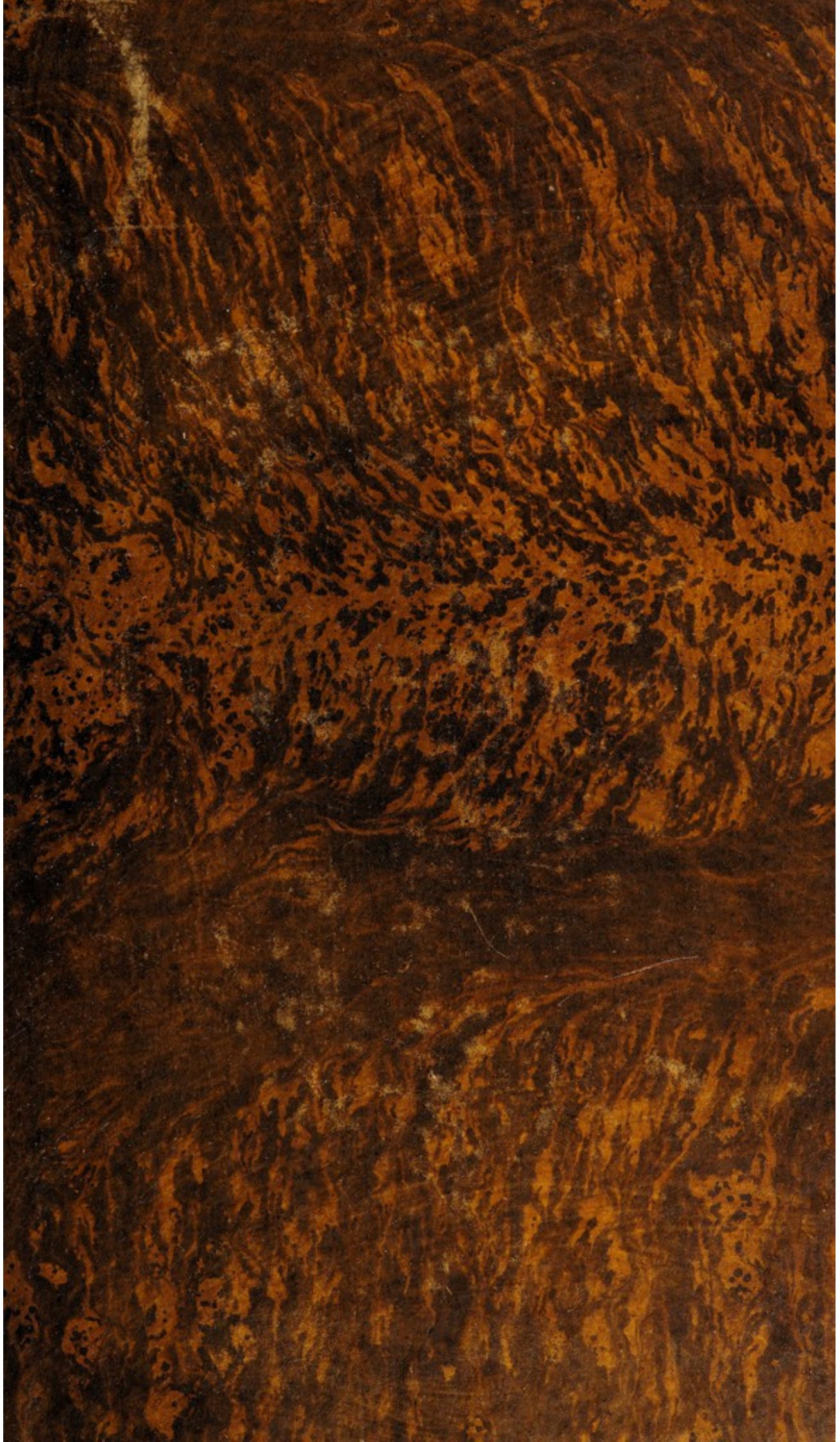
License and attribution

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.

**wellcome
collection**

Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>



16885/B



RECHERCHES

SUR

LA CATARACTE.

LA CATAVACTE

RECHERCHES MÉDICO-CHIRURGICALES

SUR L'OPÉRATION

DE

LA CATARACTE,

DES MOYENS DE LA RENDRE PLUS SURE,

ET SUR L'INUTILITÉ

DES TRAITEMENTS MÉDICAUX POUR LA GUÉRIR SANS OPÉRATION.

PAR

CH. J. F. CARRON DU VILLARDS,

DOCTEUR EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE,

Élève de l'École spéciale ophthalmologique de Pavie; Chirurgien de l'Institut ophthalmique de Paris, Dispensaire gratuit pour le traitement des maladies des yeux; ex-chirurgien de la maison de S. M. le roi Charles-Félix; Membre de l'Académie royale des Sciences de Turin; Membre résidant de la Société médicale d'Emulation, de la Société de Médecine pratique de Paris; Membre correspondant des Sociétés médicales de Lyon, de la Moselle, de Toulouse, de Bologne, des Sociétés royales de Savoie et de l'Ain; Oculiste de la Société helvétique de bienfaisance ainsi que de divers autres établissements de charité.

Vidi multum, feci satis, experientia duce.

SEULE ÉDITION

AUGMENTÉE DE 57 OBSERVATIONS RECUEILLIES DANS LE SERVICE DU DOCTEUR ROUX, ET DE QUELQUES RÉFLEXIONS DU DOCTEUR FURNARI SUR LES RÉSULTATS OBTENUS DANS CES OBSERVATIONS.



BRUXELLES,

SOCIÉTÉ ENCYCLOGRAPHIQUE DES SCIENCES MÉDICALES,

RUE DE FLANDRE, N° 155.

—
1857.

RECHERCHES MÉDICO-CHIRURGICALES

DE M. LÉON LEZÉ

LA CATARACTE.

DES MOYENS DE LA RÉVÉRIR PLUS TÔT

ET SON ÉVÉNEMENT

DES TRAITEMENTS MÉDICAUX POUR LA GUÉRISON DES OPÉRÉS

PAR

LE D^R L. LÉZÉ, DE VILLARDU

DOCTEUR EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE,

Des de l'école de médecine de Paris. L'auteur de l'ouvrage a été plusieurs fois professeur de médecine à l'école de médecine de Paris, et a été nommé chevalier de la Légion d'honneur le 23 mars 1870. Il a été plusieurs fois nommé membre du conseil de l'école de médecine de Paris, et a été nommé directeur de l'école de médecine de Paris le 15 mars 1875. Il a été nommé président de l'association française pour l'étude du cancer le 15 mars 1875. Il a été nommé président de l'association française pour l'étude du cancer le 15 mars 1875.

Paris, chez J. B. Baillière, 1875.

REVUE MÉDICALE

Le D^r L. Lézé a écrit cet ouvrage pendant son séjour à l'école de médecine de Paris, et a été plusieurs fois nommé membre du conseil de l'école de médecine de Paris, et a été nommé directeur de l'école de médecine de Paris le 15 mars 1875. Il a été nommé président de l'association française pour l'étude du cancer le 15 mars 1875.



PARIS, 1875.
REVUE MÉDICALE DES SOCIÉTÉS MÉDICALES
N^O 18, 1875.

LE PIERRE

Aux Médecins et Chirurgiens Belges.

Hommage du docteur Le Boujean.

LETTER



Digitized by the Internet Archive
in 2017 with funding from
Wellcome Library

LETTRE

A M. le docteur VLEMINCKX, servant de préface à l'édition belge des Recherches médico-chirurgicales sur l'opération de la cataracte ; par le docteur CARRON DU VILLARDS.

MONSIEUR ET TRÈS-HONORÉ CONFRÈRE,

Vous avez dit vrai, « c'est une grande et belle étude que »
» celle de l'ophtalmologie. Si tous les hommes de l'art étaient »
» bien convaincus des avantages qu'ils pourraient en recueil- »
» lir, nul doute qu'ils ne s'y adonnassent avec plus d'ardeur, »
» et qu'ils ne cherchassent à approfondir jusque dans ses »
» moindres détails, une science dont l'humanité a déjà retiré »
» d'immenses bienfaits. »

Malheureusement, vous déplorez qu'elle soit encore chez vous au berceau, et vous profitez de cette circonstance pour jeter à la France le même blâme et lui reprocher son ancienne splendeur en déprimant outre mesure son actualité.

Homme de science et de progrès, vous n'avez point pensé sans doute que vos accusations auraient de l'écho, et, entraîné par vos incessantes occupations, vous avez cru vous adresser à la France de 1815, tandis que vous écriviez en 1835.

Il faut souvent savoir autant de gré aux efforts qui sont faits pour parvenir à un but, qu'aux motifs qui les ont dirigés; et si la France est encore en arrière de l'Allemagne et de l'Angleterre pour l'enseignement de l'ophtalmologie, elle a

cependant bien des travaux modernes, des noms à jeter dans la balance, à côté de ceux de Demours et de Delarue que vous considérez comme les seules personnes qui s'occupent d'ophtalmologie. Permettez-moi donc de relever quelques-unes de vos assertions, et j'espère que vous me saurez gré vous-même de voir que les motifs de cette lettre me sont dictés par la haute portée que peuvent donner à vos opinions votre position scientifique et votre position dans la hiérarchie militaire belge.

J'ai aussi été mu par un sentiment de reconnaissance pour l'instruction ophtalmologique que j'avais puisée en France auprès d'un certain nombre de praticiens qui se croyaient en droit de mériter mieux que l'oubli dans lequel vous les avez placés.

Votre lettre, Monsieur, sert d'introduction à une traduction de l'ouvrage du docteur Eble sur la structure et les maladies de la conjonctive, ouvrage tout de circonstance, puisque depuis près de 20 ans que l'armée belge est décimée par l'ophtalmie épidémique qu'il vous a plu de nommer militaire belge, les médecins de votre pays n'ont pu jamais être d'accord non-seulement sur la nature de cette maladie, mais encore sur le traitement à lui opposer.

Cependant que d'écrits plus ou moins spéciaux, plus ou moins remplis de personnalités, ont été faits sur cette matière; tandis que toutes les considérations personnelles devaient cesser devant le désir de faire disparaître un fléau si funeste à vos troupes. Ce but fut parfaitement rempli à Naples et en Sicile par MM. les docteurs Portal et Quadri, qui parvinrent à le détruire radicalement.

Je n'ai point l'intention de discuter ici l'origine de l'ophtalmie belge pour savoir si elle est ou n'est pas d'origine égyptienne, si elle est contagieuse ou non, si enfin elle se développe spontanément: j'use seulement de ces préliminaires pour vous rappeler qu'en 1817, M. le docteur Chamsru a publié un travail fort remarquable sur l'ophtalmie d'Égypte et qui malheureusement n'est pas assez consulté. Un peu plus tard, M. Guillé

publia un travail d'un intérêt non moins grand dans la Bibliothèque ophthalmologique de Paris, sur une ophthalmie de même nature qui s'était développée à bord du bâtiment négrier le Rodeur. Peu de temps après, M. Montain de Lyon fit paraître des recherches précieuses sur la cataracte, sur la pupille artificielle et sur de nouveaux procédés pour opérer la cataracte. A la même époque le docteur Lusterbourg payait un tribut de reconnaissance à la mémoire de Marc-Antoine Petit de Lyon, en faisant paraître un volume des observations cliniques du célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu de la même ville, dont la plus grande partie est consacrée à l'étude et au traitement des maladies des yeux.

M. Guillé, chargé de la direction de l'institution des jeunes aveugles de Paris, fit connaître les meilleurs moyens d'améliorer la position physique et morale de ces infortunés, en leur donnant une éducation convenable. Ce livre eut un grand retentissement, et se trouve dans les mains de tous ceux qui s'occupent d'améliorer le sort des malheureux aveugles. Un hommage public vient encore de lui être rendu par l'auteur d'un ouvrage couronné deux fois et par l'institut de France (grand prix Monthyon) et par la Société de la morale chrétienne dans le concours spécial qu'elle avait ouvert. On doit aussi à M. Guillé des recherches pleines d'intérêt sur la goutte sereine, la cataracte noire et l'ophthalmologie des anciens. Lusardi, Tartra, Roux, Jules Cloquet, Faure, ont publié d'excellentes monographies sur divers procédés d'opérer la cataracte. Maunoir, Faure déjà cité, Gendron, Labath ont doté la science de nouveaux procédés pour pratiquer la pupille artificielle, et Lusardi a fait connaître d'heureuses modifications à l'instrument inventé par Baratta pour la même opération.

Ribes, Riobé, se sont livrés à des recherches très-minutieuses sur l'anatomie de l'œil qui tiennent une place honorable dans les mémoires de la Société médicale d'émulation. L'éveillé après avoir fait connaître en France, les ouvrages de Scarpa,

sur les maladies des yeux, s'est livré à des considérations, toujours consultées avec fruit, sur l'absorption du cristallin et les maladies des paupières. Jadelot a inséré dans l'Annuaire des hôpitaux de Paris, un mémoire des plus remarquables sur l'ophthalmie purulente des enfants. Dupuytren, Montain, Gensoul, Harving, ont cherché à rendre plus sûr et plus simple le traitement des maladies des voies lacrymales, et M. Vésigné n'a pas peu contribué à rendre ce traitement facile par ses recherches anatomico-chirurgicales sur la position, la structure et le diamètre des voies lacrymales.

En découvrant la méthode ectrotique, M. Serres a mis tout homme de l'art à même d'arrêter les progrès et les effets de l'ophthalmie varioleuse qui, pendant longtemps, a été la cause du plus grand nombre des cécités.

Voilà déjà, Monsieur, bien des choses; si elles étaient réunies en doctrine, elles formeraient de gros volumes. La plupart se rattachent à la pratique et à l'anatomie, elles sont toutes dépouillées d'une foule d'hypothèses et de divisions oiseuses dont fourmillent la plupart des ouvrages anglais ou allemands.

Maintenant, Monsieur, permettez-moi de vous parler de quelques contemporains dont la place se trouve nécessairement ici. Je commencerai par M. Sanson qui a traité dans ses *Éléments de pathologie médico-chirurgicale* la partie ophthalmologique avec la clarté et la concision qu'on lui connaît. Dupuytren, dans son *Traité de médecine opératoire*, n'a rien laissé à désirer pour les procédés à suivre dans les opérations que réclament les affections de l'œil. Velpeau, dans son *Traité des opérations*, dans des publications spéciales, dans le *Dictionnaire de médecine* en 21 volumes, dans son *Enseignement clinique sur les maladies des yeux*, en 1831, réclame aussi sa part à la construction de l'édifice ophthalmologique de France. M. Sanson, dans son *Enseignement particulier*, puis dans la partie ophthalmologique du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, a jeté les fondements des travaux postérieurs qu'une simple

réimpression porterait déjà à plusieurs volumes ; les écrits de ce dernier chirurgien sont éminemment pratiques, ils se distinguent par une appréciation juste et consciencieuse des opinions des autres, et peut-être l'auteur a-t-il le défaut d'être trop modeste en ce qui concerne les siennes.

Ceci nous conduit tout droit à parler de l'auteur des Recherches sur les causes qui font échouer l'opération de la cataracte, et qui parurent en 1834. Je ne me permettrai point d'analyser ce livre; trop de circonstances rendraient mon appréciation difficile, je me bornerai à rappeler ici l'opinion d'un des plus célèbres ophthalmologistes de l'Allemagne, le professeur Ammon de Dresde qui s'exprime en ces termes :

« Ce livre qui est le fruit d'un grand travail et de recherches assidues dans les ouvrages d'ophthalmologie en général, et plus particulièrement dans ceux qui traitent de la cataracte, contient les résultats d'observations nombreuses recueillies dans différentes cliniques ophthalmologiques, et dans sa clientèle privée, sur les chances et les circonstances qui accompagnent les différentes méthodes d'opérer la cataracte, et qui peuvent la faire échouer complètement ou incomplètement.

» Ce travail donne un brillant témoignage du zèle avec lequel le docteur Carron du Villards exerce l'ophthalmologie. La question que l'auteur aborde ici est de la plus haute importance, et digne sous tous les rapports de faire le sujet d'une monographie. Cet ouvrage est d'autant plus précieux pour la littérature française qu'elle ne possède de nos jours aucun traité spécial sur la cataracte.

» Il est pour nous d'une utilité moindre, parce que dans presque tous les ouvrages d'ophthalmologie composés en allemand, on a traité ce sujet d'une manière assez satisfaisante. Ce livre ne sera cependant pas lu avec moins d'intérêt en Allemagne, et l'auteur de cette analyse n'hésite pas à avouer, qu'il y a appris beaucoup de choses, dont un bon nombre

» étaient toutes nouvelles, entre autres, par exemple, la forma-
» tion d'un staphylôme de la sclérotique après la scléroticonyxis
» (p. 111). L'analyse des résultats obtenus par les diverses mé-
» thodes d'opérer la cataracte, a dû coûter beaucoup de travail
» à l'auteur, d'autant plus qu'il y a procédé par la méthode nu-
» mérique : aussi cette partie du livre est-elle de la plus haute
» importance ; d'un autre côté il donne la description des mé-
» thodes de Gensoul, Giorgi, Quadri , etc. , qui sont en partie
» nouvelles pour l'Allemagne. Le chapitre qui est consacré à
» la cataracte congéniale est également intéressant, seulement,
» il eût été à désirer que l'auteur eût donné plus de détails
» sur la cataracte congéniale d'après ses propres connaissances
» anatomiques.

» Il aurait aussi bien fait de s'étendre plus longuement sur
» l'anatomie pathologique des yeux après les opérations de la
» cataracte ; il est vrai qu'il a profité ici des travaux si méri-
» tants de Sœmmering et de Cloquet, mais ensuite il n'a plus
» rien ajouté à ces faits, ce qu'il aurait pu faire cependant, par
» des essais sur les animaux. L'ophtalmologie française a
» beaucoup à espérer du zèle du docteur Carron du Villards ,
» et nous le sommons dans l'intérêt de la science de continuer
» à marcher dans la voie honorable et brillante qu'il s'est
» tracée, il y recueillera plus d'une palme (1). »

En parcourant la Revue médicale française, le Journal de santé, le Bulletin de thérapeutique, le Journal de médecine et de chirurgie pratiques, la Gazette des hôpitaux, le Bulletin médical de Bordeaux, la Revue britannique, enfin le Journal des connaissances médicales, on se convaincra que ces divers recueils sont unanimes sur la valeur scientifique et sur les recherches pratiques que renferme l'ouvrage du docteur Carron du Villards.

Là du reste, ne se bornent point les titres ophtalmologiques de l'auteur : deux éditions du Guide pratique pour l'exploration

(1) *Ammon, Journal d'Ophthalmologie, tom. V, p. 103.*

symptomatologique de l'œil et de ses annexes ; un grand nombre d'articles publiés dans les journaux français et étrangers, que vous connaissez sans doute, puisqu'ils ont été presque tous textuellement reproduits dans les journaux belges. Les succès d'une 2^e édition sont venus confirmer ceux de la première ; elle a subi une notable augmentation suivie de considérations sur l'inutilité des moyens thérapeutiques pour guérir la cataracte sans opération. On y a joint la traduction d'une lettre du professeur Scarpa au docteur Rusconi, dans laquelle le professeur de Pavie apprécie la valeur scientifique de son ancien élève en des termes d'autant plus flatteurs pour celui-ci, qu'ils étaient adressés à un tiers auquel nous devons la communication de cette pièce.

Une des questions les plus importantes de l'ophtalmologie, l'histoire des inflammations simple et spécifique de l'iris, avait été mise au concours par la Société de médecine pratique de Paris. Le premier prix a été remporté par MM. Carron du Villards et Ammon, dont les mémoires réunis sont aujourd'hui le sujet d'une publication d'autant plus intéressante qu'elle sera accompagnée de vingt planches qui ne laisseront rien à désirer sous le rapport de l'exécution. Enfin, dans ses cours particuliers, et dans ses consultations publiques, M. Carron a payé sa part à l'enseignement que vous dites ne pas exister en France.

Reste enfin, M. Sichel qui a importé en France les doctrines et les opinions des ophtalmo-pathologistes allemands, ses maîtres. M. Sichel a de son côté publié un certain nombre de mémoires qui tous tendent à la propagation des doctrines d'outre-Rhin. Il vient de rappeler la plupart de ses publications, dans un ouvrage tout récemment publié, et dont nous ne voulons point être le premier à juger le mérite. Du reste, M. Sichel possédant plusieurs langues, peut facilement se tenir au courant de ce qui se fait en Europe, et s'il pouvait joindre à sa grande instruction et son talent pour le diagnostic, une habileté

manuelle proportionnée, nul doute qu'il ne dût être placé au premier rang. Son enseignement est éminemment pratique, et à son école, l'on est sûr d'acquérir des connaissances ophthalmologiques convenables.

Voilà, Monsieur, et très-honoré confrère, ma tâche bientôt finie; j'aime à croire que vous apprécierez les motifs qui me l'ont fait entreprendre; je m'estimerai fort heureux qu'ils pussent réformer votre opinion sur l'état ophthalmologique en France, et je saisis avec empressement cette occasion pour vous assurer des sentiments de haute et respectueuse considération avec lesquels j'ai l'honneur d'être

Votre très-humble et très-dévoué confrère,

L. BOUJEAN,

Docteur en médecine.

Paris, ce 16 août 1837.

TRADUCTION

D'UNE LETTRE DU PROFESSEUR SCARPA AU DOCTEUR RUSCONI.

MON CHER AMI,

Je me réjouis avec vous de l'honneur qui résulte pour vous d'avoir obtenu une médaille (1) ; ce qui me fait croire que le rapporteur de la commission ne vous était pas aussi opposé que vous le croyiez. Cela me confirme dans l'opinion que je vous ai plusieurs fois exprimée, c'est qu'un homme doit travailler pour l'amour de la science; quant à la récompense, par une voie ou par l'autre elle arrive toujours au moment où l'on y pense le moins.

Je suis bien sensible aux sentiments d'affection que notre Carron conserve toujours pour moi, et je me réjouis des succès qu'il obtient dans l'exercice de notre art, et pour la réputation qu'il s'est acquise spécialement dans l'ophthalmologie: je n'avais jamais considéré ce résultat comme douteux, eu égard à ses talents et à son incessante application à l'étude. Faites-lui mes compliments et remerciez-le de l'honneur qu'il me fait en me dédiant son livre, ce que j'accepte avec une véritable satisfaction.

Quant à mon malheureux envoi à Weber vous m'avez fait un plaisir sensible de le prévenir de cet incident; sa réponse lèvera toute incertitude. L'inspecteur des postes de Pavie

(1) Prix de physiologie de l'Institut de France, 1830.

pense que le petit livre est resté à Prague ; il est donc superflu d'insister à cet égard.

Adieu, portez-vous bien et aimez moi.

Votre ami ,

SCARPA.

AVANT-PROPOS

DE L'ÉDITION FRANÇAISE.

Quinze mois se sont à peine écoulés, et une nouvelle édition de mes Recherches sur la Cataracte devient indispensable. Les succès que m'avaient promis des amis trop indulgents, peut-être, ont dépassé mes espérances, et je dois sans doute des remerciements bien sincères à tous mes savants confrères, interprètes de la presse médicale : je puis dire tous, car un seul écrivain anonyme, ne pouvant attaquer la vérité des faits que j'avais avancés, n'a trouvé rien de mieux que de parler de ma jeunesse et de mon inexpérience, comme si seize ans de pratique, employés avec fruit et conscience, ne pouvaient pas me donner le droit d'examiner les opinions de mes maîtres ou de mes devanciers. Il y a seize ans, je faisais déjà des opérations de cataracte, tandis que mon aristarque anonyme n'était, comme aujourd'hui, qu'un laborieux dégraisseur de muscles.

Le titre et l'épigraphe de ce livre annoncent assez dans quel but il a été écrit. Basé sur des faits, il n'attaque ou ne rétorque que par des faits ; car il ne faut point se le dissimuler, à l'époque où nous vivons, *les faits seuls, bien observés, sont la seule puissance en crédit*. Cette pensée de M. Guizot, résume l'état et la marche des sciences médico-chirurgicales, et
b. ja

aucune époque de l'ère médicale ne fut moins théorique que la nôtre.

Au moment où l'on s'occupe en France d'imprimer à l'ophtalmologie une marche analogue à celle qui dirige les écoles d'Allemagne et d'Angleterre, l'on me saura gré d'avoir été un des premiers à en appeler de cette espèce de défaveur dont était entourée en France cette branche intéressante de l'art de guérir.

Déjà nos confrères, et les Allemands eux-mêmes (1) reconnaissent l'impulsion que nous avons donnée à l'étude de l'ophtalmologie, soit dans les mémoires que nous avons publiés dans les journaux, soit dans notre enseignement particulier. La fondation de l'institut ophtalmique, l'érection de lits destinés à recevoir les opérés, en me permettant de faire la clinique au lit du malade, et de pratiquer des opérations sous les yeux des élèves, rendra notre tâche plus facile et plus complète.

La patrie de Maître-Jean, de Guilleméau, Brisseaut, Lasnier, Col de Villars, de Pellier, de Gendron, Saint-Yves, des deux Guérin, Janin de Combe-Blanche, des deux Demours, des trois Wenzel, Jean-Louis et Marc-Antoine Petit, etc., a des droits trop incontestables aux progrès de l'ophtalmologie moderne, pour ne pas les revendiquer. Et, si l'on consulte les mémoires de cette Académie de chirurgie, qui jeta un si vif éclat sur le siècle dernier, on y trouvera des matériaux qui ont exercé une influence extrême sur les travaux ophtalmologiques de tous les pays. On y remarque surtout les travaux éminemment pratiques de Laforest, de Daviel, de Méry, Bordenave, Jean-Louis Petit, Morand et tant d'autres, auxquels nos voisins d'outre-mer et d'outre-Rhin, ont fait plus d'un emprunt.

(1) Beger, in Ammon Journ. Ueber die Wiedergeburt der Augenheilkunde in Frankreich, pag. 413. Band. IV.

Élève des professeurs Scarpa et Maunoir, dont l'un ne pratiquait que l'abaissement, tandis que l'autre était partisan déclaré et heureux de l'extraction, j'ai été à même d'étudier les deux méthodes. J'ai pu opposer les succès de l'abaissement pratiqué par mon ami Panizza, aux revers de Volpi dans l'opération de l'extraction.

Reçu docteur à la fin de 1819, attaché pendant huit ans en qualité de médecin et de chirurgien à une maison centrale de détention, à deux collèges royaux, à la maison de S. M. le roi de Sardaigne, Charles-Félix (section de la direction générale des haras royaux), et à une manufacture occupant deux mille ouvriers, je puis aujourd'hui invoquer quinze à seize années de ma propre expérience, et je puis dire, sans crainte d'être démenti, *vidi multum, feci satis, experientia duce.*

En suivant dans les premières années de mes études, la pratique d'un oculiste habile, dont je tais le nom, pour ne pas renouveler dans sa famille les regrets occasionnés par sa fin tragique, j'ai pratiqué sous sa direction un grand nombre d'opérations de cataracte, suivant tous les procédés.

Que l'on me pardonne de parler ici de moi; ce n'est point pour satisfaire à un vain amour-propre, moins encore pour étaler des titres à la confiance de mes confrères, mais bien pour désabuser quelques personnes qui, en me voyant suivre la pratique de nos grands chirurgiens dans les hôpitaux, avaient pensé que j'étais au début de ma carrière chirurgicale.

L'ouvrage dont j'offre aujourd'hui la seconde édition à mes jeunes confrères n'existait dans la littérature médicale d'aucune langue. Dans celle de France, à peine trouve-t-on un mémoire de Demours père, sur les moyens d'assurer les succès de l'opération de la cataracte par extraction.

Dans la littérature anglaise, Ware et Loudon ont publié chacun un mémoire sur les causes qui rendent l'opération de

la cataracte plus heureuse. Ce dernier a spécialement consacré son travail aux avantages de la section de la cornée par la partie supérieure. W. Adams a publié un volumineux traité, plutôt destiné à faire l'apologie de ses méthodes qu'à servir de guide aux opérateurs.

Le travail qu'on va lire avait été composé sous forme de lettres adressées au professeur Scarpa, qui avait promis d'y répondre, en agréant la dédicace de l'ouvrage. La mort de mon illustre maître en a fait changer la forme. Le livre et la science y ont perdu tous deux : car le professeur de Pavie, out en conservant pour moi les sentiments d'affection paternelle dont il honora ma jeunesse, ne m'eût pas ménagé pour être devenu un audacieux schismatique, introduisant dans sa pratique, et pour des cas spéciaux, l'extraction de la cataracte, qu'il remplaçait dans tous les cas par le broiement ou l'abaissement. Tous ceux qui ont suivi avec attention la correspondance de Scarpa avec Vacca-Berlinghieri, et surtout celle avec Adams, et dont le professeur Maunoir fut le savant intermédiaire, regretteront avec moi les réponses vives, pressantes, à hautes pensées chirurgicales avec lesquelles le Nestor de la chirurgie européenne éclairait les discussions scientifiques auxquelles il prenait part.

On m'a su gré de la franchise et de l'indépendance avec lesquelles j'ai redressé quelques prétentions hasardées de nos notabilités chirurgicales. Dans une série de recherches, basées sur des faits, je ne pouvais répondre que par des faits. Aussi, je mets au défi qui que ce soit d'en trouver un de controuvé dans tout ce que j'ai opposé de négatif aux succès présumés de M. Roux. Maunoir jeune, de Genève, Guiramand, (du bourg de Saint-Andéol), Eccart de Mühlbach, sont là pour répondre avec moi. D'ailleurs, M. Roux qui doit une partie de sa fortune à une spécialité, a mauvaise grâce de déclamer contre les hommes qui professent des spécialités. Si tous ceux qui sont le but de ses attaques journalières, l'eus-

sent abordé corps à corps, pièce de conviction au poing, depuis longtemps il aurait reçu, de chaque spécialité, force boulets dans *ses œuvres-vives* et amené pavillon.

Qu'y a-t-il de commun entre M. Roux et moi? Qu'important mes attaques à sa fortune ou à sa réputation : toutes deux sont faites!!! Mais l'intérêt de ma profession m'obligeait à lui répondre, et j'ai pris acte du silence profond de ses élèves ou de ses amis. Ceux qui éprouveraient des doutes sur les faits que j'avance trouveront aux pièces justificatives des preuves irrévocables.

Car, n'en déplaise à M. Roux, je suis oculiste, et me glorifierai d'une qualification qu'ont illustrée, Barth, Beer, les Wenzel, les Demours, Janin de Combe-Blanche, Rosas, Jüngken, Quadri et Lerche; que n'ont point dédaignée Scarpa, MM. Græfe, de Walther, et qui est honorée de nos jours par Maunoir, Jøger, Alexandre Schiantarelli et autres, qui tous ont, comme on le sait bien, d'autres titres à l'estime publique que leurs travaux relatifs à l'ophthalmologie.

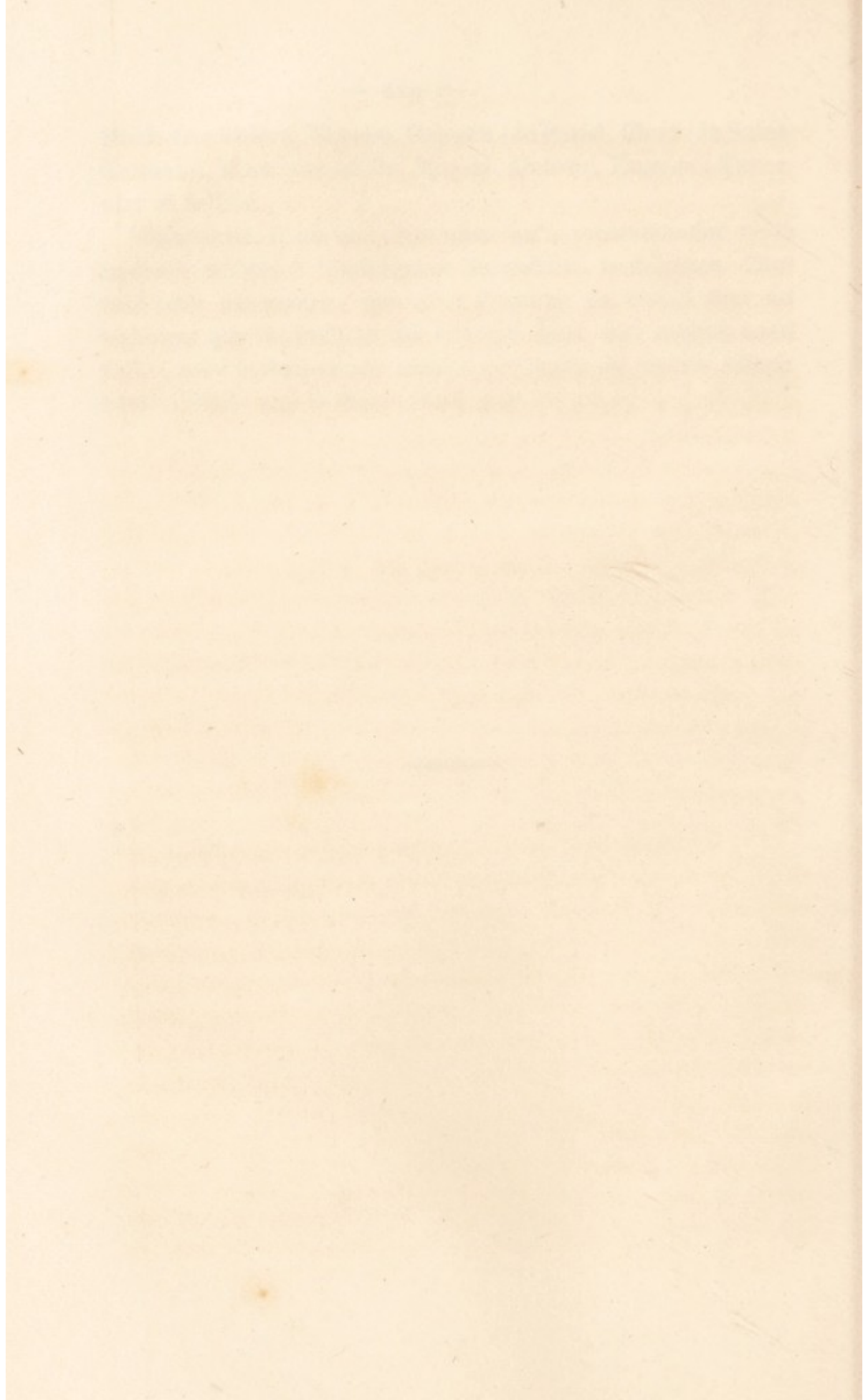
J'ai cru devoir parler longuement des prétentions de quelques personnes pour guérir la cataracte sans opération. Dans la première édition, et par respect pour les cheveux blancs de M. Gondret, j'avais omis de le nommer. Mais épouvanté par les accidents que je rencontre à chaque instant sur les individus soumis à sa méthode, je dois le signaler comme les autres charlatans qui spéculent sur la crédulité publique et sur l'ignorance de quelques médecins qu'ils indiquent comme témoins de leurs cures merveilleuses.

J'ai fait faire de nouvelles planches, dues au crayon habile de M. Beau, et gravées avec soin sous ses yeux.

Je ne terminerai point cet avant-propos sans adresser de nouveau des remerciements sincères à un grand nombre de médecins dont le patronage éclairé m'a aplani plus d'un obstacle dans l'exercice de ma spécialité, et parmi lesquels je dois placer en première ligne MM. Chavernac, Civiale,

**Bielt, Lacorbière, Nauche, Delpech (de Paris), Clerc (de Saint-Germain), Marc père et fils, Miquel, Deleau, Tanchou, Taver-
nier et Sellier.**

Maintenant il ne me reste plus qu'à recommander cette nouvelle édition à l'indulgence du public, indulgence d'autant plus nécessaire, que c'est toujours un écueil pour un étranger que de publier un ouvrage dans une langue aussi belle, aussi éminemment scientifique, mais en même temps aussi difficile que la langue française.



INUTILITÉ
DES
TRAITEMENTS MÉDICAUX
POUR GUÉRIR
LA CATARACTE.

La prétention de guérir la cataracte sans opération chirurgicale ne date pas d'aujourd'hui; et dans la plus haute antiquité l'on trouvait, comme de nos jours, des guérisseurs qui se flattaient de guérir la cataracte par des remèdes, et des dupes qui se hâtaient de proclamer des succès qui, probablement, n'étaient que de honteuses déceptions comme ceux proclamés par des crédules de notre époque: l'on verra plus tard si je suis en droit de tenir un pareil langage.

Quatre personnes aujourd'hui se disputent la possession du secret de guérir les cataractes commençantes, Curtis à Londres, Lattier de la Roche, Gondret à Paris, et Veuillel à Lyon.

Si on jugeait de la valeur de leurs médications par les

affiches *monstres* de M. Curtis, qui tapissent les murs de Londres, par les pamphlets de M. Gondret ou par l'inqualifiable livre de M. de la Roche, certainement leur méthode serait souveraine et on devrait leur voter des autels comme aux plus grands bienfaiteurs de l'humanité. Malheureusement, quand on remonte aux sources, on éprouve un profond dégoût en voyant que des hommes de notre profession se respectent assez peu pour monter sur les treteaux et y arborer l'étendard d'un charlatanisme fécond, sans doute, en résultats pécuniaires, mais digne du blâme sévère de tous ceux qui respectent encore la dignité de leur art.

Avant d'en venir aux détails qui m'autorisent à tenir un langage aussi sévère, interrogeons les opinions des grands chirurgiens qui nous ont devancé dans l'étude et la pratique de l'ophthalmologie.

En faisant des recherches sur l'origine des cachets des médecins oculistes, je n'ai pas tardé à reconnaître que les oculistes romains vendaient aussi des collyres contre la cataracte ;

MARCI TULLII OPOBALSAMUM AD SUFFUSIONEM

Alors, comme aujourd'hui, ceux qui possédaient des médicaments héroïques ou prétendus tels, des remèdes souverains, s'en réservaient la propriété en y apposant leur cachet (*sygillum*.)

En consultant les ouvrages de Saxius (1), de Walchius (2), de Tochon d'Annecy (3), de la Vincelle (4), on est convaincu que les prétentions des guérisseurs romains n'étaient guère

(1) Saxius. Chr. Saxii epistola ad virum amplissimum erudissimumque H. Van de Wyn, de veteris medici ocularii gemmâ sphragide, prope Trajectum ad Mozam nuper erutâ. Trajecti ad rhenum 1774, in 8°.

(2) Walchius *Antiquitates medicæ Jenæ* 1772.

(3) Tochon d'Annecy.

(4) De la Vincelle, *Antiquités de la Basse-Bretagne*, t. 1.

inférieures à celles de ceux de nos jours. Cependant Celse, qui était leur contemporain, aurait rappelé ces brillantes guérisons dans des termes moins dubitatifs que ceux qu'il emploie pour exprimer la possibilité de guérir la cataracte (1).

Lorsque l'on parcourt dans Ploucquet (2) l'immense et indigeste catalogue des remèdes préconisés pour guérir la cataracte, on ne se sent pas le courage d'expérimenter une foule de médicaments dont le temps a fait justice et qui prouvent que le merveilleux n'a pas moins d'influence sur les modernes que sur les anciens. Quant à ces derniers, dépourvus de connaissances précises sur la nature et le siège de la cataracte et de la structure de l'œil, on doit leur pardonner d'avoir poursuivi et caressé les diverses utopies qui leur faisaient espérer de guérir *l'eau trouble* ou les gouttes *humorales* qui produisaient la cécité; mais qu'après les travaux de Lasnier, Méry, de Brisseau et de tant d'autres, l'on veuille encore aujourd'hui guérir les cataractes, c'est un fait dont je nie la possibilité, mettant tous les guérisseurs au défi de me prouver le contraire.

En effet, si nous parcourons les ouvrages de Fabrice de Hilden (3), de Aquapendente (4), de Rivière (5), nous voyons que s'ils pensaient qu'il fût peut-être possible de guérir une cataracte, ils croyaient que cette espérance n'avait de fondement que lorsque la maladie était tout à fait commençante; pour peu qu'elle fût avancée, ils avaient la bonne foi d'avouer que l'opération seule pouvait rendre la vue au malheureux atteint d'une opacité du cristallin. Cette opinion était aussi celle de Maître Jean (6), dont tout

(1) Celsus, *de Oculorum natura*, p. 431 et 432, in-8°.

(2) *Litt. méd. digest.*, part., p.

(3) Fabricii Hildani, *Op. in fog.*, 1646.

(4) *Opera. chir. de hum. cristall.*, cap. viii, p. 192.

(5) Rivière, *Praxeos medicæ*, lib. 2, cap. iv. Lugduni, 1779.

(6) Maître-Jean, édit. in-4°, p. 241.

le monde reconnaît la bonne foi, et qui se demande comment un cristallin, frappé d'opacité, jusque dans ses lames les plus profondes, peut revenir à sa transparence première,

Janin de Combe-Blanche (1) professait la même opinion, qui était aussi partagée par Guerin de Lyon (2), Pellier de Quengsy et Troia de Naples (3).

J'ai bien entendu souvent un illustre maître, le professeur Scarpa, dire que pendant soixante ans d'une glorieuse carrière chirurgicale, il n'avait jamais vu un cristallin cataracté reprendre sa transparence naturelle. Et l'on veut qu'après de pareilles autorités nous admettions, sans réserve, des guérisons merveilleuses, et qui ne sont visibles que pour des ignorants ou des adeptes. Enfin, toutes les fois que j'ai eu un malade avec une cataracte commençante, j'ai cherché à le faire guérir; et plusieurs de mes clients ont été inutilement traités par MM. Lattier de la Roche ou Gondret, et je puis affirmer qu'aucun n'a éprouvé la plus légère amélioration. Je vais citer quelques faits, je mets au défi ces messieurs de prouver le contraire.

Premier fait. Madame P***, de Niort, femme éminemment nerveuse, fut traitée il y a huit ans, environ, pour une prétendue cataracte qui n'avait existé que dans l'imagination de M. Gondret, et contre laquelle il employa le traitement incendiaire et banal qu'il applique à la plupart des affections oculaires. Il en résulta des accidents cérébraux graves, sans amélioration de la vue, et la malade conserve encore aujourd'hui, en 1836, les mêmes accidents cérébraux nerveux oculaires, qu'on avait pris pour une cataracte.

Deuxième fait. M. le baron René Vassal (4), habitant à

(1) Janin de Combe-Blanche, p. 278, in-8°. Lyon.

(2) Guerin, *Maladies des yeux*, in-12. Lyon, 1769.

(3) Troja, *Lezioni intorno le malattie degli occhi*. Napoli, in-8°, 1770.

(4) Gondret, *Mémoire sur le traitement de la cataracte*, p. 38.

Odessa, a été opéré par moi, en 1834, de l'œil droit, œil plus avancé que l'autre dans le développement de la cataracte, ce qui est tout l'opposé de ce qu'avance M. Gondret dans son livre, où il affirme que la vision est beaucoup moins bonne. M. Vassal affirme devant un grand nombre de témoins, au nombre desquels se trouvent MM. Biet, Branzeau, de Barive, qu'il n'a éprouvé que d'atroces douleurs dans le traitement Gondret. L'opération était la seule ressource; elle fut pratiquée devant les personnes sus-nommées, et avec succès. J'y reviendrai.

Cependant à en croire M. Gondret, il a singulièrement amélioré la vision de M. Vassal!!!

Si vous parcourez le livre de M. Lattier, vous y trouverez la même bonne foi. Je vais en donner une preuve: à la page 164 du livre sus-nommé je lis: M. Hugon, de Nancy, âgé de soixante-trois ans, cataractes inégales compliquées d'amaurose: guérison.

J'ai vu et examiné avec soin M. Hugon, qui m'avait été adressé par mon excellent ami le docteur Chavernac; je constatai de légères cataractes capsulaires postérieures, mais si peu prononcées, qu'elles ne pouvaient gêner presque en rien la vision, et j'attribuai avec raison les troubles de celle-ci à un état amaurotique rendu de plus en plus évident par les phénomènes apoplectiques auxquels le malade avait été sujet. Le col est court, la face injectée, la langue épaisse et habituellement pesante. M. Lattier de la Roche avoue qu'il y avait quelques intermittences dans la vision de M. Hugon, et qu'il lui arrivait souvent de recouvrer la faculté de lire.

Comment s'étonner qu'après une médication anti-phlogistique très-énergique, la faculté de voir soit revenue momentanément.

En diminuant la congestion cérébrale on diminua les phénomènes amaurotiques dus à la compression de l'organe encéphalique, et la preuve de ce que j'avance se trouve

dans le retour de la maladie primitive avec un tel degré d'intensité, qu'un matin, en se réveillant, le malheureux M. Hugon se trouva complètement aveugle. Ces renseignements m'ont été fournis par la famille du malade.

Je rapprocherai de ce fait l'observation de M. Delaunay, demeurant à Paris, rue Joubert, n° 28 (1), lequel n'a jamais été atteint de cataracte, mais bien de symptômes amaurotiques qui ne s'étaient point dissipés à l'époque où il me fit l'honneur de me consulter, plusieurs mois après que parut l'annonce de sa guérison dans l'ouvrage de M. Lattier.

La plus piquante des mystifications dont fourmille l'ouvrage de M. de Laroche est sans contredit celle qui a rapport à M. le comte de Vaublanc, ministre de l'intérieur sous Louis XVIII.

J'ai constaté sur ce respectable vieillard une cataracte complète, au moment où il sortait de subir le traitement de M. Lattier.

Quelques mois plus tard, je le trouvai dans le même état. Et justement au moment où les journaux annonçaient pompeusement sa guérison, il me fit l'honneur de me faire écrire la lettre suivante.

Paris ce 16 janvier 1835.

J'ai reçu l'ouvrage qu'avait remis M. Carron du Villards à M. Delpech, qui me l'a transmis.

Je l'ai lu avec un double intérêt.

Il a augmenté les réflexions nombreuses que m'a inspirées ma triste épreuve de la difficulté de guérir la cataracte. Cet ouvrage a paru, à un ignorant tel que moi, remarquable surtout par les précautions qu'il prescrit avant, pendant et après l'opération.

(1) Lattier, ouvrage cité, p. 21.

Je prie M. Carron du Villards d'agréer mes remerciements et l'assurance de la considération la plus distinguée.

Signé VAUBLANC.

Je me bornerai à faire encore quelques citations qui feront apprécier la valeur des guérisons rapportées par M. de Laroche.

La veille de leur départ j'ai examiné avec soin M. Courrant et madame Moulin, de Nantes (1), et j'ai constaté que ces deux personnes sont retournées dans leur pays sans avoir éprouvé aucune amélioration du traitement que leur avait fait subir l'auteur du livre auquel nous empruntons ces faits.

M. Danileau, dont on a fait proclamer si haut la guérison, se trouve maintenant totalement aveugle et forcé par cette raison de se retirer dans un des hospices de Nantes, son pays, qu'il a institué son légataire universel.

D'un autre côté, madame Bernard (2), dont parle M. Lattier, n'a point été affectée de cataracte secondaire comme il l'avance, mais bien d'une cataracte molle, traitée par le broiement que j'avais pratiqué en présence de MM. les docteurs Chavernac, Pauly et autres. La maladie s'est dissipée par absorption ainsi que je l'avais fait espérer à la malade.

Madame Jourdain, dont on parle page 81, n'a éprouvé aucune amélioration du traitement; et si elle a recouvré la vue, c'est grâce à l'opération que je lui ai pratiquée aux deux yeux, ainsi qu'ont pu s'en convaincre les membres de l'Académie royale de médecine auxquels cette malade a été présentée dans la séance du 13 septembre 1836.

Il serait inutile de pousser plus loin les reproches d'inexactitude dans les résultats annoncés par M. Lattier, et que je le mets au défi d'infirmen en rien.

(1) Lattier, ouvrage cité, p. 37.

(2) Ouv. cité, p. 100.

Je me bornerai à annoncer qu'une enquête faite par MM. Sanson et Sichel leur a fourni les mêmes résultats.

Ce qu'il y a de plus singulier dans le livre de M. Lattier, c'est qu'il dit avoir guéri ou cherché à guérir des malades que M. Gondret porte comme complètement guéris dans les opuscules apologétiques de sa méthode. Je me bornerai à trois seuls faits.

Michel, banquier du roi d'Espagne (1).

Lacroix (2), ancien militaire. Vicomte de Cannillac, contre-amiral de la marine royale (3).

De ce qui précède, il résulte qu'un de ces deux messieurs a avancé des faits matériellement faux; je leur abandonne le soin de se renvoyer mutuellement le blâme que méritera une pareille conduite.

Quant à la méthode de M. Gondret, de laquelle d'ailleurs il ne fait pas mystère, elle a été essayée dans les hôpitaux, et, contre la cataracte, elle a toujours fourni des résultats négatifs.

J'ai suivi M. Sanson dans cette expérimentation dirigée en partie par M. Gondret; rien n'était curieux comme de voir M. Gondret, forcé dans ses derniers retranchements, nous payer de mauvaises raisons, et abandonner subitement la partie en écrivant une lettre à M. Sanson, qui, à elle seule, n'était pas la partie la moins epigrammatique de sa défaite.

Dans une lettre adressée à M. Lusardi par le professeur Maunoir, le célèbre chirurgien genevois déclare qu'il a employé bien souvent la méthode de M. Gondret sans en obtenir jamais aucun résultat avantageux.

MM. Paccoud et Barbaud, chirurgiens de l'hôpital de Bourg, n'ont pas été plus heureux, et je les ai vus expéri-

(1) Lattier, prem. édit., p. 63; Gondret, ouv. cité, p. 77.

(2) Gondret, p. 29; Lattier, p. 85.

(3) Lattier, p. 34; Gondret, p. 72.

menter sous mes yeux , sur une fille de trente-deux ans, bien portante et se trouvant dans les meilleures conditions possibles.

J'ai vu un grand nombre de cataractés se présenter au dispensaire ophthalmique , portant les stygmates encore récents des médications Gondret, et chez aucun je n'ai pu constater une amélioration, ou même une stase dans la marche de la maladie.

Maintenant, qu'il me soit permis de parler de mes expérimentations personnelles. J'ai essayé la méthode de M. Gondret, dans plus de quatre-vingts cas, et jamais je n'ai obtenu aucun résultat avantageux. Pourquoi donc ce remède ne serait-il heureux que dans les mains de son auteur ?

Je renvoie mes lecteurs au rapport de M. Lisfranc (1), travail qui a, du reste, fortement soulevé l'ire de M. Gondret, et qui, malgré sa réfutation n'a pu prouver autre chose, si ce n'est que M. Lisfranc a obtenu des résultats dans le traitement de l'amaurose, or, tout en concédant ces succès, je me réserve de faire remarquer que des amauroses ne sont pas des cataractes, et que le feu, les vésicatoires, les moxas appliqués sur le cuir chevelu, avant que M. Gondret eût vécu, pendant sa vie, et qui seront probablement continués après lui, ont fourni des résultats plus avantageux que sa pommade ammoniacale, plus douloureuse que les moyens que nous venons de mentionner.

M. Lisfranc attribue à cette pommade des accidents graves ; l'expérience de plusieurs médecins confirme cette opinion, et je pourrais citer un grand nombre de personnes en proie à des accidents fâcheux résultant de l'usage de la méthode Gondret.

Tout en blâmant M. Lattier d'annoncer des résultats qui ne sont point conformes à la vérité, je dois avouer que sa méthode est sans danger, et que les malades qui s'y soumet-

(1) Rapport fait à l'Académie.

tent en sont quittes pour obtenir des résultats négatifs ; mais sans compromettre en rien leur santé générale, et certes c'est beaucoup.

Au moment où j'écris ces lignes, d'immenses affiches annoncent au béotisme parisien que MM Lattier et Gondret ont un émule de plus à Paris. Je ferai pour M. Veuillel ce que j'ai fait pour les autres ; je lui enverrai des malades, et s'il les guérit, je croirai. Après avoir signalé les opinions des anciens sur l'inutilité des traitements médicaux pour guérir la cataracte, il est de mon devoir de faire connaître le jugement des plus illustres contemporains sur cette matière.

Je tiens du professeurs Græfe, que toutes ses tentatives pour guérir la cataracte avaient été infructueuses, si ce n'est dans quelques cas compliqués de syphilis. Dupuytren, Boyer, Rosas, Demours, professent la même opinion.

Depuis longtemps on sait que Boerhave (1) avait dit en parlant du mercure *is solus enim cataractas incipientes solvit.*

Il s'en faut de beaucoup que le mercure possède cette faculté, et j'ai fait une foule d'essais avec ses diverses préparations employées tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, sans obtenir aucun résultat.

Williams Adams (2), dans son traité de la cataracte, s'exprime en ces termes :

So many remedies, internal, as well as external, have been proposed by authors, for the cure of cataract that it would beend less to mention them. Experience has sufficiently shewn their inutility, and in many instances, their injurious consequences to the patient's constitution particularly when adopted, a short time previous to an operation.

(1) Boerhavius, *Prelectiones. publice de morbiæ oculorum*, p. 116.

(2) William Adams, *a pratical enquirey in to the causes of the frequen failure of the operation of depression and extraction*, p. 45.

En Angleterre, où la croyance à la spécificité de beaucoup de médicaments est généralement répandue, on avait renoncé à toute la croyance et à tout espoir de guérir les cataractes, lorsque Ware déclara avoir guéri plusieurs opacités du cristallin par l'usage externe de l'éther : mais il faut avouer que la plupart de celles-ci étaient de nature traumatique et dues à des causes qui avaient fait crever la capsule de telle manière que le cristallin se trouvant mis en contact immédiat avec l'humeur aqueuse, la disparition du corps opaque était le résultat de l'humeur aqueuse et non de celle de l'éther. Ce raisonnement est si vrai qu'il n'a point échappé à un homme aussi consciencieux que M. Ware, car dans sa seconde édition il passe sous silence ces cas de guérison par l'éther.

Il ne faut pas révoquer en doute l'absorption du cristallin après la déchirure partielle de la capsule, l'expérience de Saunders est là pour répondre, et son procédé, que j'emploie dans les cataractes congéniales, me prouve tous les jours que le cristallin, dépouillé de sa capsule ne tarde pas à disparaître sous l'influence de l'humeur aqueuse,

Souvent, il arrive qu'au moment où l'on pique la sclérotique et que l'aiguille pénètre dans l'œil, l'aide ou le malade s'évanouissent. Il faut alors suspendre toute opération ; pour peu que la capsule soit entraînée, le cristallin finit par être absorbé. Voici deux faits à l'appui de ce que j'avance :

Le 20 septembre 1828, le frère Pasquale de Marollo, Religieux, capucin, oculiste fort habile, fut consulté pour la femme Angela Pedemonte, femme de service du marquis Cariega. Cette femme privée de l'œil gauche, portait une cataracte et un petit leucoma dans l'œil droit. Désireuse de recouvrer la vue, elle réclama l'opération en cachant avec soin une grossesse de cinq mois. Au moment où fra Pasqual introduisit l'aiguille, l'étudiant en médecine qui lui servait d'aide, s'évanouit, et, en tombant, donna une telle se-

cousse à l'opérateur que l'aiguille sortit brusquement de l'œil et vint se planter dans la joue de la patiente.

Cependant, la capsule du cristallin avait été un peu ouverte, et, en moins de trois mois, l'absorption fut complète. La malade recouvra la vue et put se livrer à ses occupations de ménage. Un an après, l'opérateur la rencontra, se promenant sans peine dans les rues de Gênes, où l'affluence des promeneurs est assez grande.

Le 21 octobre 1823, le même opérateur eut encore la contrariété de voir son aide tomber en défaillance au moment où il opérait la R. M. Benedicte Pia, religieuse de Ste.-Claire, dans un monastère d'Asti. Fra Pasquale n'eut que le temps de retirer l'aiguille; mais le crochet avait ouvert légèrement la capsule. Trois mois après il apprit que tout le corps opaque avait été resorbé, ce qu'il put constater lui-même en visitant cette religieuse, trois ans après (1).

Rien n'est plus obscur que l'ensemble des symptômes qui annoncent le commencement d'une cataracte. Ils se rattachent bien plus à des lésions de fonctions qu'à des changements organiques appréciables à la vue.

D'un autre côté, ces troubles dans les fonctions visuelles sont aussi communs aux débuts des diverses espèces d'amauroses. Alors, si on dirige un traitement convenable contre la maladie, dont le diagnostic est loin d'être certain, rien de plus facile que de persuader que l'on a guéri une cataracte. Voici un fait qui trouve ici sa place :

M. B...., ancien magistrat, rue faubourg Saint-Denis, n° 164, avait perdu son œil droit, il y a quelques années, à la suite d'une iritis avec exsudation plastique.

Tout à coup, l'œil gauche commence à être affecté de trouble, de diminution dans la vision : justement alarmé, il s'empresse de consulter des hommes de l'art, de la plus

(1) Fra Pasquale di Marollo religioso capucino, dissertazione sulla cataratta. P. 127 et 129.

haute distinction, et tous sont d'un avis uniforme sur la nature amaurotique de sa maladie.

Consulté à mon tour, en prenant en considération les accidents de l'autre œil, je lui donnai une lueur d'espoir en lui disant que c'était peut-être une cataracte développée dans la grande circonférence du cristallin. Fort de ce doute, je lui proposai d'obtenir une dilatation rapide de l'iris, au moyen de l'application de l'extrait de Belladone. Au travers d'une pupille aussi dilatée que possible, il me fut facile de diagnostiquer à la grande circonférence du cristallin, un commencement très-prononcé d'opacité qui, après deux ans, a envahi toute la lentille. Aujourd'hui, M. B., est prêt à subir l'opération de la cataracte.

Mon honorable ami, M. le professeur Sanson m'adressa, il y a quelques mois, M. de St.-P.... officier d'état-major, et traité depuis plusieurs mois par M. Demours, pour une amaurose par éréthisme cérébral.

Après avoir examiné avec soin le consultant, ne pouvant voir le cristallin qu'au travers une pupille fort resserrée, je proposai la dilatation par la belladone, et je finis par découvrir une cataracte capsulaire, postérieure, nébuleuse et pointillée; mais nullement appréciable à travers l'angustie de la pupille, dans la dilatation naturelle.

Depuis longtemps je me suis convaincu par une investigation sévère, qu'un grand nombre d'affections prétendues ou crues amaurotiques, se terminaient par une cataracte sans aucune complication amaurotique, ainsi que le prouvent les heureux résultats de l'opération.

M. de P...., ancien chef de bataillon dans la garde royale, vint me consulter en 1832, pour des troubles qu'il éprouvait dans la vision, et qu'il rattachait, ainsi que son médecin, à une affection amaurotique.

Après une dilatation produite par la belladone, je diagnostiquai deux cataractes capsulaires postérieures, plus sensibles à gauche qu'à droite.

Mon opinion trouva plus d'un incrédule. Cependant, il y a quelques jours, M. P... se présenta à moi avec une cataracte complète à gauche, et une très-sensible à droite. M. de P... m'annonce qu'il a suivi avec persévérance, et pendant longtemps, le traitement de M. Gondret !

Je pourrais multiplier ces faits, mais il est bien peu de chirurgiens qui ne puissent en trouver de semblables dans leur pratique, ce qui, je crois, me dispense de plus amples développements.

Plusieurs malades de mes clients, au sortir de chez M. Lattier, venaient me montrer leurs yeux, et je remarquais toujours une plus grande dilatation de la pupille. Mais cet effet n'avait lieu qu'après quelques séances chez lui. Ne serait-on pas en droit de conclure de là qu'il employait les moyens convenables pour obtenir cette dilatation et une amélioration dans la faculté de voir. Ce que l'on produit quand on le veut chez tous les cataractés, au moyen des frictions de belladone ou de jusquiame. Supercherie innocente, commune à plus d'un charlatan, mais dont les résultats sont tout à fait éphémères.

J'ai, d'un autre côté, constaté un phénomène qui peut aussi induire en erreur les malades et les médecins, c'est qu'un grand nombre de cataractes commencent par un épanchement laiteux dans la partie capsulo-lenticulaire postérieure (humeur de Morgagni), et qu'après un laps de temps plus ou moins considérable, de capsulaire, l'opacité devient cristalline, en débutant par le centre, de telle manière que les malades recouvrent subitement un peu de vision par les côtés.

Cette circonstance m'a paru très-appréciable chez madame de M.*** qui voit de nouveau pour lire, après avoir été privée de cette faculté, et qui attribue ce succès à M. Lattier.

Il est du reste des faits inexplicables, et qui pourtant sont bien vrais. M. Vassal, dont il a été question, page 4, lisait

encore facilement avec l'œil gauche, quoique le cristallin fût complètement opaque au centre. La vue s'exerçait par le côté, et d'autant plus facilement que l'on dilatait la pupille par des instillations de solution de belladone.

Pendant longtemps, j'ai fait voir, suffisamment à se conduire, une pauvre femme qui était dans le même cas que M. Vassal, et à laquelle des circonstances particulières ne permettaient pas de se soumettre à l'opération.

On lit dans la Bible que Tobie rendit la vue à son père en lui frottant les yeux avec le fiel d'un grand poisson. Dans les commentaires latins sur la Bible, imprimés en 1560, on désigne cette maladie sous le nom de *suffusio*, mot par lequel les anciens désignaient la cataracte.

Sans avoir de renseignements précis sur la nature du poisson de Tobie, j'ai essayé des instillations de fiel de marsouin, d'esturgeon, de gade dans des yeux cataractés, et je n'ai obtenu aucun résultat sur le cristallin; mais par contre j'ai fait rapidement disparaître des taies opiniâtres qui dataient depuis longtemps.

Feu le professeur Delpech me laissa entrevoir qu'il espérait beaucoup, pour la résolution des cataractes commençantes, de l'emploi du cyanure d'or, soit en frictions soit à l'intérieur. J'entrepris immédiatement une série d'expériences, et, malgré tous les soins possibles dans l'administration du médicament, je n'ai obtenu aucun résultat.

Il en a été de même du traitement par les préparations d'iode et des divers iodures.

M. Nauche me proposa aussi d'expérimenter le bichromate de potasse, dissout dans l'eau, ou tenu en suspension dans l'huile d'olives; mais mes essais ne furent pas plus heureux que ceux provoqués par Delpech. Je terminerai par l'histoire de mes expérimentations sur le charbon animal. Depuis longtemps, je savais que le professeur Speranza était parvenu à dissoudre des engorgements lymphatiques énormes par l'usage du charbon animal; je conçus la pensée d'employer

le même moyen contre la cataracte. J'administrerai donc du charbon animal, à haute dose, à des cataractés, en même temps je faisais des frictions, avec de la pommade au charbon, sur les sourcils et sur le front. Le soir j'instillai dans les paupières, un collyre ammoniacal au charbon, et jamais je n'ai obtenu le plus léger bénéfice de ce traitement prolongé pendant plusieurs mois.

Enfin M. Serre d'Alais ayant avancé dans le Bulletin thérapeutique que des cristallins d'animaux cataractés reprenaient leur transparence première en les exposant à une certaine chaleur, j'ai soumis les yeux cataractés à une température très-élevée, sèche, humide, et je n'ai produit aucun amendement.

De tout ce qui précède, je conclus que la cataracte n'est pas guérissable par les moyens internes, et le seul moyen d'en débarrasser les malades est de les soumettre à une opération convenable.

Dans les premières années de ma pratique, ayant opéré des cataractes sur un œil, tandis que les malades voyaient encore de l'autre, j'observais que quelques-uns d'eux étaient atteints, à la suite de l'opération, de vues vagues : je me proposai de ne plus opérer un œil tandis que l'autre jouissait encore d'une vue passable, lorsque je lus dans *Plenk* (1) que quand on opérait un œil complètement cataracté, et que l'autre l'était déjà à un degré assez avancé, on voyait souvent, après l'opération, le cristallin revenir à la transparence ordinaire. J'avoue, de bonne foi, que je revoquai en doute ce fait, lorsque j'appris que le frère *Elisée*, oculiste, capucin de Gènes, opérateur aussi recommandable, que narrateur intègre, avait observé des faits pareils ; j'essayai alors à plusieurs reprises de pratiquer des opérations sur des yeux diversement atteints, et mes premières

(1) *Plenk-Doctrina de morbis oculorum*. Page 147. Édition italienne de Venise, 1781.

observations ne me produisirent point l'effet désiré. J'avais abandonné tout espoir à ce sujet, lorsque, il y a quelques années, le docteur *Bowen* annonça avoir obtenu par ce procédé la disparition complète de la cataracte commençante dans l'œil non opéré. Quelque temps après, je lus dans l'ouvrage du frère *Pascal* le fait suivant (1).

« Depuis longtemps, » dit cet oculiste « je doutais des observations citées par les auteurs sur la disparition de la cataracte commençante par l'opération de l'œil complètement cataracté, lorsque j'eus occasion d'opérer le révérend don *Jean-Baptiste Arata*, atteint de double cataracte, dont l'une était imparfaite; l'opération fut heureuse, et pendant trente ans qu'il vécut, non-seulement il ne vint point une nouvelle cataracte, mais le petit nuage qui se trouvait au moment de l'opération disparut complètement. Dès lors mon incrédulité fut ébranlée, et je fis de nouvelles expériences qui me convainquirent et dont la plus concluante est la suivante.

» L'an 1791, le marquis *Carréga* me recommanda un pauvre homme, âgé de soixante ans, affecté d'une double cataracte. J'opérai l'œil droit; l'opération fut si heureuse qu'il put recommencer sa profession de muletier. Un an après, je le rencontrai, et, après avoir examiné ses yeux avec surprise, je lui demandai par qui il s'était fait opérer le gauche, il me répondit que personne ne l'avait opéré, et que la vue lui était revenue peu à peu. »

Maintenant je puis ajouter mon expérience à celle de *Plenk*, d'*Elisée*, *Pasquale* et *Bowen*, car j'ai maintenant huit cas tout à fait analogues aux leurs, et je puis répondre par l'affirmative à la question posée par *Richter* dans son premier fascicule d'observations chirurgicales, lorsqu'il dit : *an non caveri possit jactura integri oculi tempestivè extrahendo cataractam prioris.*

(1) Fra *Pasquale*. Op. cit. 109.

Je n'entends point donner ici l'explication des phénomènes de la disparition de la cataracte, je réserve cela pour un travail spécial; mais je vais citer quelques faits avec soin et qui me sont propres.

—
OBSERVATION I^{re}.

Double cataracte, complète à gauche, commençante à droite; opération, amélioration de la vue à droite.

M. Martignon, âgé de quarante-neuf ans, né et habitant à la Havane, me fut adressé par le docteur Mariano Paz Gomez, ancien médecin, aux Molluques et dont j'avais opéré le frère, en 1821, à Paris. A la suite d'une ophthalmie très-violente, M. Martignon fut brusquement atteint de cataracte complète à l'œil gauche. Pendant trois ans, l'œil droit fut exempt de tout obscurcissement; mais le malade ayant été atteint d'une nouvelle ophthalmie, il s'aperçut avec effroi que le cristallin droit commençait à perdre de sa transparence. Après avoir terminé quelques affaires pressantes qu'il avait eues en Espagne, il vint me consulter à Paris et me proposer de le débarrasser de la cataracte gauche, en attendant que la droite fut prête à opérer,

Je l'opérai dans les premiers jours de septembre mil huit cent trente-deux, en présence de MM. Bennati, Schultz, Mariano Paz Gomez, Bertolini et autres: la cataracte était intense et difficile à broyer; j'en vint cependant à bout, en procédant d'après les règles indiquées ci-après. Aucun accident ne vint compliquer cette opération. Au bout de quarante jours le malade put sortir, et je ne fus pas peu étonné en voyant que le cristallin droit avait repris presque sa transparence ordinaire. Ce mieux être s'est soutenu, et M. Martignon préfère se servir de cet œil pour lire et pour

écrire que de l'œil opéré, parce qu'il peut le faire sans avoir besoin de lunettes, ce qui n'a pas lieu avec l'œil privé de son cristallin.

—
OBSERVATION II.

Double cataracte, vue complètement abolie à droite, vue assez bonne à gauche. Opération, amélioration sensible de l'œil non opéré.

M. le baron Vassal d'Odessa, dont il a déjà été question dans ce travail, âgé de cinquante ans, fort, actif, sanguin, hémorrhédaire, contracta, il y a une dizaine d'années, une double ophthalmie dans les steppes de la Crimée, dont les suites provoquèrent l'opacité des deux cristallins, mais à un degré assez peu avancé, car le malade pouvait encore lire et écrire avec les deux yeux lorsqu'il vint se soumettre au traitement du docteur Gondret qui, comme je l'ai dit plus haut, ne produisit aucun résultat.

L'œil droit s'étant complètement obscurci après son retour en Russie, il se décida à revenir en France pour se faire opérer, et il me fut adressé par M. Biett. L'opération fut pratiquée, le 4 décembre 1834, en présence de MM. Biett, de Barive, Branzeau, Villemiez et autres. J'étais prévenu d'avance que j'aurais affaire à une cataracte molle. A peine l'aiguille fut elle introduite que j'en acquis la certitude; mais je rencontrai en même temps un noyau solide qui échappa plusieurs fois aux tentatives de dépression; cependant il fut précipité dans les masses de l'humeur vitrée et le malade vit immédiatement.

Rien n'entrava cette opération. Au quarantième jour, M. Vassal voyait parfaitement de cet œil; mais, pressé de jouir, il fatigua son organe en essayant toutes sortes de lunettes; trois mois après, il fut obligé d'en suspendre l'u-

sage, car il se manifestait quelques symptômes amaurotiques contre lesquels nous dirigeâmes de concert avec mon honorable ami le professeur Sanson, un traitement approprié.

Mais, pendant ce temps, je constatai une diminution notable dans la cataracte de l'œil gauche, au point que M. Vassal éprouva une amélioration très-remarquable dans la vue et put lire des caractères très-fins, surtout en les regardant de côté.

M. Vassal repartit pour la Russie, et j'ai appris que, non-seulement, il voit bien de l'œil opéré, mais encore que l'amélioration éprouvée à gauche se soutient.

OBSERVATION III.

Cataracte complète de l'œil droit, nuage très-appreciable dans la capsule du cristallin gauche; opération heureuse, guérison des deux yeux.

M. Pellisier de Pondicherry, âgé de 50 ans, d'un tempérament sec et bilieux, eut l'œil droit complètement cataracté, à la suite d'une inflammation grave de l'œil.

Quelques temps après, il éprouva quelque trouble dans l'œil gauche. Justement alarmé de son état, il vint en France réclamer les conseils des hommes de l'art, et il me fut adressé par mon excellent ami, le docteur Sellier.

On l'avait décidé, en province, à attendre l'obscurcissement complet de l'œil gauche, avant de se soumettre à une opération. Lorsque je lui affirmai qu'un certain nombre de cas m'autorisait à espérer qu'en détruisant la cataracte droite, on pouvait guérir, ou tout au moins arrêter les progrès de l'opacité commençante à gauche, il se soumit immédiatement à l'opération, et elle fut pratiquée

dans la maison de santé de M. Dufresnoy, en présence de MM. Sellier, médecin ordinaire du malade, Furnari, Bergue et Dufresnoy.

Je rencontrai encore une cataracte molle, dont le broiement ne fut point sans difficulté. La cataracte, broyée, fut livrée à l'absorption. Celle-ci ne fut point complète, car il fallut, deux mois après, recourir à une seconde opération qui amena la résorption complète de la cataracte. Cette opération fut donc heureuse; mais ce qui en fit apprécier davantage le résultat, ce fut la disparition complète de l'opacité à gauche. Je pourrais multiplier ces exemples, mais, joints à ceux de Bowen, de Pasquale, ils suffisent à prouver l'influence de l'opération de l'œil complètement cataracté sur celui qui commence à le devenir.

Dans les trois cas que je viens de citer, j'ai eu affaire à des cataractes molles.

Les cataractes de cette espèce sont, malheureusement, très-fréquentes, et l'on peut poser en principe que rien n'est plus rare que de rencontrer une cataracte entièrement solide avant l'âge de trente-cinq ans. De nombreuses dissections, un plus grand nombre encore d'opérations, pratiquées sur l'homme, m'ont prouvé jusqu'à l'évidence, que le professeur Scarpa avait raison en annonçant que le plus grand nombre des cataractes manquaient de solidité, quoique M. Dupuytren ait annoncé le contraire dans ses leçons cliniques insérées dans *la Clinique des hôpitaux* (1827).

C'est la fréquence de cette espèce de cataracte qui, en offrant un grand nombre de difficultés pour l'abaissement, avait conduit notre illustre maître à employer le broiement du cristallin, toutes les fois qu'il ne pouvait le déprimer en masse. En effet, le cristallin et sa capsule sont si mous et si friables, tandis que la zonule ciliaire et la hyaloïde offrent une si grande résistance, qu'en présentant l'aiguille par le dos sur l'opacité cristalline, la capsule se rompt, et l'in-

strument pénètre en totalité dans le cristallin, en le partageant en plusieurs fragments. A peine cette rupture est-elle pratiquée que l'on voit le cristallin, tantôt fluide, tantôt caséeux, se répandre au dehors, en partie, ou en totalité. Dans le premier cas, l'humeur aqueuse est trouble en totalité, la pointe de l'aiguille n'est plus apparente, et il n'est pas rare de voir de jeunes opérateurs embarrassés au point de ne pouvoir pas continuer l'opération.

Si l'humeur aqueuse ne se trouble pas, et si le cristallin se sépare en grands lambeaux flottants, au moyen d'une aiguille très-courbe, l'on peut chercher à accrocher les plus gros fragments, et les porter au fond de l'œil.

Cette manœuvre est cependant très-difficile, et l'on a plus d'avantage à les faire passer dans la chambre antérieure, pour les exposer à l'action de l'humeur aqueuse, que les belles expériences du professeur de Pavie ont prouvé être le meilleur dissolvant possible, ce qui en facilite l'absorption. Pour arriver à ce but, il est bien important de se pénétrer de l'anatomie chirurgicale de l'œil, dont nous avons, ailleurs, dans un article, ébauché les caractères les plus saillants. Le point fondamental consiste à briser le cristallin et ses enveloppes en un aussi grand nombre de fragments que possible. A cet effet, il faudra, au moyen de l'aiguille, décrire des arcs de cercle, et des cônes dont la base correspondra à l'extrémité de l'aiguille, et le sommet à la tige qui appuie sur le trou de la sclérotique. Les circonvolutions coniques seront d'autant plus étendues que l'on portera l'aiguille plus en avant du côté de l'angle interne de l'œil. En la retirant, on les amoindrira, et, par ce moyen, l'on sera sûr d'avoir attaqué le cristallin dans tous ses diamètres, et de l'avoir rompu en un nombre de fragments suffisamment ténus pour les faire passer à travers la pupille, dans la chambre antérieure, en suivant toujours, dans cette manœuvre, un mouvement de rotation de haut en bas, et jamais d'arrière en avant. Par de petits mouve-

ments saccadés, on accroche les lambeaux flottants du cristallin ou de la capsule, et on les jette dans la chambre antérieure.

Dans cette espèce de cataracte, il est excessivement important que l'opérateur fasse attention, en introduisant l'aiguille, de ne point pénétrer entre la capsule et le cristallin, car, il pourrait bien, ainsi que cela est arrivé plusieurs fois, briser le cristallin, sans intéresser la capsule.

Il serait à souhaiter que ceux qui ont blâmé la courbure de l'aiguille de Scarpa, et son arête tranchante, pussent juger de ses effets. En effet, rien n'est plus facile que d'accrocher les fragments du cristallin avec une aiguille dont la pointe est très-courbe et très-déliée; au moyen de rotations habilement combinées, on roule les lambeaux flottants de la capsule, et rien n'est plus facile alors que de les immerger dans l'humeur aqueuse. Depuis longtemps, j'emploie même une aiguille beaucoup plus courbe que celle du professeur Scarpa, et quelques essais faits avec celle de M. Bretonneau de Tours, dont la courbure est plus considérable encore, m'engagent à l'adopter dorénavant.

J'ai dû entrer dans quelques développements sur l'abaissement des cataractes molles, non-seulement parce qu'elles sont les plus difficiles à opérer convenablement, mais aussi parce que quelques personnes, au nombre desquelles il faut placer M. Sichel, (1) pensent qu'il faut

(1) Je me suis demandé bien souvent les raisons pour lesquelles le docteur Sichel recommandait l'extraction de la cataracte lorsque celle-ci est molle; cette doctrine étant complètement opposée à tout ce qu'ont écrit les maîtres de l'art, entre autres Scarpa, Rossi, Dupuytren, Barovero, Pannizza, et plus récemment encore l'auteur de ce livre; en effet tous disent que l'on doit de préférence employer l'extraction lorsqu'on a la crainte que le cristallin ne soit point absorbé et que par son poids, il ne puisse amener des accidents sur la rétine ou y produire des pseudo-membranes. Quant on a lu les recherches pathologiques, faites par Sœmmering, Jules Cloquet, Scarpa sur l'œil

pratiquer l'extraction lorsque le cristallin est mou. Cette opinion est toute spécieuse, et n'a de valeur que contre les individus qui ne pratiquent point le broiement convenablement. Mais, si on suit exactement les principes que je me suis efforcé de tracer, soit dans le *Bulletin thérapeutique*, soit dans mon enseignement particulier, on verra que s'il est des cas où l'abaissement est une supériorité sur l'extraction, c'est lorsque les cataractes sont molles. Je me réserve de traiter cette question dans le parallèle des méthodes.

après l'opération de la cataracte, l'on reste convaincu que les cataractes molles sont rapidement absorbées après leur immersion dans l'humeur aqueuse et bien plus vite encore après leur broiement.

Depuis un certain nombre d'années nous avons remarqué non-seulement dans la pratique de M. Carron du Villards, mais encore dans celle de M. Sanson que de toutes les opérations de cataracte qui réussissaient le mieux, c'étaient celles de nature molles, opérées par broiement. Il nous restait encore un doute à éclaircir, c'est que probablement M. Sichel ne pratiquait pas l'abaissement comme l'enseignent Scarpa, Pannizza et autres; de là sa répugnance à pratiquer cette méthode dans les cas de ramollissement du cristallin, circonstance dans laquelle, il faut l'avouer, l'opération est plus difficile. Ce doute est aujourd'hui une conviction puisqu'il choisit de préférence l'abaissement précornéen ou la tératonyxis, procédé après lequel nous avons constaté qu'il restait longtemps chez ces opérés de grands lambeaux de capsule qui ne disparaissent, qu'avec le temps.

Dr. S. FURNARI.

RECHERCHES PRATIQUES
SUR LES CAUSES
QUI FONT ÉCHOUER L'OPÉRATION
DE LA CATARACTE

PRATIQUÉE SELON LES DIVERS PROCÉDÉS.

CHAPITRE PREMIER.

Ce n'est pas tout que d'avoir un œil exercé, une main sûre et prompte, pour pratiquer avec succès l'opération de la cataracte; il est une foule de petits accidents qu'il faut prévoir, des causes d'insuccès qu'il convient de savoir éloigner, et qui sont souvent indépendantes du chirurgien; car malheureusement il est des circonstances où tout fait pressentir un succès complet, tandis que les suites sont loin de répondre aux espérances qu'avaient pu faire naître l'habileté dans l'opérateur, la promptitude dans l'exécution et la sûreté de ses manœuvres. Il est des chirurgiens dont rien n'égale la dextérité dans le manuel de l'opération

de la cataracte, et dont les revers sont désespérants. (1)

Dans l'intention d'être utile à mes confrères, à ceux surtout qui débutent dans la pratique de cette opération, j'ai entrepris d'examiner les diverses causes qui peuvent la faire échouer, quel que soit le procédé mis en usage. Je dis *quel que soit le procédé*, car la plus grande hérésie chirurgicale du siècle consiste, selon moi, à vouloir adapter une méthode exclusive à tous les cas, en faisant plier les formes variées d'une maladie sous l'inflexible volonté d'une idée préconçue. Aussi m'éleverai-je toujours contre cet aveugle empirisme, et sans tenir compte des grands noms qui ont fait pencher la balance en faveur de tel ou tel procédé opératoire, je rechercherai la vérité basée sur l'expérience et prouvée par des faits authentiques. En suivant cette marche, et guidé par un éclectisme chirurgical indépendant de toute prévention, j'espère atteindre mon but avec honneur et impartialité. Après une profession de foi de cette nature, qu'il me soit donc permis d'exprimer mon opinion avec franchise, bien décidé que je suis, à la dépouiller de toute personnalité, pour ne la sacrifier qu'à l'évidence des faits.

La plupart des méthodes opératoires pour opérer la cataracte sont bonnes, quand elles sont mises en pratique par un homme habile, et qui a acquis une expérience assez étendue dans cette branche de la chirurgie. S'il est des cas cependant où il n'est pas indifférent d'employer un procédé pour un autre, il en est aussi où, à dire vrai, il y a autant de chances de succès pour l'une que pour l'autre des méthodes d'opérer. Dans ce cas, l'opérateur doit choisir celle qui lui est la plus familière ; car ce serait, à mon avis, une erreur très-grande et peut-être bien funeste que de faire perdre au chirurgien les avantages réels que

(1) Je compte publier bientôt le parallèle des méthodes d'opérer la cataracte, avec des tableaux synoptiques.

l'expérience et l'habitude lui promettent par le procédé de son choix, en lui en imposant un autre dans lequel il serait moins exercé. Je n'ai pas l'intention de tracer ici l'histoire des diverses manières de pratiquer l'opération de la cataracte, je renvoie pour cela aux ouvrages didactiques. Le parallèle des méthodes est encore plus éloigné de mon but, car il ne peut y avoir de comparaison exacte, que lorsque l'on peut étudier les effets et les résultats des divers procédés, dans les cas qui offrent la plus grande analogie, et l'on ne me contestera pas que cette ressemblance est non-seulement bien rare à rencontrer, mais encore très-difficile à saisir.

Quoique je sois persuadé que l'opération de la cataracte soit une des plus délicates et des plus difficiles de la chirurgie, quoique elle exige le plus haut degré de dextérité et de finesse, *oculo manique*, je crois qu'elle doit rentrer dans le domaine de la pratique de tout chirurgien qui étudie avec soin cette partie importante de la médecine opératoire. Mais, avant de tenter l'opération sur l'homme vivant, il faut faire de nombreux essais sur le cadavre et sur les animaux; c'est surtout sur ces derniers qu'il importe de s'exercer pour acquérir la connaissance de la résistance des tissus à l'instrument tranchant, et des phénomènes traumatiques que les instruments tranchants ou piquants développent sur l'œil, ou ses annexes, pendant l'opération. Les ophthalmologistes allemands, auxquels la science est redevable de si utiles découvertes, ont inventé des instruments destinés à contenir des yeux de mouton et de porc, au moyen desquels on peut s'exercer dans le manuel des diverses méthodes. La plus utile et la plus parfaite de ces machines, connue sous le nom d'*ophthalmo-fantôme*, est due au docteur Albert Sachs. On peut en trouver la description exacte dans la traduction de l'ouvrage de Weller (1). Depuis

(1) Weller, *Traité des maladies des yeux*, traduit par Riester, tome II, page 265.

plusieurs années, j'ai été à même d'apprécier les avantages de ces masques, destinés à la manœuvre des opérations oculaires. Je renvoie, du reste, pour plus amples détails, à l'intéressante dissertation, publiée sur ce sujet, par Reisinger (1). Le modèle de cet instrument a été communiqué, par moi, à M. Charrière, et l'on peut facilement s'en procurer chez cet habile fabricant.

Malgré toutes les précautions et les essais dont nous venons de parler, la plupart des jeunes chirurgiens sont embarrassés dans les premières opérations de cataracte; car la mobilité et la sensibilité de l'œil rendent très-difficile l'introduction de l'instrument tranchant ou piquant, pour peu qu'il y ait d'hésitation dans la première manœuvre. Ceux qui ont beaucoup vu mettre en pratique les diverses manières d'opérer la cataracte, s'accordent à dire qu'il faut surtout savoir apprécier le moment favorable pour attaquer l'organe; c'est ce que l'on appelle l'étude du temps: en appliquant, à cette signification pour la chirurgie, celle adoptée par le maître d'escrime.

Il est encore une précaution indispensable sur laquelle j'insisterai surtout, c'est de savoir apprécier les modifications diverses qu'apportent, à la couleur des instruments, les tissus et les humeurs que l'on traverse, selon le degré varié de profondeur ou d'éloignement auquel ils se trouvent: cette connaissance est de la plus haute importance pour tenir l'instrument, piquant ou tranchant, dans une direction convenable, et empêcher qu'il ne laboure les tissus.

Les principales méthodes d'opérer la cataracte sont l'abaissement, qui est la plus ancienne; l'extraction, qui date de moins loin, et la kératonyxis, qui est toute récente; c'est-à-dire qui a commencé quelques années avant la moitié du siècle passé, à moins toutefois que l'on ne veuille

(1) Diss. des exercitationibus chinotechnicis et de constructione atque usu phantasmatis, in ophthalmologia. Goett, 1814.

considérer comme une opération de kératonyxis celle que rapporte Mayerne Turquet, et qui fut exécutée par une femme anglaise sur le fils du comte de Warwich en 1690 (1). Ces trois espèces d'opérations ont toutes pour but de déplacer, de chasser, ou de broyer le cristallin et ses annexes devenus opaques; mais elles sont elles-mêmes susceptibles de subdivisions que nous allons exposer dans le tableau ci-après.

Les causes qui peuvent faire échouer une opération de cataracte, quel que soit le procédé mis en pratique, sont de natures bien différentes : les unes sont inhérentes aux procédés eux-mêmes; les autres sont produites par des accidents prévus ou imprévus, arrivés pendant ou après l'opération, et que l'on n'a point pu combattre victorieusement ou que l'on a méconnus. Il en est d'autres qui sont dues à la constitution des sujets, à la forme de l'œil, à l'incertitude du diagnostic de l'espèce de cataracte, au choix inopportun de la méthode opératoire, à la défectuosité des instruments, à la mauvaise position des malades pendant l'opération; enfin au traitement consécutif. Elles peuvent être classées dans l'ordre suivant :

1^o Accidents propres à toutes les espèces d'opération de cataractes ;

2^o Accidents propres à chaque procédé en particulier, et qui seront énoncés en examinant ce procédé lui-même.

Afin de graver dans l'esprit des personnes qui étudient la chirurgie oculaire, une véritable idée de l'influence que ces accidents peuvent avoir sur la réussite de l'opération, je me propose de les examiner en détail et avec la plus grande attention. Je ferai ensuite tous mes efforts pour indiquer le traitement le plus favorable pour les combattre, ainsi que les ressources fournies par la médecine opératoire, afin de les éviter, ou pour tâcher d'y remédier. Cette en-

(1) Theod. Mayerne Turquet. Praxis medica, London, 1690.

treprise est grande sans doute, et nécessite des connaissances plus étendues et plus profondes que les miennes ; heureusement les leçons et les conseils de nos maîtres sont encore présents à notre mémoire, et c'est surtout les résultats de leur expérience que je présenterai à mes lecteurs. Dans l'exposé des faits qui me seront indispensables comme preuves, ou comme exemples, je n'invoquerai ceux qui me sont personnels, que lorsqu'ils me sera impossible de m'en abstenir.

Afin de rendre plus appréciables les deux grandes divisions principales que nous avons apportées dans l'énumération des causes qui font échouer l'opération de la cataracte, nous avons dressé, ci-contre, un tableau synoptique, indiquant les divisions des diverses méthodes *de pratiquer cette opération.*

Le tableau synoptique que nous avons dressé, ci-contre, indiquant les divisions des diverses méthodes de pratiquer cette opération.

TABLEAU SYNOPSIS

ET DIVISION DES DIVERSES MÉTHODES D'OPÉRER LA CATARACTE.

DÉPLACEMENT DU CRYSTALLIN HORS DE SON AXE VISUEL.

- 1^o Abaissement proprement dit.
- 2^o *id.* *id.*
- 3^o Broiement sclérotidien, ou dissection.
- 4^o Rétroversion ou Réclinaison.

MÉTHODE SIMPLE.

EXTRACTION DU CRYSTALLIN ET DE SES ENVELOPPES.

- Extraction proprement dite, ou kératome.
- Extraction sclérotidienne, ou Scléroticotomie.

MÉTHODE SIMPLE.

Scléroticonyx, en pénétrant par la sclérotique et en attaquant le cristallin par sa face antérieure.

Sclérotico-hyalonix, en pénétrant par la sclérotique à quatre lignes environ de son insertion avec la cornée, traversant la membrane hyaloïde et attaquant le cristallin par sa face postérieure.

Procédé par lequel le cristallin et ses annexes sont mis en morceaux, et soumis à la résorption suivant les méthodes de Barbette, de Scarpa et d'Adams, avec l'aiguille droite, la courbe, ou le petit couteau tranchant d'Adams.

Modification apportée à l'abaissement par Günzius et Willburg, par laquelle le cristallin est déplacé hors de son axe, la face antérieure de la lentille se trouvant placée en haut et la face postérieure en bas.

1^o Avec incision à la partie inférieure de la cornée transparente, méthode Arabe renouvelée par Saint-Yves et par Daviel.

2^o Avec incision à la partie supérieure de la cornée, méthode du baron de Wenzel, de Santarelli, renouvelée par Joeger, de Vienne.

3^o Avec incision aux parties latérales de la cornée, procédé inventé par le baron de Wenzel.

Section de la sclérotique aux parties supérieure, inférieure et latérale, méthode de Bell, Earle, Lobenstein, Quadri.

MÉTHODE MIXTE.

- 1° Kératomi-réclinaison.
- 2° Sclérotomi-réclinaison.
- 3° Sclérotomi-dépression.
- 4° Kératomi-scléroticonyxis.

MÉTHODE COMPOSÉE.

Kératomi-réclinaison, méthode Égyptienne, incision de la cornée à sa partie inférieure, et renversement de la lentille cristalline avec une petite spatule d'or.
Méthode de Gensoal de Lyon, en incisant la sclérotique à une ligne de son insertion à la cornée, et abaissement du cristallin avec la curette de Daviel, comme dans la méthode Égyptienne.
Méthode de Giorgi d'Imola, avec incision latérale de la sclérotique, au lieu d'élection pour l'abaissement ordinaire; immersion du cristallin dans l'humeur vitrée avec un couteau-pince lancéolé, avec lequel l'on peut extraire la capsule au besoin.
Incision à la partie inférieure de la cornée pour extraire la capsule crystalloïde, en même temps qu'une aiguille introduite comme dans la scléroticonyxis ordinaire, broie le cristallin; procédé d'Adams, retrouvé par Quadri.

1° Ponction simple de la cornée à la partie inférieure ou latérale; abaissement antéro-postérieur, méthode de Col de Villars, de Gleize, Conradi, Buchorn, revendiquée à tort par Dupuytren, Demours et Montain.

2° Ponction de la cornée avec broiement du cristallin et de sa capsule, abandonnant les fragments à la résorption sans les déplacer (méthode de Saunders), ou en les projetant dans la chambre antérieure (méthode de Jøger).

3° Ponction de la cornée avec perforation de la capsule dont les deux feuillets deviennent adhérents, lorsque l'on a évacué l'humeur laiteuse (méthode de Saunders pour la cataracte congéniale), employée avec succès par Farre, Travers et modifiée par Carron du Villards.

KÉRATONYXIS et ses modifications.

KÉRATONYXIS.

D'après le tableau que nous venons d'indiquer un peu plus haut, l'opération de la cataracte doit être partagée en trois grandes catégories, qui peuvent elles-mêmes fournir des modifications opératoires assez tranchées pour former autant de méthodes diverses.

Ces principales catégories ou divisions sont :

A. Le déplacement du cristallin opaque de l'axe visuel, et qui se pratique : 1° en pénétrant dans l'œil à travers la sclérotique et en y immergeant le cristallin dans le corps vitré ; c'est l'abaissement proprement dit, ou scléroticonyxis. 2° A travers la sclérotique, en faisant la ponction de cette tunique beaucoup plus loin que dans l'abaissement ordinaire, à trois lignes au moins de son union avec la cornée, en traversant la membrane hyaloïde pour attaquer le cristallin par la face postérieure. Cette méthode, proposée et exécutée par Bowen, se nomme sclérotico-hyalonyxis. 3° Le broiement au moyen duquel, en suivant les règles de l'abaissement proprement dit, on broie et l'on triture le cristallin et ses annexes, dont les fragments sont abandonnés dans la chambre postérieure, ou jetés, en partie ou en totalité, dans la chambre antérieure pour faciliter leur absorption, soit que l'on suive la méthode de Scarpa, soit que l'on exécute celle d'Adams, qui consiste à couper le cristallin avec un petit couteau-aiguille. 4° Par la rétroversion ou réclinaison, procédé dans lequel le cristallin est déplacé hors de son axe, de manière que la face antérieure de l'organe vienne se placer en haut, et la face postérieure en bas. 5° Par la kératemi-réclinaison, méthode usitée en Égypte depuis un temps immémorial, et dont les détails m'ont été transmis en 1820 par mon ami le docteur Herbeer, dont j'ai été à même de vérifier l'exactitude dans les lettres écrites du Caire par M. le docteur Pariset, et insérées dans le *Moniteur*. Ce procédé, ainsi que l'indique son nom, est une opération mixte qui consiste à inciser avec une lancette, garnie de linge, la cornée transparente dans le lieu

indiqué par Daviel; puis à introduire une petite spatule d'or, plate, au travers de la solution de continuité de la cornée, pour abattre le **crystallin** de haut en bas, et le plonger dans le corps vitré. 6° Par la sclérotomi-réclinaison, qui ne diffère du procédé égyptien qu'en ce que l'on fait la section de la sclérotique à la partie inférieure, à une ligne de son union avec la cornée transparente. 7° Enfin par la méthode du professeur Giorgi d'Imola, laquelle est encore un procédé mixte, consistant à inciser la sclérotique dans le lieu d'élection pour l'abaissement ordinaire, avec un couteau lance, à deux lames, formant pincés, s'ouvrant et se fermant à volonté, et au moyen duquel on peut non-seulement abaisser le **crystallin**, mais encore l'extraire au besoin, en partie ou en totalité avec sa capsule.

B. L'extraction du **crystallin** et de ses enveloppes, cette méthode évidemment connue des anciens, mais oubliée depuis longtemps, jusqu'au moment où elle fut remise en pratique par Saint-Yves et Daviel, s'exécute: 1° en incisant la cornée transparente à sa partie inférieure, avec un seul ou plusieurs instruments, comme le faisait le chirurgien de Marseille et à sa partie supérieure, à droite, à gauche ou latéralement, comme le pratiquaient Wenzel et Santarelli (1). 2° En faisant une ouverture aux divers points de la sclérotique, comme le proposait Benjamain Bell, qui fit ses expériences sur le cadavre; et comme l'exécutèrent Earle et Lobenstein qui opérèrent sur le vivant, Quadri incise la sclérotique à l'angle externe, à deux lignes de la cornée avec le couteau de Wenzel: il introduit par cette ouverture, un instrument en forme de pince dont il applique une branche sur la face antérieure du **crystallin**, et l'autre sur sa face postérieure, en enlevant ainsi le corps et sa capsule. Enfin, en mettant en usage une méthode mixte, proposée

(1) Santarelli, *Ricerche per facilitare l'estrazione della Cateratta*, Vienne, 1798, in-8°.

et exécutée par Adams, et successivement par Quadri, qui consiste à inciser la cornée à sa partie inférieure, pour aller chercher la capsule du cristallin, en même temps qu'une aiguille, introduite dans le lieu d'élection pour la scléroticonyxis, broie et réduit en pièces la lentille.

C. La Kératonyxis, ou abaissement antéro-postérieur, soit que la cornée soit percée en haut, en bas, en côté par les méthodes de Col de Villards, de Conradi, Buchorn, Montain, en déprimant la cataracte en masse avec ses annexes: soit qu'on la brise ainsi que le pratiquaient Saunders, Farre, en laissant la capsule en place, on en broyant le tout, comme l'exécutent Travers, Tyrrel, ou selon la modification que j'ai apportée à ce procédé.

CHAPITRE II.

ACCIDENTS PROPRES A TOUTES LES ESPÈCES D'OPÉRATIONS DE CATARACTE.

Quelle que soit la méthode dont on ait fait choix pour opérer la cataracte, il est des accidents qui en sont tout à fait indépendants; ils s'observent aussi souvent dans l'abaissement qu'après l'extraction: on aurait donc grand tort de les attribuer plutôt à une méthode qu'à une autre. La vérité garde un juste-milieu, et ce serait une grande et fatale prévention que de reprocher à un procédé la fréquence des accidents qui accompagnent souvent son exécution, tandis que l'expérience prouve à ceux qui mettent indistinctement en pratique toutes les méthodes, qu'ils peuvent survenir à la suite de chacune d'elles. Ces accidents peuvent être classés dans l'ordre suivant:

1^o Les erreurs de diagnostic de l'espèce de cataracte, ses

adhérences méconnues, et l'incertitude de ses complications.

2° Le choix d'un procédé peu convenable.

3° La position désavantageuse du malade pendant l'opération, et celle-ci pratiquée sur les deux yeux en même temps.

4° La défectuosité des instruments employés.

5° L'influence de quelques maladies, et les phénomènes morbides qui se manifestent pendant et après l'opération.

6° Le concours d'une saison défavorable et le mauvais état de l'œil.

7° L'hésitation dans le traitement consécutif, ou l'usage peu approprié des moyens thérapeutiques.

8° Enfin, l'exposition prématurée de l'œil opéré à la lumière.

CHAPITRE III

ERREURS DE DIAGNOSTIC DE L'ESPÈCE DE CATARACTE ET DE LA NATURE DE SES ADHÉRENCES.

Ce n'est point ici le lieu de faire l'histoire des différentes espèces de cataracte. Je renvoie pour cela aux ouvrages de Beer, Richter, Scarpa et Guthrie, ainsi qu'à un mémoire qu'a récemment fait insérer dans un ouvrage périodique M. le docteur Jules Sichel (1) dont je suis loin au reste de partager toutes les idées à ce sujet.

Mais comme il est fort avantageux, pour le succès de l'opération, de connaître à quelle espèce de cataracte l'on a affaire, afin d'augmenter les chances de réussite, je vais

(1) *Lancette française*, 1833.

entrer dans quelques détails à ce sujet, puisque le résultat du diagnostic, peut faire choisir un procédé de préférence à un autre. En effet, il est facile de concevoir que si l'on avait les moyens de s'assurer si la cataracte est membraneuse ou non, on prendrait d'avance les précautions convenables pour détruire en même temps le cristallin et sa capsule; car, ce n'est point sans augmenter les probabilités de la chute du corps vitré qu'on tente de retirer de l'œil une capsule opaque, lorsqu'on a déjà extrait le cristallin. Malheureusement, le diagnostic est souvent bien difficile et bien obscur; il est aisé de s'en convaincre en lisant tout ce qui a été écrit de contradictoire à ce sujet. Aussi le professeur Scarpa (1) disait-il: qu'à l'exception de la cataracte congéniale, qui est toujours fluide en totalité ou en partie, et la cataracte membraneuse consécutive à la dépression ou à l'extraction du cristallin, il ne croyait pas qu'il fût toujours possible de déterminer d'avance la consistance de cette lentille. Adams (2) s'élève avec force contre l'opinion du professeur de Pavie, et pense que dans tous les cas, un oculiste exercé se trompera rarement sur la nature de l'altération cristalline. Les deux auteurs sont également éloignés de la vérité, et je crois que l'on peut appeler de leur arrêt. En effet, le professeur Scarpa (3) ayant adopté exclusivement l'abaissement, ne donnait que peu d'attention à la nature de la cataracte. « Que m'importe, disait-il, la » connaissance exacte des altérations du cristallin et de ses » annexes, puisque, lorsque j'ai introduit mon aiguille à » crochets, si la lentille est fluide, molle, caséuse, je la » romps avec facilité, et je pousse ses fragments dans la » chambre antérieure; tandis que, si elle est dure et résis-

(1) Scarpa, lettera diretta al professore Maunoir negli opuscoli, page 165.

(2) W. Adams Pratical, inquiry into frequent failure of the operation of cataract, pag. 261 et 26.

(3) Scarpa. Op. cit. p. 166.

» tante, je la plonge dans le corps vitré. » Adams, à son tour, en déclarant qu'un homme exercé ne peut pas faire des erreurs de diagnostic, se trouve en peine de tracer les règles à suivre pour reconnaître la nature du cristallin, et élude la question, en disant : « Cette facilité de diagnostic » ne peut être ni décrite ni figurée; et l'on n'y parvient » qu'avec de l'habitude, de l'expérience et du tact. » Sans vouloir accorder trop de confiance aux signes indiqués par les auteurs comme caractéristiques, je crois cependant que l'on peut en tirer parti avec avantage, pour établir des présomptions puissantes en faveur de tel ou tel diagnostic. Les recherches pour acquérir une certitude suffisante sont d'autant plus importantes, selon moi, que l'on ne peut, et que l'on ne doit pas toujours employer la même méthode opératoire. Ainsi, quand on rencontrera un cristallin d'un gris cendré, à reflet opalin, coloré uniformément; quand en l'examinant avec une forte lentille, on n'y verra aucune oscillation ou mouvement intérieur, l'on pourra presque être certain à l'avance que le cristallin est résistant. Les mêmes conséquences pourront se tirer, lorsqu'on apercevra une couleur jaunâtre, légèrement mate, et dans laquelle la figure de l'examineur ne vient point se réfléchir. Les teintes foncées, brunes, indiquent, dans la plus grande partie des cas, une consistance solide dans le cristallin; chez les vieillards, la cataracte nacrée, uniforme, est presque toujours à l'état solide, tandis que le contraire a lieu chez les enfants et les adultes; et je puis affirmer, avec le professeur Scarpa, de n'avoir jamais rencontré de cataracte entièrement solide avant l'âge de trente à trente-cinq ans, si ce n'est deux ou trois cataractes pierreuses, occasionnées par de violentes ophthalmies varioleuses, et que l'on est presque toujours sûr de reconnaître à leur teinte café au lait marbré. Les cataractes couleur blanc de lait, plus ou moins azuré, sont toujours molles, soit qu'elles soient formées par l'humeur de Morgagni, soit par la fonte complète

du cristallin. Marc-Antoine Petit (1) dit que, dans ce cas on peut rencontrer au milieu de l'humeur laiteuse azurée, un petit cristallin jaune et solide. En examinant l'œil avec attention et au moyen d'une forte lentille, on y remarquera une espèce d'agitation ou de tremblement qui deviendra bien plus sensible lorsque le malade remuera la tête. Ce phénomène acquerra un degré d'évidence majeure si l'on frictionne la partie antérieure de l'œil à travers la paupière. Tout ce que nous venons de dire se rapporte aussi aux cataractes d'un blanc jaunâtre. Dans la cataracte membraneuse, au contraire, soit qu'elle ait son siège à la partie antérieure du cristallin, soit qu'il s'agisse de sa partie postérieure, la couleur n'est jamais uniforme : Beer, Rosas, Jüngken, affirment que la couleur est toujours claire, jamais uniforme, mais d'apparence tachetée, pointillée, veinée ou bigarrée. Lorsque le cristallin se présente à l'œil qui l'examine, avec une surface antérieure lisse, brillante, réfléchissant fortement la lumière et reflétant la figure de l'observateur, il est plus que probable qu'il s'agit, dans ce cas, d'une cataracte capsulaire, et qu'il est nécessaire de détruire avec soin cette capsule, soit que l'on pratique l'extraction, soit que l'on choisisse l'abaissement. Un point isolé, central, quelques veinules opaques, éparses, à apparence cotonneuse ou de bissolite, indiquent une altération de la surface du cristallin, et par conséquent de la capsule antérieure. Alors le cristallin est presque toujours solide, excepté dans les endroits opaques où il est légèrement ramolli. Toutes les fois qu'il est d'une couleur mate, blanche ou jaune, comme recouverte de moisissure ou semblable à la fumée, et lorsqu'une douce friction, pratiquée sur la paupière, lui imprime quelques oscillations, il faut redoubler de prudence si l'on pratique l'extraction, le cristallin pouvant

(1) Marc-Antoine Petit, *Leçons cliniques*, rédigées par M. Lusterbourg, page 44.

sortir seul et entraîner après lui une hernie considérable de l'iris ou une chute de l'humeur vitrée.

Quant à la cataracte branlante, ce phénomène est dû à ce que le cristallin racorni flotte dans une capsule intacte, et non point, comme le croyait Cusson (1), parceque, la crystalloïde postérieure est détachée du corps vitré, et qu'il existe un commencement d'exfoliation. Toutes les fois qu'on aura affaire à une cataracte de cette espèce, je crois qu'il y aura de grandes chances défavorables à courir, en employant l'extraction. Enfin, lorsque les cataractes sont inégales, boursoufflées, et qu'elles envahissent presque toute la chambre postérieure, que leur surface est nuageuse et bosselée, l'on peut être presque certain de rencontrer une altération hydatiforme ou puriforme du cristallin, circonstance aussi fréquente dans la jeunesse que rare dans un âge avancé.

Au reste, les cataractes capsulaires sont bien moins fréquentes qu'on ne le croit en général, et M. Dupuytren est tombé dans une erreur bien grave en annonçant que la cataracte membraneuse est à la cristalline, dans le rapport de un demi. On ne saurait se défendre de croire qu'il ne se fût glissé ici quelque erreur de rédaction ou d'impression, si ce fait avancé par le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, n'avait été reproduit par la *Lancette française*, dans ses leçons cliniques publiées dernièrement, ainsi que dans le *Répertoire général d'anatomie et physiologie*, tome 3°. Sur 264 opérations de cataracte, pratiquées à l'Hôtel-Dieu, et dont un tableau synoptique a été dressé par M. Hippolyte Royer-Colard, on trouve seulement la désignation spéciale de cataracte membraneuse, rapportée quinze fois; or, la différence de la proportion est bien autrement établie, et il y a loin des allégations aux faits : il faudrait, dans ce cas, fixer la proportion ainsi qu'il suit, $15 : 264 :: 1 : 16 \frac{3}{5}$. Il suffit de lire

(1) Cusson, *Dissertation sur la cataracte*, page 9.

les comptes rendus des cliniques oculistiques de Vienne et de Berlin, où l'extraction est plus généralement employée, pour se convaincre de la rareté des cataractes capsulaires primitives. Ici, il n'y a pas d'erreur possible : aussitôt que le cristallin est enlevé, on peut juger de l'état de sa capsule ; tandis qu'avec l'aiguille par abaissement ou par broiement, l'appréciation est plus douteuse. L'opinion que j'avance reçoit un degré de certitude par les résultats observés dans le service de M. Roux à la Charité ; qui, ainsi qu'on le sait bien, pratique toujours l'extraction : sur 179 opérations faites par ce chirurgien, il n'a rencontré que cinq capsules opaques ; ce qui donnerait le rapport suivant : 5 : 179 : : 1 : 34 4/5.

Ces calculs, sur l'exactitude desquels on peut compter, m'ont été transmis par un jeune chirurgien qui promet de soutenir dignement un nom placé bien haut dans les fastes de la chirurgie oculaire, M. Théodore Maunoir de Genève. Ils recevront, du reste, un plus ample développement dans sa thèse inaugurale (1). Les faits recueillis à la Charité contrastent donc entièrement avec ceux qu'a mis en avant le professeur de l'Hôtel-Dieu.

Dans un ouvrage périodique, j'ai déjà fait sentir l'importance qu'il y avait de s'assurer avec soin des rapports de l'iris avec le cristallin ou ses annexes (2). Il faut donc, je le répète, mettre la plus grande attention dans ces recherches, car le choix du procédé et le succès de l'opération en dépendent. Ainsi, après avoir minutieusement examiné l'organe affecté à œil nu, ou à l'aide d'une loupe, et l'avoir considéré dans toute les positions avec des degrés de lumière variés, afin de solliciter les contractions pupillaires, on pourra conclure qu'il n'existe aucune adhérence fâcheuse si la pupille se dilate et se contracte uniformément,

(1) La thèse a paru pendant que ce travail était sous presse.

(2) *Bulletin Thérapeutique*, année 1833, page 83, tome V.

si le trou de la prunelle n'offre aucun tiraillement, ou si une partie de celle-ci n'est point trop lente à revenir dans son type normal. On pourra tirer des inductions contraires toutes les fois que les mouvements iriens seront bornés à une partie de l'iris, ou bien lorsqu'ils déformeront plus ou moins la pupille pendant leur action. Il faudra qu'on ait soin de vérifier si cette irrégularité de la pupille est constante, si elle persiste après plusieurs contractions, et si l'on peut reconnaître entre la capsule crystalloïde et la face postérieure de l'iris les brides qui produisent cette déformation. Il n'est pas moins nécessaire de fixer son attention sur la forme qu'affecte la pupille pendant ce moment de dilatation, afin d'en pouvoir tirer plus tard les conséquences pratiques indispensables au succès de l'opération. Mais un opérateur prudent ne s'en tiendra point à cet examen préliminaire : il fera sagement d'obtenir, à quelques jours d'intervalle, des dilatations variées de la pupille, en employant des instillations graduées de solution de belladone. Ces nouvelles recherches lui fourniront de précieux avantages ; d'abord celui de constater la forme habituelle que prend la pupille pendant la dilatation, puis de reconnaître les principaux points d'où partent les liens anormaux qui entravent les contractions pupillaires ; enfin, il parviendra probablement à détruire ces adhérences par une violente dilatation de la pupille ; ce dont j'ai été témoin plusieurs fois, et que l'on ne saurait révoquer en doute, puisque l'action de la belladone sur l'iris est telle, qu'en sollicitant une dilatation prompte et énergique, on réussit souvent à réduire une hernie de cette membrane. Il ne faut point prendre pour résultat des adhérences, la lenteur avec laquelle s'opèrent, dans mainte occasion, la dilatation ou la contraction de l'iris : cette paresse ou cette torpeur est due à l'influence mécanique qu'exerce sur l'iris un cristallin hyperémié, dont la convexité antérieure a détruit presque toute la chambre postérieure.

Tout ce que nous venons d'exposer, prouve jusqu'à l'évidence qu'il est du plus haut intérêt de bien connaître la nature de la cataracte et ses rapports avec les parties voisines. M. Guillié (1) avait bien apprécié toute la valeur de ce précepte, lorsqu'il disait : « Une chose importante à observer, c'est la connaissance des complications dont la cataracte est susceptible, complications desquelles dépend le choix des méthodes curatives et même le succès du traitement. Que le cristallin soit dur ou mou, pierreux ou laiteux, un opérateur exercé ne sera jamais arrêté pour n'avoir pas connu antérieurement ces divers états, quelque procédé opératoire qu'il mette en pratique. Mais en sera-t-il de même pour ceux qui débudent dans la carrière ? »

Si les complications de la cataracte se bornaient à celles que nous venons de décrire, il serait, en général, assez facile d'y remédier ; mais il n'en est que trop souvent autrement. L'amaurose ou goutte sereine, les affections de la rétine, les hydrophthalmies, les inflammations chroniques de l'œil, les ptérygions et autres végétations anormales, le trichiasis, le distichiasis, l'entropion, le scorbut et la plique polonaise, sont autant de complications fâcheuses qu'on n'est pas assez heureux pour combattre toujours avec avantage, et qui peuvent compromettre le succès de l'opération le plus habilement et le plus heureusement exécutée.

J'ai attendu jusqu'ici pour parler de la cataracte noire, parce que cette maladie, étant si souvent confondue avec la goutte sereine, il est de la plus haute importance d'en faire connaître les caractères distinctifs, afin de redoubler d'efforts, pour que ceux qui en sont atteints, ne soient point condamnés à une nuit perpétuelle. Grâce à l'habileté de M. Wensel père, le maréchal de Molk, de Vienne, déclaré amaurotique par Van-Swieten et de Haën, recouvra

(1) Guillié, *Bibliothèque ophthalmologique*, page 55.

la vue par l'extraction d'une cataracte entièrement noire. M. Wenzel rendit le même service à M. Tonnelier, secrétaire des commandements de Madame Adelaïde de France, qui avait été déclaré amaurotique et abandonné, comme tel, à une cécité absolue de plusieurs années, par les hommes les plus distingués de la capitale (1). Le fait suivant dont je suis redevable à l'obligeance de M. Graefe, et que j'avais déjà vu rapporté dans un journal (2), fera de plus en plus sentir la nécessité où l'on est de tenir le compte le plus scrupuleux des signes différentiels des deux affections qui nous occupent. S. A. R. le duc de Cumberland, frère du roi d'Angleterre, ayant perdu complètement l'œil gauche depuis quelques années, s'aperçut que la vue de l'œil droit s'altérait de jour en jour, au point de ne pouvoir plus lire ni écrire. Malgré les soins les plus éclairés et le traitement le plus énergique, ses facultés visuelles allaient s'éteignant chaque jour davantage. Tout ce que la Grande-Bretagne avait de chirurgiens et d'oculistes recommandables, fut appelé à donner des avis à S. Altesse, et presque tous convinrent de l'impuissance des traitements dirigés contre une affection qu'ils croyaient amaurotique. Réduit au désespoir par une décision aussi funeste et aussi unanime, S. A. se rendit à Berlin pour se confier aux soins de M. le professeur Graefe, dont la haute réputation est pleinement justifiée par les succès les plus brillants. La pupille était très-noire, uniforme; on n'y reconnaissait aucun reflet ni chatoiements: l'iris était très-impressionnable à la lumière; il se dilatait et se contractait très-régulièrement. Ces symptômes n'étant point assez concluants pour asseoir son opinion, le chirurgien berlinois chercha à obtenir la plus grande dilatation possible de la pupille au moyen de fortes doses de belladone. A peine y fut-il parvenu, qu'il

(1) Wenzel, *Traité de la cataracte*, page 39 et 41.

(2) *Journal de chirurgie*, 10. Band, p. 3. H. fr. von Graefe,

reconnut dans la grande circonférence du cristallin un ou deux points blanchâtres et piquetés, qui ne lui permirent plus de douter que l'on avait affaire à une opacité foncée du cristallin. L'opération prouva la justesse et la sûreté de ce diagnostic, et, nonobstant la réunion de plusieurs circonstances fâcheuses, l'opération réussit au point que le malade put, en se servant de lunettes, lire, de loin et de près, avec une précision et une clarté qui ne laissèrent rien à désirer.

Qui oserait aujourd'hui nier l'existence de la cataracte noire. Si les travaux de Biobé ont laissé des incrédules, les faits que j'ai observés, et surtout ceux présentés à la société anatomique par un jeune chirurgien d'un rare mérite, mon ami Alphonse Robert, mettent au néant toute contestation pyrrhonienne.

Il est bien constaté, aujourd'hui, que la mobilité ou l'immobilité de la pupille, n'est pas toujours un signe certain d'amaurose; mais il faut cependant remarquer que l'on rencontre un bien plus grand nombre d'amauroses avec paralysie de l'iris, qu'accompagnées du mouvement de ce dernier. Sa mobilité sera donc déjà un signe que l'on pourra prendre en considération, comme rassurant, surtout si la vue du malade peut s'exercer plus nettement, le soir et le matin, et plutôt dans les endroits obscurs qu'au grand jour. En examinant attentivement le cristallin, il est facile de voir qu'il a perdu sa transparence, et qu'il est réduit à un état amorphe d'un plus beau noir. En projetant sur lui un rayon lumineux, au moyen d'un miroir concave ou d'un prisme, on se convaincra aisément que la lumière ne le traverse point pour aller se réfléchir au fond de la cavité oculaire.

« Si la couleur noire du cristallin, dit M. Boyer (1), dont
» tout le monde connaît l'esprit d'observation, est un peu
» mélangée, le diagnostic est moins obscur, et l'on peut, en

(1) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, tome V, article Cataracte, page 500 à 509.

» examinant l'œil attentivement , reconnaître la nature de la maladie. » Les divers signes , dont il vient d'être question , fourniront un plus grand degré de probabilité , si l'on considère que les sujets affectés de cataracte noire , ont perdu la vue peu à peu , graduellement ; tandis que l'amaurose , en général , débute rapidement , et suspend tout à coup les fonctions visuelles. Les malades , atteints de cataracte , voient mieux aussi sur le côté , par une raison physique qui est trop simple pour être expliquée. Je n'ai pu rencontrer ce fait chez plus de deux cents amaurotiques que j'ai examinés , avec soin , aux Incurables de Pavie , aux Invalides , à Bicêtre , à la Salpêtrière et dans divers établissements de bienfaisance de Paris et de France. Ainsi , pour moi , se trouvent tout à fait mises au néant les opinions attribuées , par Samuel Cooper , à Beer et Richter , qui prétendent que , dans l'amaurose , il arrive fréquemment que le malade peut encore voir sur le côté , parce que , suivant eux , c'est le centre de l'œil qui paraît le plus souvent affecté ; d'où il résulte , disent-ils , que la plupart des malades , atteints d'un commencement d'amaurose , voient mieux les objets de côté qu'en face. Ici trouvent leur place , de nouveaux moyens de diagnostic dus à M. le professeur Sanson dont on connaît la sagacité , et la profondeur en fait d'observations (1).

Ce que je viens de dire est plus que suffisant pour empêcher de prendre une amaurose pour une cataracte noire. En supposant encore que cette erreur de diagnostic fût commise , qu'en arriverait-il ? Quel est l'homme qui , après avoir inutilement essayé toutes les médications capables de le guérir d'une amaurose , refuserait de se soumettre à une opération peu douloureuse , sans danger , et qui pourrait peut-être fournir les mêmes résultats que celle pratiquée par

(1) Voir les notes à la fin de l'ouvrage.

Wenzel, au grand maréchal de Molk ? Dans cet état, il faudrait toujours, autant que possible, faire l'extraction, parce que le cristallin pouvant être alors examiné, on saurait à quoi s'en tenir sur le succès probable de l'opération.

Malheureusement, l'amaurose peut exister en même temps qu'une cataracte ordinaire, et c'est à cette complication qu'il faut attribuer l'insuccès d'un grand nombre d'opérations. On ne saurait donc trop prendre de précautions pour en reconnaître la co-existence. Il importe que le malade soit examiné avec soin, par une foule d'expériences et d'interrogations, afin de constater comment la cécité s'est produite, et à quel degré la vision s'exerce encore. Pendant cet examen, il est bon de se défier, en général, des assertions des malades qui, dans le désir d'être soumis à une opération, dont ils espèrent beaucoup, trompent le chirurgien sur le véritable état de leur vue. Quand il s'élève des soupçons sur leur véracité, je crois qu'on doit ajourner l'opération, et les examiner au moment où ils y pensent le moins et sans qu'ils s'en aperçoivent.

Lorsqu'il existe une hydrophthalmie conjointement avec la cataracte, il faut être excessivement réservé dans le choix du procédé à employer. Souvent, après l'opération, les malades ne voient point; plus souvent encore l'affection augmente et dégénère en Buphtalmie. D'autres fois, plusieurs mois après l'opération, on voit l'œil revenir peu à peu sur lui-même, puis la vision se développer par degré, et les malades distinguer ensuite tous les objets. Cet heureux résultat est produit par la cessation insensible de la longue compression qu'occasionnaient les humeurs accumulées sur la rétine et le nerf optique. Les maladies du corps vitré, ses altérations glaucomateuses et son extrême fluidité, peuvent quelquefois accompagner la cataracte. La présence du glaucome est toujours fâcheuse; mais il n'en est pas de même de la fluidité de l'humeur vitrée. Une chose qui m'étonne, c'est que quelques ophthalmolo-

gistes allemands aient recommandé, de préférence, l'adoption de telle ou telle méthode, lorsque l'on a à craindre la liquéfaction du corps vitré. Je leur demanderai comment, de bonne foi, il leur serait possible d'indiquer les signes capables de faire connaître *à priori*, cette liquéfaction ; et Adams (1), qui s'est beaucoup retranché derrière cette maladie de l'humeur vitrée, serait fort embarrassé de montrer comment il reconnut que, sur trente pensionnaires de l'hôpital de Greenwich, qu'il avait opérés, quatorze avaient l'humeur vitrée désorganisée en partie ou en totalité. Serait-ce parce qu'il avait vu filer le long de son aiguille à deux tranchants, plus d'humeur limpide qu'à l'ordinaire ? Mais ceci n'est point un signe de la dissolution du corps vitré, puisque, quand on pousse l'aiguille à deux tranchants, ou son petit couteau, à travers la sclérotique, dans la chambre postérieure, les divers mouvements que l'on fait avec l'instrument, font évacuer une plus grande quantité de fluides aqueux, qui laissent croire à la dissolution de l'humeur vitrée. D'ailleurs l'instrument, au moment où il traverse la sclérotique dans la chambre antérieure, divise nécessairement quelques cellules hyaloïdiennes, dont le contenu se mêle à l'humeur aqueuse. La tendance à des opinions préconçues et à des hypothèses est si grande chez l'oculiste anglais que nous venons de citer, qu'il n'hésite pas à déclarer que la dissolution de l'humeur vitrée est si fréquente chez les vieillards, qu'il est porté à penser que cet état est propre à cet âge de la vie. Cependant, j'ai examiné plus de deux cents yeux de vieillards, sans rencontrer une seule fois cette dégénérescence du corps vitré, que j'ai observée cinq ou six fois chez des enfants qui avaient succombé à des scarlatines compliquées d'ophtalmie interne. Est-il sûr, en outre, que la liquéfaction, dont on parle, soit un obstacle à la vision ?

(1) Adams W., ouvrage cité, page 105 et 327.

Je ne le crois point, puisque dans un cas que je dois à l'obligeance du professeur Scarpa, et que j'ai communiqué à la Société Médicale d'émulation (1), un jeune homme avait l'humeur vitrée si fluide, que son cristallin opaque, libre de toute adhérence, se précipitait au fond de l'œil toutes les fois qu'il se couchait sur le dos, sans qu'il y eut cécité.

Au reste, le professeur de Pavie, dont on ne saurait révoquer en doute l'exactitude, dans ses lettres à Maunoir (2), déclare que, pendant trente et plus d'années qu'il a enseigné l'anatomie, cette liquéfaction du corps vitré ne s'est jamais présentée à lui, et que, dès la publication de l'ouvrage d'Adams, il a fait disséquer quarante yeux de vieillards de soixante ou quatre-vingts ans, sans rencontrer cette désorganisation de l'humeur vitrée.

Il est plus facile de constater les inflammations chroniques de la conjonctive palpébrale et oculaire, parce que, dès l'instant qu'elles datent d'un peu loin, l'engorgement des vaisseaux sanguins, inappréciable à l'œil nu dans l'état sain, constitue un réseau vasculaire caractéristique. Lorsque cet état est le résultat d'une inflammation catarrhale, en examinant attentivement l'intérieur des paupières, on y découvre une infinité de petites pustules analogues à celles qui existent sur les muqueuses intestinales dans la psorenterie (3), et qu'un rien peut faire passer à l'état aigu : circonstance dans laquelle elles secrètent un mucus puriforme, dont la présence est capable d'empêcher la réunion

(1) Lettres de Scarpa au professeur Maunoir. *Compte rendu de la Société médicale d'émulation.*

(2) Scarpa, ouvrage cité, page 159.

(3) MM. Serres et Nonat ont reconnu une altération analogue dans les bronches des cholériques, et j'ai montré à ce dernier sur des paupières atteintes d'affection catarrhale, des pustules, qu'il m'a assuré être en tout semblables à celles qu'il a décrites avec le célèbre anatomiste dont il a été le collaborateur.

du lambeau de la cornée, si l'on a opéré par extraction, ou de produire une suppuration dans le lieu où l'on a pratiqué la ponction de l'œil, si l'on a mis en usage la scléroticonyx ou la kératonyxis. Les autres inflammations chroniques de l'œil, celles surtout qui sont accompagnées d'hypérémie de la conjonctive palpébrale et oculaire, passent facilement à un état phlogistique sous l'influence de la moindre excitation, et personne ne peut révoquer en doute que, dans l'opération de la cataracte la mieux faite, n'importe le procédé, il n'y ait un effet traumatique qui, déterminant une inflammation dans un œil sain, peut à plus forte raison, la développer dans un œil qui ne l'est pas. Ces réflexions s'appliquent principalement à la présence de divers degrés de ptérygion, corps triangulaire dont la base est à la sclérotique et le sommet plus ou moins rapproché du centre de la cornée. Cette maladie, qui est une phlébectasie locale de l'œil, avec ou sans dégénérescence de tissus, envoie souvent des prolongements sur la cornée, et, en examinant celle-ci avec une lentille, on est tout étonné de voir un grand nombre de vaisseaux qui serpentent sur la cornée transparente. Qu'arriverait-il, je le demande, si, avec une complication de cette espèce, on tentait une opération de cataracte par extraction ou par abaissement? Les points qui, dans les deux cas, doivent être divisés par l'instrument tranchant ou piquant, ne sont-ils pas dans des conditions propres à faire surgir des accidents consécutifs, dont il sera malaisé de prévenir, de borner les effets? L'un des grands bienfaits de la chirurgie moderne, c'est d'avoir enseigné qu'il faut, toutes les fois qu'il est possible, n'exercer la diérhèse que sur des parties saines, ou du moins ramenées, par la thérapeutique, dans des conditions favorables à l'application de l'instrument. Ce que nous venons de dire du ptérygion, s'applique à toutes les végétations de la conjonctive et de la caroncule lacrymale. Il faudra

donc s'occuper du traitement de ces diverses affections oculaires, avant d'en venir à l'opération de la cataracte. Je renvoie aux ouvrages didactiques pour les médications à employer. Je recommanderai seulement d'exciser les ptérygions dans tous les cas, et de cautériser la place où ils étaient, avec un crayon de nitrate d'argent fondu, ainsi que le recommandait Forlenza (1) dans une dissertation publiée à Strasbourg. Si l'inflammation chronique de la conjonctive oculaire est occasionnée par la déviation de quelques cils, ou par l'existence surnuméraire de quelques-uns d'eux, l'on doit songer à remédier à cette complication. Quand la maladie est poussée au point de constituer un entropion, il faut prendre de plus grandes précautions encore, afin d'éviter de plus graves accidents. La présence de cette dernière complication est surtout très-funeste lorsqu'on pratique l'extraction : la paupière qui se renverse, irrite le lambeau de la cornée, le soulève, s'y introduit et en empêche la réunion exacte, quand elle ne s'y oppose pas tout à fait. Ware (2), qui a rencontré bien souvent des cas de cette nature, dit, que ce serait commettre une imprudence fort grave, que de tenter l'opération de la cataracte avant d'avoir guéri le renversement des paupières.

Il est une foule d'autres affections générales qui peuvent s'opposer à la réussite de l'opération de la cataracte. Il faut placer en première ligne les affections rhumatismales, gouteuses, scorbutiques et vénériennes, qui donnent aux inflammations oculaires un degré de gravité dont on se rendra raison en consultant les ouvrages qui traitent des ophthalmies spécifiques. On ne se décidera donc à pratiquer l'opération de la cataracte que lorsque, par un traitement

(1) Forlenza, *Dissertation sur la pupille artificielle*, Strasbourg, 1805, page 13.

(2) Ware, *Inquiry in to the frequent cause of failure of success in extracting the cataract*, page 330.

approprié, et que l'on trouvera exposé tout au long dans les ouvrages sus-mentionnés, l'on aura placé le malade dans des conditions avantageuses.

Je ne terminerai pas cet article sans faire remarquer que les différents degrés de la plique polonaise, sont un empêchement constant au succès de l'opération de la cataracte, quel que soit le procédé employé, circonstance observée et longuement développée par le professeur Rust, de Berlin (1).

Maintenant je vais exprimer mon opinion sur ce que j'entends par une saison d'été favorable à l'opération de la cataracte.

On peut pratiquer cette opération à toutes les époques de l'année, mais en général, l'on préfère les époques où la température est plus uniforme et moins variable. C'est surtout dans les pays où il n'y a pas d'hôpitaux avec des salles spéciales préparées pour les malades opérés de la cataracte qu'il faut attendre un temps convenable pour faire des opérations de cataracte, et soustraire les opérés aux influences atmosphériques auxquelles, ils sont très-exposés.

Dans la pratique civile, les choses ne se passent pas ainsi; avec des calorifères, et des thermomètres l'on peut tenir les malades dans une température uniforme, tout à fait convenable. C'est pour cette raison que je n'hésite pas à opérer en hiver, car il n'y a pas d'hiver quand on prend les précautions nécessaires.

J'ai longuement, du reste, traité ce point important de thérapeutique dans le journal des connaissances médicales et chirurgicales. Tom 1.

(1) *In Rust magazin*, Band I, page 331.

CHAPITRE IV.

DU CHOIX DU PROCÉDÉ.

C'est une question grave et du plus haut intérêt sans doute, que d'examiner le cas où tel procédé doit être employé de préférence à un autre. Que d'ouvrages ont été publiés en faveur de l'extraction, ou contre elle ! De combien de diatribes l'abaissement n'a-t-il point été le sujet ! Au milieu d'un tel conflit, nous serions bien en peine de répondre autrement que nous l'avons fait dans le commencement de ce travail. La question elle-même est peu digne de la science, et MM. les professeurs Dupuytren et Rossi avaient judicieusement observé dans leurs savantes leçons, qu'on pourrait demander, avec autant de raison, qu'elle est la méthode curative unique par laquelle on parviendrait à guérir toutes les phlegmasies du poumon ou des autres viscères. Pour les chirurgiens de bonne foi, il ne peut donc pas y avoir de préférence exclusive dans l'emploi de l'abaissement ou de l'extraction. Je ne m'occuperai donc ici, que de l'appréciation exacte des cas qui réclament tel ou tel procédé. Ce n'est qu'en recueillant des faits, qu'en les discutant avec impartialité, que l'on parviendra à éclairer les diverses opinions en litige sur ce point important de la chirurgie oculaire. Car, en fait de science, il faut moins tenir compte des opinions et de l'autorité des auteurs, que des faits recueillis avec sagacité et discernement : on sent toute la valeur qu'aurait un travail établi sur les bases que je viens de tracer. En lisant les écrits polémiques publiés pour ou contre l'extraction ou l'abaissement, partout on voit percer la mauvaise foi, l'injustice, l'amour propre blessé ou des espérances déçues, qui se révèlent en récriminations amères, en personnalités offensantes, et souvent dans des calculs dont l'impudeur se trahit

à chaque instant; tout cela écrit dans un style tellement passionné, qu'on n'en trouve d'égal ou de supérieur que dans les disputes des lithotomistes anciens et modernes.

Je sens combien il est difficile de se défendre d'une préférence pour une méthode que l'on a vue pratiquer dès son enfance, que l'on vous a toujours répété être la meilleure, et qui souvent ne vous paraît telle, que parce que vous n'avez pas été à même d'observer ce qui se passe dans les cas, où l'on emploie d'autres procédés. Et si l'on forme son opinion d'après les écrits publiés sur cette matière, on risque de s'écarter beaucoup de la vérité. Ainsi, par exemple, après avoir lu l'ouvrage publié par Samuel Cooper (1) en faveur de la dépression, et celui de Ware (2) concernant la supériorité de l'extraction, il sera difficile à un jeune chirurgien, de se débrouiller du chaos de contradictions où l'aura plongé la lecture de ces deux pamphlets. Quant à moi, j'ai eu le bonheur de voir pratiquer les deux méthodes un assez grand nombre de fois et par des hommes qui pouvaient, par leur habileté ou par l'appui de leur nom, faire pencher la balance en faveur de tel ou tel procédé, si par un scepticisme dont je m'étais fait une loi invariable, je n'avais pas tenu compte des faits et non des préceptes. Et comme, après avoir beaucoup observé, je dois par conséquent m'être formé une opinion, j'avoue, de bonne foi, que dans la plupart des cas, l'abaissement me paraît devoir être plus convenable; mais qu'il en est aussi qui réclament impérieusement l'extraction. Comme le public ne doit point tenir compte de mes préférences, et que ce n'est point dans ce but que j'écris, voici, selon moi, les circonstances qui réclament l'emploi de l'abaissement. Afin de les résumer avec plus de clarté et d'exactitude, je les formule en propositions.

(1) Samuel Cooper, *Critical reflections on several important practical points relative to the cataract*, London, 1805.

(2) Ware, ouvrage cité, page 358.

I.

L'abaissement doit être pratiqué de préférence à l'extraction chez les individus faibles, atteints d'affections rhumatismales, arthritiques, herpétiques, scrofuleuses, syphilitiques, scorbutiques; enfin, chez ceux qui ont reçu en partage un mauvais tempérament.

II.

Il en sera de même chez ceux qui sont fréquemment atteints de vomissements, de catharres suffocants, d'accès hystériques ou épileptiques, et d'autres phénomènes nerveux qui provoquent promptement des évanouissements.

III.

On préférera l'abaissement chez les sujets qui, en raison d'une difformité vertébrale, ou d'une affection asthmatique ou précordiale, ne peuvent pas rester couchés sur le dos.

IV.

Toutes les fois que l'on aura affaire à des sujets méticuleux, douillets, peu raisonnables et qu'il est difficile de soumettre au repos absolu.

V.

Il faudra choisir ce procédé lorsque les yeux sont très-saillants, gonflés, comme hydrophthalmiques, et qu'ils sont de nature *vulnérables* (1) : lorsque le malade est sujet au blépharospasme et aux mouvements convulsifs de la tête. Il en sera de même pour les cataractes caséuses, gélatineuses qui, par leur volume, chassent le cristallin en avant et détruisent ainsi presque totalement la chambre antérieure ;

(1) Voyez Jüngken, Beer, Fabini, pour la valeur de ce mot.

accident que l'on rencontre même, avec des cataractes dures, chez les vieillards excessivement presbytes.

VI.

L'expérience a prouvé que les cataractes capsulaires parfaites, et capsulo-lenticulaires, doivent être abaissées, parce que, si l'obscurcissement est dans la face antérieure de la capsule, celle-ci doit être ouverte largement et détruite en son entier. Si l'opacité est à la face postérieure, il faut pratiquer la même opération, qui ne serait pas sans danger si l'on avait à faire l'extraction.

VII.

L'abaissement mérite aussi la préférence toutes les fois que la conjonctive oculaire et palpébrale est atteinte d'inflammation chronique ou de phlébectasie. Lorsqu'il s'agit de cataractes congéniales, branlantes, hydatiformes, et toutes les fois qu'il existe plus ou moins d'adhérences de l'iris avec la capsule, ou de celui-là avec la cornée.

VIII.

Il faut choisir la dépression quand on rencontre des yeux petits, mobiles, profondément enfoncés dans l'orbite, ou lorsque les paupières sont fort étroites, et que l'on peut craindre une dissolution de l'humeur vitrée. Il en est de même, si la cornée transparente est le siège de taches, de cicatrices ou de toute autre maladie intéressant sa forme et sa consistance.

—

Quant à l'extraction, voici les cas où elle est surtout applicable :

I.

Toutes les fois que l'on aura affaire à des hommes forts,

vigoureux, excessivement dociles, et dont toutes les fonctions s'exécutent parfaitement.

II.

On en usera de même lorsque l'on soupçonnera l'existence d'une cataracte noire, qui aurait pu simuler une amaurose, parce qu'alors c'est un diagnostic établi les pièces à la main.

III.

L'extraction est également préférable quand on pense rencontrer un cristallin très-dur et pierreux, qui ne serait point ou serait difficilement absorbé, et qui, par son poids, occasionnerait quelque accident sur la rétine où on l'aurait abaissé.

IV.

On suivra la même méthode toutes les fois qu'on craindra que, vu l'âge avancé du malade, le cristallin ne soit point absorbé, et que, par sa présence il ne détermine la formation de pseudomembranes qui compromettent ensuite la vision.

V.

Lorsque l'on a diagnostiqué une cataracte produite par l'humeur de Morgagni; car, dans ce cas, le cristallin se trouvant sain et transparent, on ne peut s'assurer des effets de l'aiguille pour le déprimer.

VI.

Quand il est question d'une cataracte pyramidale qui, en général, offre une grande résistance à l'aiguille, tandis qu'elle s'extrait très-facilement : quand on rencontre une cataracte aride-siliqueuse.

VII.

Si la partie de la sclérotique, où l'on doit introduire l'aiguille, est atteinte de staphylôme ou de ptérygion très-adhérent, il est indispensable d'avoir recours à l'extraction.

VIII.

Enfin, si l'un des yeux ayant déjà été opéré à plusieurs reprises par l'abaissement, la vue n'est point rétablie, on tentera l'extraction; parce que, lorsque cette dernière réussit, la cure est radicale et la guérison très-prompte.

CHAPITRE V.

POSITION DÉSAVANTAGEUSE DU MALADE PENDANT L'OPÉRATION.

On a beaucoup écrit sur la position à donner au malade pendant l'opération de la cataracte, mais je crois que cette polémique n'a point éclairé la question; et ceux qui veulent, dans tous les cas, et chez tous les individus, employer la même position, sont, à mon avis, aussi blâmables que ceux qui opèrent toujours par le même procédé. L'expérience m'a prouvé qu'il n'était pas indifférent de placer le malade dans une position plutôt que dans une autre, quand il devait subir l'opération de la cataracte. Ainsi, par exemple, la position horizontale sur un lit quelconque, recommandée par Poyet, dans l'extraction, et par M. Dupuytren, dans l'abaissement, ne donne point les mêmes résultats dans les deux opérations, et je suis persuadé qu'autant cette position est avantageuse dans l'extraction, autant elle est nuisible dans l'abaissement, par les raisons

que nous expliquerons plus tard. Quant à moi, suivant l'exemple de Marc-Antoine Petit, de Rowley et de Pamard, qui ont obtenu de si beaux succès, j'ai toujours opéré les malades, sur lesquels je pratique l'extraction, en les couchant sur un lit, la tête légèrement élevée par un coussin et assujettie par la main d'un aide qui fixe le front. Dans cette position, on redoute moins les mouvements du malade, ainsi que ceux de l'aide chargé de le maintenir. Le corps vitré, pesant sur lui-même et sur le fond du globe, est moins exposé à sortir pendant l'opération. La même chose arrive pour l'humeur aqueuse : l'iris, par la même raison, se présente moins au devant du couteau ; l'opérateur voit mieux le fond du globe de l'œil ; sa main est plus sûre, parce qu'en opérant debout, il l'élève à la hauteur de l'œil, en plaçant son pied sur une chaise et appuyant son coude sur le genou qu'il a fléchi. Ce point d'appui et celui que la main trouve sur la tempe du malade, donnent à cette main toute la sûreté convenable pour ponctionner la cornée et terminer l'incision avec promptitude et facilité. Dans la position horizontale, la tête ne peut pas fuir en arrière, ce qui arrive facilement quand elle est placée sur la poitrine d'un aide, dont en outre les mouvements d'inspiration et d'expiration, impriment à la tête de l'opéré des oscillations qui ne sont point sans danger. C'était pour obvier à ces derniers accidents que Barth (1) opérait le malade, droit contre un mur, en écartant lui-même les paupières, afin, dit-il, que toute retraite en arrière fût impossible. Assalini (2), qui avait été témoin d'opérations pratiquées de cette manière, adopta par la suite cette position dont, par erreur, quelques écrivains l'ont déclaré l'inventeur. Richter et Beer avaient bien senti les inconvénients de l'application

(1) Barth, *Etwas über die Ausziehung des grauen Staares für den geübten Operateur*, Wien, 1797.

(2) Assalini, *Ricerche sulle pupille artificiali*, page 14, Milano, 1811.

de la tête contre la poitrine de l'aide, lorsqu'ils proposèrent de se servir d'un siège à dos élevé et fixe pour contenir le malade. Afin d'être encore plus maître de ses mouvements, Benjamin Bell (1) avait fait construire un fauteuil à crémaillère, monté sur un genou mobile et supportant une pelote creuse dans laquelle on plaçait la tête du malade. Quand on opère ainsi, on maintient assez bien la tête dans une position convenable. Dans la position horizontale, les mouvements et les évanouissements sont beaucoup moins fréquents, et M. Velpeau (2), qui l'a déjà employée vingt-cinq fois, ne comprend pas pourquoi l'on n'y a pas plus souvent recours. La seule difficulté qu'elle offre, c'est que le chirurgien doit toujours se placer du côté de l'œil affecté, et que, de rigueur, il faut être ambidextre. On peut cependant quelquefois se placer derrière le malade pour opérer avec la main droite l'œil du même côté; enfin, j'ai observé, que lorsque l'on pratique l'extraction dans le lit, l'œil est beaucoup moins au devant de la pointe du kératome.

Autant nous sommes persuadés des avantages de cette position dans l'extraction, autant nous croyons qu'elle est contraire dans l'abaissement, et cela, parce que, lorsque le cristallin est déprimé, il se trouve, placé, non point comme le recommandent Scarpa et Panizza (3), à la partie postérieure et un peu externe du globe de l'œil, entre les muscles adducteurs et l'abaisseur de l'œil, mais bien à la partie postérieure de cet organe. En disséquant l'organe, on le rencontre alors presque toujours entre le corps jaune de Sæmmering et le trou criblé de la sclérotique qui donne passage au nerf optique. Ce qui explique, à mes yeux, pourquoi un grand nombre de malades, opérés par M. Du-

(1) Benjamin Bell, *A Systeme of surgery*, Planche XXVIII.

(2) Velpeau, *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, tome I, page 724.

(3) Bartolomeo Panizza, *Della depressione della cataratta*, planche III.

puytren, qui les place toujours dans cette position, ne voient point; quoique leur pupille soit noire et très-nette, et que l'iris jouisse de toute la contractilité désirable (1).

En effet, lorsque le cristallin est déprimé en masse, quelque heureuse que soit l'opération, quelques légers qu'apparaissent les symptômes consécutifs, le cristallin plongé dans les cellules hyaloïdiennes, s'entoure souvent d'un petit cercle inflammatoire, de quelques petites pseudo-membranes rayonnantes. Quelques faits que j'ai observés, en 1820, à la Salpêtrière, ont été corroborés par les recherches et les observations recueillies par Sœmmering fils (2), offertes à son père pour célébrer la fête qui lui fut donnée à l'occasion de l'anniversaire de sa cinquantième année de doctorat. Les pièces pathologiques qui ont servi à faire les planches de cet ouvrage existent encore dans le cabinet de ce célèbre anatomiste, où elles ont été examinées avec soin par M. le professeur Jules Cloquet (3), qui a lui-même recueilli et dessiné des faits analogues (4). On conçoit, en effet, qu'un corps opaque, entouré de membranules plus ou moins épaisses, doit être un obstacle immense à la vision, lorsqu'il est placé dans une partie de l'œil que tous les anatomistes s'accordent à regarder comme le centre visuel. Cela est si vrai que, lorsqu'il existe chez ces malades un peu de vision, c'est surtout par la partie supérieure qu'elle s'exerce. C'est pour cette raison que nous croyons que la position recommandée par Scarpa et Panizza, est la plus convenable pour pratiquer l'abaissement.

(1) Voir les notes à la fin de l'ouvrage.

(2) Sœmmering. *Mémoire inséré dans le Journal hebdomadaire.*

(3) Cloquet, *Thèse du concours pour la chaire de pathologie chirurgicale*, page 130, planche X.

(4) Je dois me justifier ici d'un reproche que m'a adressé M. le professeur d'Ausmon, c'est de n'avoir point parlé de l'anatomie de l'œil après l'opération de la cataracte. Ce travail serait tout en dehors de mon but, et ne doit figurer que dans un traité général des maladies des yeux.

S'il s'agit d'une cataracte congéniale chez un enfant très-jeune, il sera convenable de l'emmailloter dans des langes, et de le placer, comme le recommande M. Lusardi, sur le bord d'une table, entre les cuisses d'un aide fort et intelligent.

Afin de donner à la tête un degré suffisant de rectitude et de solidité, les oculistes arabes, modernes, placent, sur celle de l'individu qu'ils doivent opérer, plusieurs circulaires de bandes, puis une marmite de fonte un peu inclinée en arrière, et qui oblige les muscles antérieurs du cou à un antagonisme suffisant pour empêcher le renversement absolu de la tête en arrière. Par ce moyen, la tête est fixée sans être appuyée en aucune manière, et l'opérateur peut se passer d'aide et écarter lui-même les paupières, comme le faisait Barth, et ainsi que je le pratique moi-même dans un grand nombre de circonstances.

Il y a longtemps qu'on se demande si l'on doit opérer les deux yeux à la fois. Cette question est loin d'être résolue ; cependant les plus grands chirurgiens se prononcent pour l'opération pratiquée successivement et à de longs intervalles. En effet, Scarpa, Dubois, Dupuytren, Panizza, Monteggia, Rossi, Geri, Riberi, Gensoul, Samuel Cooper, Maunoir, Saunders, Travers et Assalini soutiennent qu'il est plus convenable d'opérer un seul œil à la fois, et Marc-Antoine Petit (1), qui a obtenu des succès vraiment remarquables, disait : « J'ai peu souvent opéré deux yeux dans » la même saison, et je crois utile de mettre un intervalle » un peu long entre le traitement de l'un et celui de l'autre. » La vérité de ce principe est pour moi incontestable ; et en comparant les faits que j'ai observés à la clinique ophthalmologique de Pavie, dans la pratique de M. Maunoir, dans celle de Riberi et dans la mienne, à ceux que j'ai puisés dans les écrits et la pratique de Wenzel, Demours,

(1) M. Antoine Petit, ouvrage cité, page 84.

Forlenza, Roux, Delpèch, Ware, Dalmas et Volpi, je demeure convaincu que l'avantage est immense du côté des chirurgiens qui n'opèrent qu'un seul œil à la fois. Cet avantage sera d'autant plus appréciable, si l'on compte les succès, non par le nombre d'individus, mais par chaque organe opéré. Effectivement, en dressant des tables de proportion, si l'on ne calculait que par individus, l'avantage serait presque toujours en faveur de ceux qui opèrent les deux yeux à la fois; puisque, en prenant cinquante individus de part et d'autre, il en résulte que le chirurgien qui pratique l'opération sur un œil à la fois, doit opérer le double des malades que celui qui opère sur les deux yeux simultanément. Pendant que l'on opère le second œil durant l'opération de la cataracte par extraction, il n'est pas rare de voir le premier opéré se vider par l'influence du blepharospasme. J'ai vu bien des cas analogues dans la pratique de MM. Volpi, Roux, Cartier de Lyon et autres, et je ne crois pas qu'il existe un seul chirurgien adonné à l'extraction, qui n'ait eu à déplorer des accidents de cette espèce. Afin de pouvoir établir un parallèle entre les avantages des deux méthodes, je renvoie aux ouvrages didactiques pour l'énumération des raisons contraires apportées à l'appui des deux doctrines que nous venons de mentionner. Je terminerai par une question que je laisse à résoudre aux chirurgiens de bonne foi. Un homme à qui l'on pratiquerait deux amputations en même temps; celui à qui l'on opérerait deux hernies étranglées à la fois; la femme à laquelle on extirperait les deux seins cancéreux; l'individu à qui l'on enleverait les deux testicules simultanément, ceux-là dis-je, souffriraient-ils davantage? seraient-ils exposés à plus d'accidents s'ils n'avaient à subir qu'une seule de ces opérations à la fois? Observateurs, répondez!!

Quelque soit du reste le procédé que l'on emploie, et la position que l'on donne au malade, il faut se rappeler qu'il est des hommes tellement impressionnables, que si,

avant de les opérer, on ne les accoutume pas au contact des instruments, à la position à prendre pour l'opération, l'on risquera de tout compromettre au moment de l'opération.

Lecat avait l'habitude de dire que l'œil est une véritable papille nerveuse, et si l'on juge de sa sensibilité excessive eu égard à son petit volume, l'on verra combien est vraie la pensée de l'illustre opérateur de Rouen. L'exemple suivant, que je dois à l'obligeance de mon ami le docteur Labat, démontrera bien plus l'utilité de ces principes, que l'exposition la plus détaillée.

Monsieur Henry Vacquant, âgé de soixante-deux ans, domicilié à Paris, rue des fossés St-Victor n° 21, fut atteint, en 1829, par suite d'une forte ophthalmie, d'une double cataracte cristalline et membraneuse : ses yeux petits enfoncés étaient d'une telle irritabilité, qu'il suffisait de toucher les paupières avec le doigt pour que l'œil fut en proie à des mouvements convulsifs désordonnés. Ces mouvements n'étaient ni l'effet de la peur, ni de la douleur, car cet homme désirait ardemment de recouvrir la vue. Il se rendit donc à l'Hôtel-Dieu, où il fut opéré par M. Dupuytren qui éprouva les plus grandes difficultés à terminer l'opération, tant le malade fit de mouvement, encore l'opérateur fut-il obligé d'abandonner un grand fragment de capsule qui le priva par la suite des bénéfices de l'opération.

Frustré de son espoir le plus cher, M. Vacquant ne songeait plus à se faire opérer de nouveau, lorsqu'il fut vu par M. le docteur Labat, qui pensa pouvoir se rendre maître de l'excessive irritabilité du malade et de l'*apprivoiser* en quelque sorte. Voici comment s'exprime à ce sujet M. Labat (1).

« Dans cette occurrence.

1° Je me bornai d'abord à appliquer les doigts sur les pau-

(1) Annales de la médecine physiologique, octobre 1834.

pières de l'œil que j'avais l'intention d'opérer, c'est-à-dire celui du côté gauche. Les jours suivants, je maintins la paupière supérieure élevée, et de temps à autre, j'appliquai légèrement la pulpe du doigt indicateur sur la cornée. Plus tard, je soulevai la paupière supérieure avec l'élévateur du Pellier, et je passai à différentes reprises un pinceau à miniature, tantôt sur la cornée transparente, tantôt sur la partie de la conjonctive, correspondant à la sclérotique. J'en vins enfin à appliquer sur toute la partie antérieure du globe oculaire, un ophthalmostat dont j'augmentais ou je diminuais alternativement la compression, afin d'user peu-à-peu la sur-irritabilité oculaire, qui, de temps à autre, tendait encore à se manifester. J'arrivai au point d'appliquer en même temps que l'ophthalmostat le plat de la lame du couteau à cataracte, que je faisais glisser légèrement sur la cornée transparente; parfois même, je l'y laissais séjourner quelques secondes. En dernier lieu, et au bout d'un mois de peines et de soins, j'étais parvenu par gradations bien ménagées, à pouvoir pincer légèrement la conjonctive avec la pointe d'une aiguille à cataracte, sans que l'œil fit le moindre mouvement, et sans presque éprouver ni rougeur, ni douleur, ni même de l'armolement. Je crus alors avoir complété l'éducation de l'œil, et l'avoir rendu apte à l'opération que j'avais l'intention de pratiquer. J'eus lieu, en effet, de me féliciter de la continuité que j'avais mis dans tous ces soins préparatoires. Les yeux de M. Vacquant, qui étaient primitivement si irritables, avaient acquis un tel degré de quiétude, que le 27 octobre 1832, (assisté de M. H. de Montégre, chirurgien militaire), ayant opéré par abaissement la cataracte de l'œil gauche, cet organe resta à peu près immobile pendant l'opération. Je pus, après avoir retiré mon aiguille à cataracte de l'intérieur de l'œil, l'y introduire de nouveau pour aller détacher quelques lambeaux de la crystalloïde intérieure, qui était opaque et adhérente à la marge pupillaire; je roulai cette

membrane sur elle-même et sans la moindre difficulté, je la plaçai en totalité sous le cristallin que j'avais profondément déprimé; je terminai enfin tous les détails de mon opération, sans que l'œil, originairement si irritable, exécutat des mouvements assez marqués, pour nuire à l'action de mon instrument.

CHAPITRE VI.

DE LA DÉFECTUOSITÉ DES INSTRUMENTS EMPLOYÉS.

Quoiqu'un opérateur habile puisse quelquefois triompher des obstacles occasionnés par l'imperfection des instruments dont il se sert pour pratiquer l'opération de la cataracte, il est malheureusement des circonstances où la prudence et la dextérité sont mises en défaut par leur mauvaise construction. Ainsi, par exemple, je défierais M. Wenzel, lui même, de pratiquer son procédé tel qu'il est décrit dans son ouvrage (1) avec les Kératotômes qui portent son nom, et qui sont fabriqués aujourd'hui par la plupart des couteliers de Paris. Comment veut-on qu'un instrument aussi large qu'une lancette à grain d'orge, et aussi peu effilé qu'elle, puisse, par un coup sec et brusque, traverser la cornée à sa partie supérieure, venir ouvrir la capsule crystalloïde au centre de la pupille, et aller ressortir ensuite au point inférieur correspondant, sans blesser l'iris, ou sans faire une section défectueuse à la cornée? Un instrument aussi imparfait ne peut pénétrer dans la chambre antérieure sans la vider instantanément, et alors l'iris, chassé en avant par la perte de l'humeur aqueuse et

(1) Wenzel, *Traité de la Cataracte*, page 17.

par la saillie du cristallin, se précipite au devant du couteau qui le déchire et souvent le décolle. L'instrument dont se servait Wenzel est pyramidal, étroit et excessivement resserré.

J'en donne une figure très-exacte au n^o 4 de la planche 1^{re}. Il en est de même du couteau de Richter et de celui de Beer qui n'en est qu'une modification. Ils sont, en général, trop longs et font blesser le grand angle de l'œil, ou trop minces, et occasionnent alors l'évacuation prématurée de l'humeur aqueuse. Ce que je dis, avait été bien senti et prévu par Forlenza, car cet oculiste savait varier à propos la longueur et la largeur de la lame de son kéraatotôme pour la mieux adapter aux divers états des yeux. C'est à sa grande habitude d'estimer les différentes dimensions de la cornée à la seule inspection, et d'y proportionner une longueur de lame suffisante pour n'intéresser que les parties qui doivent être coupées, que l'on doit attribuer l'habileté avec laquelle Forlenza traversait une cornée presque entièrement cachée dans le grand angle de l'œil sans blesser les parties voisines (1). Aujourd'hui, les instruments mécaniques sont généralement proscrits dans l'opération de la cataracte, et je crois qu'il n'y a que M. Dumont, de Rouen, qui se serve encore de l'instrument de son oncle, qu'il a légèrement modifié. En effet, quand on a tenu un instant dans ses mains l'instrument de Guérin de Lyon, celui de son frère de Bordeaux, celui de Dumont, la flamme de Jean de Wit, on est aisément convaincu que, pour tirer parti de toutes ces machines, il faudrait en avoir autant qu'il y a d'yeux différents.

Au reste n'est-il pas reconnu par tous ceux qui ont étudié la structure de l'œil, que cet organe n'a pas le même diamètre chez tous les individus. Sa forme offre les mêmes

(1) *Compte rendu des opérations pratiquées à Strasbourg par le docteur Forlenza*, rédigé par le professeur Flammant.

variétés, et la cornée d'un myope est bien différente de celle d'un presbyte, et puisque les diverses conformations de cette partie de l'œil méritent d'être prises en considération, quand il s'agit d'opérer avec des instruments dont la main dirige à volonté l'action, qu'en sera-t-il quand on emploiera un agent mécanique exécutant toujours la même manœuvre.

Ce que nous venons de dire de la forme, s'applique sans contredit à la densité de la cornée, à sa résistance à l'action d'un kératotôme très-affilé : il en est qui crient sous le couteau comme si l'on coupait du parchemin et qui demandent un très-grand degré de force pour être incisées convenablement. Ware (1) et Wenzel rapportent des faits analogues.

Qu'en sera-t-il lorsque l'on mettra en usage un instrument qui est mis en action par un ressort ? Le ressort pourra rencontrer une cornée dont il ne pourra vaincre la résistance, et la section n'étant pas achevée, non-seulement l'opération ne sera pas terminée, mais souvent l'instrument restera accroché à l'œil. M. Sanson (2) dont tout le monde apprécie le talent et les opinions consciencieuses, en parlant des instruments mécaniques destinés à opérer la cataracte s'exprime en ces termes : « Outre ces inconvénients » (ceux que nous venons de décrire), ces instruments en » présentent un autre qui résulte du peu de sûreté de leur » action : j'ai vu celui de Guérin, après avoir percé la cor- » née de part en part, rester suspendu à la partie anté- » rieure du globe de l'œil, parce qu'il n'avait pas achevé » la section de cette membrane. » Veut-on un témoignage encore plus puissant, voici celui de l'illustre Sabatier

(1) Ware, ouvrage cité, page 275 ; Wenzel, ouvrage cité, page 81 et 82.

(2) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, en 15 vol., tome V, page 68.

qui (1), après avoir examiné l'action des instruments mécaniques pour l'extraction de la cataracte, s'exprime en ces termes. « Peut-être la promptitude avec laquelle ces » instruments agissent, est-elle plus que compensée par la » secousse et la commotion qui en sont l'effet. Il faut, d'ail- » leurs, qu'ils soient appliqués avec une grande exactitude » pour que la cornée soit incisée comme elle doit l'être, et » le moindre mouvement, de la part du malade ou du chi- » rurgien, suffirait pour donner un résultat vicieux. Il est » vraisemblable que lorsque l'illusion sera dissipée, on re- » viendra au couteau de Wenzel, et qu'on ne confiera plus » le succès d'une opération aussi délicate, à l'action d'un » ressort qui agit de la même façon dans toutes les cir- » constances. »

Maintenant que Monsieur Murat chirurgien en chef de Bicêtre, n'est plus, je puis rapporter quelques faits relatifs à l'application de l'instrument de Guérin. Ce chirurgien dont l'habileté manuelle était en raison inverse de son instruction, voulut tenter d'opérer des cataractes par le procédé de Guérin, et tous les résultats furent la perte absolue de l'organe. Je me rappelle surtout le cas d'une malheureuse religieuse qui eut non-seulement les yeux crévés mais encore chez la quelle une partie de l'iris resta dans l'instrument : les faits sont connus de plusieurs personnes, et entre autres d'un des amis de M. Pariset, M Louis de Vaupré.

Tous les grands chirurgiens de nos jours, Boyer (2), Delpech (3), Weller (4), Richerand (5), J. Cloquet (6),

(1) Sabatier, *Médecine opératoire*, 2^e édition, Paris, tome III, page 109.

(2) Boyer, *Op. Cit.* tome V. page 527.

(3) *Dictionnaire des sciences médicales*, tome IV, page 511.

(4) Demour Weller, traduit par Riester, tome I, page 304.

(5) Richerand, *Histoire des Progrès récents de la chirurgie*, p. 27 et suiv.

(6) J. Cloquet, *Dictionnaire des sciences médicales* en 18 vol. ; *cataracte*, page 398, tome IV, 1822.

s'accordent à blâmer l'emploi des instruments des Guérin et de Dumont : il ne reste donc de l'éloquent plaidoyer d'Arrachard en leur faveur, que l'opinion émise par Sabatier (1) que celui de Dumont est moins mauvais et moins dangereux. — Ceux qui voudront lire une réfutation complète et motivée de l'instrument de Guérin, de Bordeaux, n'auront qu'à lire une spirituelle brochure de M. Bancal, qui avait pour but de déraciner, dans le pays où cette invention avait pris naissance, un préjugé en sa faveur, qui s'y maintenait en dépit de la raison et de l'expérience (2).

Je suis vraiment étonné que monsieur Rey de Bordeaux ait voulu rehabliler cet instrument dans un mémoire présenté à la Société médicale d'émulation de Paris. Au reste la commission chargée de rendre compte par l'organe de M. Vidal son rapporteur, n'a-t-elle point hésité à maintenir les conclusions données par les honorables chirurgiens dont nous venons de parler.

Nous résumons en ces termes les inconvénients des instruments de Guérin et de Dumont ;

1° Ils ne peuvent point toujours faire une incision de manière convenable et souvent peuvent être arrêtés en chemin.

2° Ils occasionnent une commotion qui est très-fatigante pour l'opéré, et produisent une contraction des muscles de l'œil ou un blépharospasme qui peut faire vider l'œil.

3° Par la pression qu'ils exercent sur la cornée, ils occasionnent le même accident, et exposent aux cicatrices vicieuses et aux blessures de l'iris, et surtout à son décollement.

4° Enfin, le second temps de l'opération, c'est-à-dire l'incision de la capsule du cristallin, est très-difficile à accom-

(1) Sabatier, *Op. Cit.*, page 108 ; Arrachard, *Opuscules chirurgicaux*, page 81.

(2) Bancal, *Réfutation de l'instrument de Guérin*, de Bordeaux.

plir, parce que les effets du choc de lance, quoique instantanés, ont exalté la sensibilité du malade, au point que son œil fuit sous le plus léger contact de l'instrument employé dans la section du chaton qui retient le cristallin.

Nous devons à M. Bancal le fait suivant; il serait facile d'en fournir un grand nombre d'autres.

M. Thierry, négociant de Bordeaux, demeurant rue Boué, aux Chartrons, fut opéré de la cataracte de l'œil gauche, au mois d'août 1830, par un médecin que M. Bancal ne nomme pas, mais que des renseignements, particuliers m'ont appris être M. Guérin, fils de l'inventeur de l'ophthalmostat à ressort. Le malade rapporta à MM. Bonnet et Bancal qu'aussitôt que la détente eut lieu, la commotion que l'instrument lui imprima fut si forte, qu'il crut avoir reçu un coup de pistolet, et que cet organe était sorti de la tête. Les douleurs qui suivirent l'opération furent très-vives et durèrent quarante-cinq jours. A la suite de cette opération, le malade fut atteint d'un leucoma qui occupe toute la partie inférieure de la cornée. La cicatrice est fort irrégulière, l'iris ayant contracté des adhérences avec la plaie, à la suite, d'une procidence qui a produit un éraillage de la pupille. Le malade ne voit que très-imparfaitement les objets, malgré tous les soins qu'on lui a prodigués.

Le 16 avril 1831, M. Bancal a opéré l'œil droit également cataracté, en présence de MM. Bonnet, médecin ordinaire, et Boyer, beau-frère de l'opéré. L'opération pratiquée par le procédé ordinaire d'extraction a été fort heureuse, et le 9^e jour M. Thierry alla déjeuner en famille, n'ayant sur les yeux que des lunettes bleues.

Cependant Marc-Antoine Petit, de Lyon, à la sollicitation de la société de médecine de cette ville, essaya l'instrument de l'oculiste bordelais. Les expériences furent faites sur vingt et un malades qu'on opéra par cette méthode, et dont dix-huit sortirent guéris de l'hôpital. Trois perdirent la vue à la suite d'une inflammation excessive. Marc-Antoine Petit

pensait que l'instrument de M. Guérin était innocent de ce défaut de succès, et qu'il a réussi dans tous les cas où ce succès pouvait dépendre de lui.

Il vota donc une couronne d'émulation, qui fut accordée par la société savante, à l'auteur de cette invention. Après lui avoir décerné un grand nombre d'éloges, il ajouta fort à propos le correctif suivant : « Qu'on ne s'imagine pas » cependant que la main guidée par peu de savoir, puisse » s'armer sans danger de cet instrument. Si l'ignorance » peut s'aider quelquefois des conceptions des hommes » de génie; si elle peut se déguiser par l'emploi de cet » heureux mécanisme, il faut que ses agents fassent tout par » eux-mêmes et qu'il ne puisse exister qu'une manière d'en » faire usage. Mais s'ils ne s'appliquent qu'à un temps de » l'opération; si cette application même peut être utile ou » funeste, suivant la précision avec laquelle elle est faite, » si elle peut se combiner avec des circonstances imprévues » qui exigent de l'expérience et demandent beaucoup à la » pensée, que la main de l'ignorant se repose, et qu'il ap- » prenne que, si tous les cœurs doivent compâtrer aux maux » de l'humanité, on n'appelle à la secourir que des mains » intelligentes et sûres (1). »

Il ne faut jamais se préparer à pratiquer une opération de cataracte par extraction, quel que soit le procédé, sans avoir préalablement examiné avec beaucoup de soin l'état des instruments. C'est la pointe et le tranchant surtout qui méritent la plus grande attention; car c'est du premier temps de l'opération, ou de la ponction¹, que dépend, en général, le succès de l'exécution. Il faudra donc essayer le kératotôme sur un ou plusieurs doubles de calepin. Puis, quand on s'est assuré de la qualité de l'instrument, il ne faut pas oublier de tremper sa pointe dans l'huile d'amandes douces avant de la présenter à la cornée. Il est indis-

(1) Marc-Antoine Petit, ouvrage cité, page 52.

pensable d'avoir plusieurs couteaux, car l'extrémité de la lame peut fléchir ou se rompre, et malgré cela, il arrive qu'en changeant promptement d'instrument, on peut continuer l'opération, ainsi que je l'indiquerai en temps utile. Ce que je viens de dire, à propos des kératotômes, s'applique également aux aiguilles: il faut, en général, qu'elles soient d'une grande finesse et que l'acier soit d'une bonne trempe, sans cependant être trop cassant. Quelques opérateurs se servent encore de l'aiguille lancéolée d'Albucasis, mais beaucoup plus petite que celles figurées dans les ouvrages du chirurgien arabe. J'en ai vu retirer de très-grands avantages par MM. le professeur Riberi et le docteur Bellisio; et pendant longtemps, le professeur Scarpa, lui-même, s'en est servi. Mais le hasard ayant voulu que, dans une opération faite par ce dernier, l'aiguille se courbât en rencontrant un cristallin dur, l'opération n'en devint que plus facile. L'illustre chirurgien en déduisit alors des conséquences pratiques, à la suite desquelles il donna irrévocablement à son instrument une courbure assez prononcée pour le faire, au besoin, servir de crochet. Entre les mains d'un homme de génie, rien n'est perdu pour la science et l'humanité, et l'arête tranchante que M. Scarpa ajouta à la concavité ou crochet de l'aiguille, fut enfantée par la nécessité où se trouvaient l'opérateur de briser et de déchirer des fragments de cristallin ou de la capsule, lesquels se laissaient difficilement abaisser. Ces réflexions me conduisent naturellement à parler des difficultés que j'ai éprouvées à trouver en France, et même à Paris, des modèles exacts de l'aiguille du professeur Scarpa. La plupart de celles fabriquées par les couteliers de la capitale ne sont que la parodie, ou si l'on aime mieux la caricature de l'instrument du professeur de Pavie. En fait d'opération, il n'est pas indifférent d'employer un instrument de préférence à un autre; et lorsque j'ai examiné les ridicules aiguilles à dépression, employées par un bon nombre de chirurgiens, je me suis

facilement rendu compte, non-seulement de la difficulté qu'ils éprouvaient à pratiquer l'opération, mais encore des accidents consécutifs qui en résultaient. Afin d'obvier, autant que possible, à ses divers inconvénients, j'ai dû recourir à l'obligeance de mon illustre maître, pour fournir aux couteliers de Paris un modèle constant et invariable; M. Charrière, à qui je l'ai communiqué, en a exécuté, avec son habileté ordinaire de tout semblables.

Il serait à souhaiter que ceux qui ont blâmé la courbure de l'aiguille de Scarpa et son arête tranchante, pussent juger de ses effets. En se servant de cet instrument, dont la pointe est très-déliée, rien n'est plus facile que d'accrocher les fragments du cristallin; au moyen de rotations habilement combinées, on roule les lambeaux flottants de la capsule, et alors il devient aisé de les immerger dans l'humeur aqueuse, ou de les projeter dans la chambre antérieure. Depuis longtemps j'emploie même une aiguille beaucoup plus courbe que celle du professeur Scarpa, et quelques essais faits avec celle de M. Bretonneau, de Tours, dont la courbure est plus considérable encore, m'engagent à l'adopter dorénavant. L'aiguille du professeur de Pavie est surtout de la plus grande utilité quand il s'agit de détruire les adhérences qui existent entre le cristallin ou sa capsule et l'iris. Je n'ai pas besoin de m'étendre ici sur la nécessité de se servir d'une aiguille très-fine; tout le monde sent la conséquence de ce précepte, et je termine en disant que, si dans tout ce que je viens d'avancer, on réfléchit aux avantages immenses que fournit l'aiguille de Scarpa pour l'exécution des différents temps opératoires, on se hâtera de revenir à cet instrument que les chirurgiens d'Italie adoptent tous, moins par sentiment de nationalité, moins encore par respect pour le grand nom de l'inventeur, que parce que l'expérience les a convaincus que les diverses modifications qu'on avait voulu y apporter, n'étaient qu'illusoires et même nuisibles.

Il est des circonstances dans lesquelles il faut savoir se

servir de tout ce que l'on a sous la main : c'est ainsi que le vénérable Assalini se trouvant prisonnier de guerre en Hongrie, et privé de tout instrument, opéra, le 18 juin, à Kopanak, une vieille aveugle qu'il rencontra à l'église de ce village, avec une aiguille à coudre, montée sur un morceau de bois : l'opération fut heureuse lors même que le colonel Zanardini qui lui servait d'aide eut pris mal pendant l'opération(1).

CHAPITRE VII.

ACCIDENTS QUI SE MANIFESTENT PENDANT ET APRÈS L'OPÉRATION.

Souvent, pendant l'opération, il se développe des accidents qui peuvent en compromettre le succès, n'importe le procédé mis en usage. Les plus fréquents sont les vomissements, les défaillances, le hoquet et les phénomènes hystérisiformes. De tous ces accidents, celui qui accompagne le plus souvent l'opération de la cataracte, c'est le vomissement. Il survient plus ordinairement dans la dépression, ainsi que l'observe très-judicieusement le professeur Boyer (2), lorsqu'il s'exprime en ces termes : « Tous les auteurs qui ont écrit sur la cataracte, avant l'époque où l'on a commencé à faire l'extraction, parlent des vomissements comme d'un phénomène qui se présentait souvent pendant l'opération, ou immédiatement après. » J'ai vu cependant les vomissements survenir assez souvent après l'extraction. C'est dans cette opération principalement qu'ils sont fort à craindre, surtout lorsqu'ils arrivent dans le premier temps. La secousse qu'éprouve le malade peut

(1) Assalini, ouv. cité, page 13.

(2) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, tome V, page 537.

faire dévier l'instrument et occasionner à l'iris de graves atteintes. Si la section de la cornée est achevée, les convulsions du diaphragme peuvent faire vider instantanément l'œil. Dans l'abaissement, les phénomènes sont moins à redouter, parce qu'en éloignant de l'iris la pointe de l'instrument, et soutenant la tête du malade avec la paume de la main, on peut borner ses mouvements et laisser l'instrument en place jusqu'à ce que le calme soit revenu. On attribue, en général, la production des vomissements à la blessure de la rétine, ou des nerfs ciliaires; ce dont on se rend parfaitement raison, puisqu'il ne manque pas d'observations qui prouvent que la lésion d'un filet nerveux, dans une autre partie du corps, a produit l'accident qui nous occupe. Si, ainsi que le prétendent un grand nombre d'anatomistes allemands, et comme sembleraient le prouver les dissections du docteur Schreider, les nerfs ciliaires s'épanouissent sur la cornée, on attribuerait à la même cause les vomissements produits par l'extraction. Il est plus que probable que la seule irritation de ces nerfs suffit, puisqu'une simple cautérisation, pratiquée sur la cornée avec le nitrate d'argent, pour exciter un leucoma chronique, ou pour guérir l'amaurose, occasionne les mêmes symptômes. Ne seraient-ils point dus d'ailleurs à l'influence de quelque tempérament ou de quelque localité, puisque le docteur Bowen (1), d'Edimbourg, a pratiqué cent soixante opérations sans observer de vomissement? N'a-t-on pas vu encore un grand nombre de plaies situées dans la sclérotique et dans la rétine, à trois lignes et demie de son union avec la cornée, guérir sans aucun vomissement? Au reste, ces phénomènes se présentent toujours chez les personnes éminemment irritables, chez lesquelles les affections nerveuses se réveillent promptement, ainsi que l'adit l'illustre

(1) Bowen, *Practical observations on the removal of every species and variety of cataract*, page 76.

Scarpa (1). Les vomissements cessent quelquefois brusquement aussitôt que l'opération est terminée; mais, dans d'autres circonstances, ils se prolongent, et par leurs opiniâtres, peuvent compromettre le succès de l'opération. On emploie avec avantage, pour les combattre, l'eau de Seltz, la potion effervescente de Rivière; mais rien n'est plus énergique et plus sûr que l'emploi de l'opium à l'intérieur, soit en potion, soit en lavement. Dans quelques circonstances graves, je me suis très-bien trouvé de l'application des ventouses à l'épigastre.

Les défaillances sont, dans la plupart des cas, le résultat des affections vaporeuses, des émotions violentes, produites par la crainte de l'opération, et par l'angoisse où se trouve le malade qui en redoute l'issue. Quand la lipothimie a lieu pendant l'extraction, je crois qu'il faut suspendre instantanément l'opération, crainte de voir l'œil se vider. Dans l'abaissement, au contraire, je crois qu'on peut, sans crainte, continuer la manœuvre, et l'opération est ordinairement terminée lorsque le malade reprend ses sens.

CHAPITRE VIII.

DES NÉVRALGIES SUS-ORBITAIRES ET AURICULO-MAXILLAIRES QUI SE DÉVELOPPENT APRÈS L'OPÉRATION DE LA CATARACTE.

Parmi les phénomènes morbides qui suivent quelquefois l'opération de la cataracte, il en est que les ophthalmologues modernes ont tout à fait négligé d'étudier, quoique les anciens les eussent déjà signalés à l'attention des praticiens; je veux parler ici des névralgies sus-orbitaires et auriculo-maxillaires.

(1) Scarpa, *Saggio Sulle principali malattie degli occhi*, 5^e édition, page 87.

En effet, Bartisch, dans son *Ophthalmographie*, imprimée à Dresde, en 1583, page 15, rapporte qu'il a vu survenir, à la suite de l'opération de la cataracte, des accidents nerveux à la face, tellement graves et si douloureux, que l'on fut obligé de lier les malades, et que plusieurs d'entre eux succombèrent à la véhémence des accidents. Maître-Jean et Saint-Yves racontent des faits analogues, et ce dernier place le siège de la maladie dans la dure-mère. Les faits rapportés par les auteurs que nous venons de citer, et la fréquence des phénomènes nerveux dont il est ici question, m'engagent à signaler une maladie qui, abandonnée à elle-même, non-seulement peut faire échouer l'opération de la cataracte, mais encore compromettre l'existence de ceux qui en sont atteints.

Les douleurs névralgiques qui se développent à la suite de l'opération de la cataracte, sont plus fréquentes qu'on ne le pense en général, et elles sévissent ordinairement contre les sujets mélancoliques, hypocondriaques, doués d'une peau vulnérable et d'une constitution délicate. Elles arrivent très-souvent chez les femmes hystériques, irritables et en proie à une constipation opiniâtre. Ces douleurs se manifestent sans autre cause connue que l'opération, surtout lorsque l'on pratique l'abaissement; mais, je les ai observées aussi un grand nombre de fois chez des individus qui avaient été soumis à l'extraction. C'est de vingt-cinq à trente-cinq ans que leur apparition est le plus souvent commune; et les femmes y sont, en général, plus exposées que les hommes; cette affection est très-insidieuse, puisqu'elle débute tout à coup au moment même où l'opéré va très-bien, et quand tous les phénomènes inflammatoires sont dissipés. C'est ordinairement vers le quinzième jour que la maladie se déclare, quand on a pratiqué l'abaissement; tandis que c'est vers le sixième ou le septième jour que les malades en éprouvent les premiers symptômes quand on a mis en usage l'extraction. Tout à coup l'opéré

est saisi d'une douleur violente ayant son siège tantôt vers la racine du nez, tantôt dans les régions frontales et orbitaires, tantôt à la tempe. D'autres fois elles occupent l'angle inférieur du nez, les arcades sus et infra-maxillaires; d'autres fois, c'est l'oreille qui est affectée. Ces douleurs paraissent le plus ordinairement tous les jours à la même heure, et augmentent, en général, rapidement d'intensité.

Elles débutent, dans un grand nombre de cas, par un léger engourdissement dans la partie, et souvent par un mouvement convulsif de la joue ou de la paupière. Peu à peu, et à chaque accès, les douleurs augmentent, au point que le malade ne sait plus où se placer; son angoisse est extrême; il se frappe la tête avec les mains, pousse des cris aigus; ses yeux sont larmoyants, rouges, injectés; la lumière leur est insupportable; le moindre ébranlement communiqué au lit ou à la chambre, provoque des douleurs atroces, et tend à renouveler l'accès lorsqu'il est sur son déclin. Les paupières sont affectées de blépharospasme, et la pupille se trouve extraordinairement contractée. Dans d'autres cas, l'œil est exempt de phénomènes morbides; toute la douleur se concentre derrière l'oreille d'où elle s'irradie aux alvéoles, aux dents, qui deviennent excessivement douloureuses, et paraissent augmenter de volume: on observe en même temps de légers mouvements convulsifs dans la mâchoire inférieure.

Les phénomènes se manifestent quelquefois tous les jours à une heure donnée. Dans d'autres circonstances, les paroxysmes reviennent tous les trois, quatre, cinq ou six jours; je les ai observés mettant entre eux une intermittence de quinze jours. Tantôt le malade est en proie à une fièvre violente avec le pouls dur, la face animée, accompagnée d'augmentation de chaleur à la peau; tantôt il est sans fièvre, même au plus fort de l'accès. J'ai reconnu chez un grand nombre de malades, entre autres, sur une

dame que m'avait fait opérer M. le docteur Chavernac, que les accès se renouvelaient chaque fois qu'il se manifestait une grande absorption des fragments du cristallin mou que j'avais broyé. Quoique cette affection soit en général peu dangereuse, il est important de s'en occuper aussitôt, car, d'un côté, l'on a à redouter les phénomènes qui pourraient se transmettre au cerveau, et menacer l'existence; et d'un autre, ceux qui se développeraient dans l'œil, pourraient compromettre par là le succès de l'opération. Ces douleurs, au reste, font horriblement souffrir le malade, altèrent sa constitution, et lui rendent la vie à charge; en faut-il davantage pour s'en occuper sérieusement.

Les causes qui produisent la maladie n'étant point connues, les phénomènes morbides ne se présentent pas toujours de la même manière, et les malades étant loin de posséder le même tempérament et la même constitution, il serait aussi impossible qu'irrationnel de fixer une méthode unique de traitement pour cette affection. C'est pourquoi, lorsque l'on a affaire à des individus pléthoriques sujets à des hémorrhagies, ou si c'est une femme près de l'âge critique, ou mal réglée, quand le pouls est dur et vibrant, il faut recourir à la saignée du pied, que les anciens avaient reconnue être si avantageuse dans les affections du cerveau et de ses annexes.

Cette émission sera d'autant plus abondante que les malades seront plus vigoureux. On sera souvent forcé de réitérer cette déplétion, parce que la première, bien loin de diminuer les douleurs, semble, au contraire, les rendre plus aiguës. Il n'est pas rare qu'il faille appliquer en même temps les sangsues derrière les apophyses mastoïdes ou le long du trajet de la veine jugulaire. L'on frictionne simultanément la tempe et le pourtour de l'ortide avec de l'extrait de belladone. Si l'estomac est en bon état, on doit donner de légères doses de calomel et de jalap, pour provoquer des

garde-robes. Les bains de pieds sinapisés, et les cataplasmes chauds, en forme de bottines, constituent le complément du traitement destiné à diminuer et à calmer les douleurs. Car il ne faut pas se dissimuler que cette espèce de névralgie offrant des accès intermittents plus ou moins réguliers, il est nécessaire de recourir à des médicaments capables de suspendre le retour de ces accès. On emploiera donc avec avantage les préparations de quina et ses sels. Le docteur Hutchinson s'étant servi avec succès du carbonate de fer contre la prosopalgie faciale, on tenta à la clinique ophthalmologique de Pavie de combattre par ce moyen les accidents nerveux qui accompagnent la cataracte, et dont nous venons de nous occuper. L'on verra dans les observations qui suivent, qu'un plein succès couronna ces tentatives.

J'ai vu feu le professeur Carron, mon père, faire disparaître instantanément les accès de cette espèce de névralgie, en faisant prendre aux malades, au moment où ils éprouvaient les premiers symptômes, de hautes doses, souvent répétées, de potion effervescente de Rivière. Plusieurs faits de cette nature ont été communiqués par lui à la société de médecine de Paris (1).

Malheureusement l'on a souvent affaire à des enfants qui refusent de prendre les médicaments amers et de mauvais goût. C'est alors le cas d'employer la cinchonine pure, qui est sans goût, et que l'on rend fébrifuge en faisant avaler, quelques instants après, un verre d'eau sucrée, acidulée avec une ou deux gouttes d'acide sulfurique. Ce moyen sur lequel je me suis étendu plus au long dans le *Bulletin de Thérapeutique*, opère avec autant de sûreté que le sulfate de quinine lui-même, et a fourni à un pharmacien de la capitale, M. Boutigny, la base d'un grand nombre de for-

(1) Jacques Carron, *observation sur l'efficacité de la potion de Rivière*, *Journal de la Société de médecine de Paris*, LXXXIII, page 26.

mules fébrifuges, destinées spécialement aux enfants. Quelquefois les préparations de quina échouent complètement, et les douleurs deviennent, de plus, de jour en jour plus atroces. Je pense qu'on pourrait avec avantage employer la méthode endermique; ce que pourtant je n'ai jamais eu occasion de faire. Les vésicatoires et les autres rubéfiants appliqués sur le point souffrant, ou dans ses alentours, augmentent en général les accès; cependant, j'ai vu M. Mau noir obtenir d'heureux résultats de la médication suivante: on dénude, au moyen d'un petit vésicatoire, et mieux encore avec la pommade de Gondret, dans la largeur d'une pièce de deux francs, l'épiderme dans les régions sus et infra-orbitaires qui correspondent aux trous du même nom. Puis, plaçant sur la partie supérieure dénudée un disque de la pile de Volta au pôle positif, tandis qu'inférieurement on place un disque négatif, ces deux corps métalliques sont mis en rapport au moyen de deux fils de laiton. Aussitôt que le courant est établi, on ne tarde pas à observer la sécrétion très-abondante d'une sérosité limpide, transparente, qui s'échappe des surfaces dénudées: les accidents nerveux se calment instantanément: c'est surtout sur le blépharospasme que cette médication exerce une influence aussi prompte qu'efficace. Il est rare de rencontrer des névralgies qui résistent à deux ou trois applications de cette nature.

Voici maintenant des faits.

OBS. I. — En 1822. M. le chevalier d'Andujar et madame la supérieure de la Visitation de Sainte-Marie, de Lisbonne, m'adressèrent une jeune portugaise atteinte de cataracte congéniale à l'œil droit, et de cataracte accidentelle à l'œil gauche, et datant de cinq ou six mois seulement, mais assez complète pour nécessiter l'opération. Je me décidai cependant à commencer par l'œil atteint de l'affection congéniale, parce que j'avais la certitude que la cataracte était entièrement fluide. Cette conviction influa aussi sur le choix du procédé opératoire, car je pratiquai la kérato-

nyxis par la méthode de Saunders, avec la seule différence qu'après avoir vidé la capsule, je ne la laissai point en place comme lui; mais après l'avoir détachée dans sa grande circonférence, elle fut brisée en fragments, et jetée dans la chambre antérieure pour y être abandonnée à l'absorption.

L'opération fut pratiquée le 1^{er} mars 1822, en présence du docteur Andrea Torres, parent de la malade et de MM. Andujar et Ferral, amis de sa famille. L'opération n'offrit rien de remarquable; elle fut peu douloureuse, et la malade aperçut très-distinctement la lumière et les reflets métalliques. Tout se passa sans accident jusqu'au quinzième jour, époque à laquelle l'opérée fut tout à coup atteinte de douleurs sus-orbitaires tellement atroces, qu'elle poussait des cris perçants. La face était rouge, animée, le pouls dur, vibrant; on pratiqua une saignée au pied, de deux fortes palettes; en même temps on frictionnait le pourtour de l'orbite et la tempe avec de l'extrait de belladone. La douleur fut calmée, mais elle revint deux jours après, à la même heure et avec non moins d'intensité.

Je pensai alors à combattre cette névralgie accidentelle par l'administration d'un remède qui avait si bien réussi à mon père dans les névralgies ordinaires; je veux dire la potion effervescente de Rivière. Aussitôt que l'accès fut calmé, la malade reprit sa sérénité habituelle, et n'éprouva pas la moindre souffrance jusqu'au moment où elle ressentit de nouveaux signes avant-coureurs du paroxysme. Alors je lui fis prendre tous les quarts d'heure une demi-once de la potion effervescente sus nommée. L'accès ne fut presque pas douloureux; il se manifesta seulement par un épiphora abondant et par du blépharospasme. Deux jours après, légers prodromes d'accès qui sont dissipés par la même prescription. A dater de ce moment, la guérison fut complète, et au moyen des précautions généralement usitées, la malade obtint tous les bénéfices qu'elle pouvait

attendre de son opération. Elle est maintenant fixée à Madrid, jouissant de la vue des deux yeux; car celui qui avait été subsidiairement affecté de cataracte accidentelle, a été opéré avec succès par un oculiste voyageur, que je crois être M. Luzardi.

OBS. II. — Prosper Bartoluzzi, âgé de soixante ans, d'un tempérament triste et mélancolique, fut reçu à l'hôpital de Pavie dans les premiers jours de mars 1823. Cet homme, originaire de Savone, avait exercé dès son enfance la profession de vitrier, et commis de nombreux actes d'intempérance par l'usage des boissons alcooliques. Lorsqu'il fut reçu à l'hôpital, il disait que sa vue était embrouillée depuis longtemps, et le professeur Flarer, après l'avoir examiné, diagnostiqua deux cataractes lenticulaires, dures, compliquées d'ophtalmie chronique catarrhale; les yeux étaient excessivement enfoncés dans l'orbite. Le professeur dont nous venons de parler, après avoir combattu l'ophtalmie chronique par de légers astringents, pratiqua l'abaissement le 2 mars. L'opération fut rapidement terminée, et le malade déclara avoir parfaitement reconnu les corps environnants. Dans la soirée, il se plaignit d'un sentiment de douleur dans l'œil opéré, accompagné de larmolement. Le pouls étant dur et fréquent, on pratiqua une saignée d'une livre, et le malade prit intérieurement, toutes les deux heures, une cuillerée d'une émulsion qui contenait six grains d'extrait de jusquiame. Les quatre jours suivants, on fut obligé de revenir à trois nouvelles saignées, suivies de l'application de douze sangsues derrière les oreilles; en même temps, on pratiquait sur le pourtour de l'orbite des frictions avec l'extrait de belladone: à l'intérieur, on donnait des poudres composées de trois grains de calomel et de quinze grains de jalap, afin d'entretenir la liberté du ventre. Ce traitement fut continué jusqu'au dix-neuvième jour; le malade était sans douleurs et voyait assez bien. Tout à coup, le vingtième jour, il fut repris de nouvelles douleurs, qui se

renouvelèrent les vingt-unième et vingt-cinquième jours, à des heures fixes et en forme d'accès. C'est en vain qu'on leur opposa les moyens antiphlogistiques, les frictions de belladone, les révulsifs intestinaux et les autres remèdes appropriés, elles persistèrent, et devinrent aussi aiguës qu'une violente douleur de dents. Pendant leur durée, qui était environ d'une demi-heure, le malade voyait des étincelles, des rubans de feu, accompagnés de spasmes dans les paupières, dans les sourcils et dans les joues. Après avoir vu tous les traitements échouer, et même la maladie acquérir de l'intensité, on eut recours au carbonate de fer, employé avec tant de succès par le docteur Hutchinson. Le remède fut donné sous la formule suivante : on mêla deux scrupules de carbonate de fer à deux gros de sucre, pour faire dix poudres à prendre dans la journée. L'on commença l'usage de ce médicament le 20 avril; le 21, on reconnut une diminution notable dans l'intensité et dans la fréquence des accès; quelques jours après, le malade était radicalement guéri. Cependant, pour consolider sa guérison, on continua l'usage du carbonate de fer jusqu'aux premiers jours de mai. On songea alors à pratiquer l'opération à l'autre œil par le même procédé; l'opération réussit parfaitement. Quelques jours après, le malade ayant été assailli de nouveaux phénomènes nerveux, on les combattit instantanément par le carbonate de fer avec un plein succès : le 10 juin, Bartolluzzi sortit de l'hôpital, ayant recouvré la vue aux deux yeux.

Cette observation prouve jusqu'à l'évidence l'efficacité du carbonate de fer pour combattre les accidents nerveux qui avaient résisté aux traitements les plus rationnels employés jusqu'alors.

Obs. III. Marguerite Massa, de Pavie, âgée de trente ans, de faible constitution, sujette aux accès hystériques, avait été souvent atteinte de fièvre nerveuse et rhumatique. C'est après un violent accès de cette nature, ayant son

siège dans la tête, qu'elle fut affectée de cataracte aux deux yeux. Celle-ci paraissait de consistance dure; l'œil était sain, seulement la pupille était un peu contractée. Le 15 novembre 1822, elle fut opérée par abaissement des deux côtés.

L'opération fut prompte et facile; les yeux furent momentanément recouverts de légères fomentations froides que l'on suspendit à l'entrée de la nuit, vu l'état général de la santé de la malade. Tout à coup, au milieu de la nuit, elle fut attaquée de douleurs extrêmement violentes dans la région sourcilière, accompagnées d'un sentiment de chaleur excessive. Le lendemain matin, le pouls était dur, fréquent, les yeux larmoyants, ce qui nécessita une saignée de neuf onces, ainsi que l'emploi de la jusquiame unie au nitre et prise intérieurement, en même temps que l'on fomentait les yeux avec de l'eau froide. Ce traitement soulagea légèrement la malade; mais, vers le soir, les douleurs ayant repris avec une nouvelle intensité, on fit placer des sangsues en assez grand nombre derrière les oreilles. Cette évacuation sanguine améliora la position de la malade; les douleurs diminuèrent un peu; la cornée était transparente et sans injection, et l'irritation de la conjonctive était presque nulle. Tout à coup il survint un accès hystérique, accompagné de contraction et de délire; cet accident renouvela les douleurs, quoique moins intenses. On prescrivit de nouveau les sangsues; on ajouta à cette médication des pilules de calomel, et des frictions de jusquiame et d'opium pratiquées dans la région sourcilière. L'effet de ces prescriptions fut tel, que le sixième jour après l'opération, la malade enleva son bandeau, et put se convaincre que cette opération serait heureuse. La vue était parfaite, quoiqu'il restât encore un peu trop de sensibilité à la lumière. On suspendit peu à peu l'usage des médicaments. Le 26 novembre, la malade se promenait librement dans l'hôpital. Mais ayant

fatigué ses yeux à force de les essayer, elle fut prise d'une nouvelle irritation que l'on combattit de nouveau par les sangsues. Elle continua à se bien porter jusqu'au 2 décembre, époque où elle fut en proie à des douleurs violentes dont le siège principal était, il est vrai, dans le sourcil et au fond de l'orbite, mais qui en même temps s'irradiaient dans la narine et l'occiput. La malade poussait des cris aigus, se prenait la tête avec les mains, s'accroupissait vers la terre, qu'elle frappait du pied. Les douleurs étaient si lancinantes, qu'elle les comparait à des coups d'instrument tranchant.

L'œil, gonflé et saillant, était baigné de larmes âcres et abondantes; la moindre lumière renouvelait les souffrances: ces phénomènes étaient accompagnés de loquacité, de délire, de spasme et de divers autres symptômes hystériques. Lorsque l'accès était fini, la malade se trouvait sans douleurs, excessivement fatiguée; cet état persistait jusqu'à un nouvel accès qui se reproduisait avec toutes les mêmes phases. L'état du pouls ne permettant plus l'emploi des évacuations sanguines, on eut recours aux purgatifs composés de jalap et de calomel; ensuite l'on appliqua trois vésicatoires à l'occiput; ceux-ci étant sans effet, on passa à l'application de moxas sur les apophyses mastoïdes, le tout sans succès. Cependant on frictionnait l'œil avec des substances narcotiques, à l'intérieur, on donnait des émulsions nitrées, des pilules composées avec la jusquiame et le sulfure doré d'antimoine. Ces moyens se trouvant aussi complètement inutiles que tout ce qu'on avait fait jusqu'alors, on administra le quinquina uni aux poudres de Dower, aux pilules et aux lavements d'assa fætida camphrée. De là on passa aux frictions d'onguent napolitain et aux fomentations d'eau distillée de laurier-cerise. Sous l'influence de tous ces moyens, les douleurs diminuaient, mais ne disparaissaient point; l'usage prolongé du sulfate de quinine était le seul médicament qui pût éloigner un

peu les paroxysmes et en affaiblir l'intensité. Dans les premiers jours de mars 1823, cette malheureuse femme quitta l'hôpital dans l'espoir que le changement d'air pourrait améliorer sa position. Vain espoir ! à peine fut-elle en son domicile, que les douleurs reparurent avec une intensité sans égale, et que la malade se vit obligée de rentrer à l'hôpital en toute hâte ; car deux saignées qu'on lui avait pratiquées chez elle n'avaient fait qu'exaspérer ses souffrances ; la vue, du reste, avait considérablement diminué. Ce fut alors que le professeur Flarer, encouragé par le succès obtenu sur Prosper Bartoluzzi, mit en usage le carbonate de fer. Treize doses, d'un scrupule chaque, mélangées avec du sucre, suffirent pour détruire cette affection si rebelle. La vue se rétablit, et la malade resta encore un mois à l'hôpital pour se confirmer dans la certitude d'une guérison radicale. Après cette époque, elle reprit ses occupations habituelles ; et quelles qu'eussent été les intempéries de l'atmosphère auxquelles elle s'exposa, la névralgie ne se manifesta plus.

Voilà deux cas remarquables de guérisons obtenues par l'emploi du carbonate de fer dans des névralgies rebelles, et qui, par l'acuité des douleurs qu'elles produisaient, auraient pu irrévocablement compromettre le succès de deux opérations faites par un chirurgien aussi habile et aussi heureux que le professeur Flarer. Ces faits, joints à ceux qu'a publiés le docteur Elliotson, et qui sont rapportés dans l'Annuaire médico-chirurgical de 1826 et 1832, sont de nature à fixer de plus en plus l'attention des gens de l'art sur cet agent thérapeutique.

S'il est des cas où le sulfate de quinine a échoué dans le traitement des névralgies accidentelles ou traumatiques, il en est d'autres où son usage a produit le plus heureux résultat.

Obs. IV. Madame B***, demeurant rue Basse-du-Boulevard des Capucines, n° 32, me fut adressée par M. le doc-

teur Chavernac. Cette dame portait à l'œil droit une cataracte complète, survenue pendant sa dernière grossesse : l'opacité cristalline était complète, et paraissait de nature caséuse, quoique l'œil gauche fût sain. Madame B***, voulait se faire opérer, parce qu'elle s'apercevait que la vue de l'œil sain était vacillante, amblyopique, toutes les fois qu'elle tenait l'œil cataracté ouvert, et que ces accidents disparaissaient aussitôt que l'on suspendait complètement l'action de la lumière sur l'œil cataracté.

Madame B*** fut opérée par abaissement le 26 juillet, en présence de MM. Chavernac, Branzeau, Pauly et Therrin; la cataracte molle, ainsi que je l'avais annoncé, fut broyée et réduite en pièces, ainsi que la capsule; mais comme elle était de nature gélatineuse, il me fut impossible d'en faire passer les fragments dans la chambre antérieure; j'éprouvai la même difficulté pour les immerger dans le cristallin. Je me résignai donc, ainsi que l'a recommandé Barbette, à les laisser en place pour attendre leur dissolution par l'humeur aqueuse. Les premiers jours de l'opération se passèrent sans accidents: une large saignée fit justice de quelques légers malaises. Tout à coup, vers le vingtième jour environ, la malade fut prise de douleurs analogues à celles que nous avons décrites dans les observations précédentes; elles furent d'autant plus vives que l'opérée était plus impressionnable et douée d'un tempérament éminemment nerveux; ces accès s'étant renouvelés périodiquement à cinq ou six jours de distance, et augmentant d'intensité, M. Chavernac, médecin ordinaire de la malade, fit placer douze sangsues derrière les apophyses mastoïdes, qui donnèrent issue à une grande quantité de sang. La malade en fut soulagée, mais les accès reparurent avec la même régularité; on fit placer un vésicatoire au bras, et en même temps l'on prescrivit les pilules de sulfate de quinquine et des lavements de même substance. Ces prescriptions suspendirent entièrement les accès jusqu'au cin-

quantième jour après l'opération, époque où ils parurent de nouveau, et furent de rechef combattus par le sulfate de quinine. L'action de ce médicament fut aussi héroïque que la première fois, et en en continuant l'usage pendant quelque temps, l'on obtint une guérison radicale.

Mais tout ne se passe pas aussi facilement que nous venons de le dire, il est des cas de névralgies tellement opiniâtres qu'ils se jouent des praticiens les plus consommés. Voici un cas de cette nature.

M^{me} de Moydier, épouse du général de ce nom, fut opérée par moi il y a deux ans environ, en présence de MM. le docteur Alphonse, son neveu, Streech, jeune, chirurgien anglais, et quelques autres personnes. L'opération fut prompte, facile, et arriva sans accident au quarantième jour. A cette époque, sans causes connues, M^{me} de Moydier fut prise de douleurs névralgiques à la face, s'irradiant à l'œil et aux tempes et accompagnées de douleurs atroces; saignées générales, locales, ventouses scarifiées, sulfate de quinine, calomel à haute dose, méthode endermique. Tout fut mis en usage pour arrêter des douleurs horribles qui durèrent pendant plusieurs mois et qui ne cessèrent que peu à peu, et insensiblement.

CHAPITRE IX.

DE L'OPHTHALMORRHAGIE.

Lorsqu'un instrument tranchant ou piquant a divisé quelques-uns des nombreux vaisseaux sanguins qui serpentent dans l'œil, il se manifeste une hémorrhagie qui peut souvent être assez considérable; quoique on en dise, les règles précises de l'opération, et les notions anatomiques les plus exactes ne sont pas toujours suffisantes pour obvier à cet

accident. Cependant, en suivant avec exactitude les principes que nous émettrons pour chaque espèce d'opération, l'on aura moins à redouter l'accident qui nous occupe.

Il est des hommes qui sont plus sujets que d'autres aux hémorrhagies ; ce sont ceux dont la peau est vulnérable, ou bien qui sont affectés de maladies scrofuleuses, scorbutiques, et chez lesquels l'on rencontre à la peau des taches hémorrhagiques (*morbus hemorrhagicus* ou *purpura hemorrhagica*. Warloff). Les ophthalmies anciennes et profondes de l'œil sont aussi des causes occasionnelles d'hémophthalmie, en ce qu'il se forme des vaisseaux sanguins accidentels qui mettent en défaut les connaissances anatomiques les plus exactes. Ainsi, il n'est pas rare de rencontrer une quantité d'adhérences morbides qui unissent la face antérieure du cristallin à l'uvée, et qui sont presque exclusivement composées des vaisseaux sanguins dont on apprécie facilement le caractère et la forme au moyen des diverses puissances microscopiques. Cette complication peut provoquer un épanchement sanguin dans la chambre postérieure de l'œil sans que l'on ait transgressé aucun des préceptes donnés par les maîtres de l'art. Le moindre effort pour détruire cette synéchie postérieure, suffit pour provoquer une hémorrhagie souvent plus considérable que celle produite par la lésion d'une des artères ciliaires, si bien figurées par Sæmmering dans son admirable ouvrage à la planche sixième (1). Quand l'hémorrhagie est très-abondante dans l'opération de la cataracte par abaissement, l'humeur aqueuse s'obscurcit et ne permet plus de suivre les mouvements de l'aiguille. Cependant un chirurgien habile peut, malgré cela, terminer l'opération. Il se manifeste rarement des accidents graves à la suite de cet

(1) Sæmmering, Samuel Thomas. *Icones oculi humani in folio*, Francoforti, tabula VI, fig. 1.

épanchement sanguin; il se résorbe dans la plupart des cas, mais il donne quelquefois lieu à une iritis produisant une sécrétion accidentelle de lymphes, qui enveloppe le caillot sanguin avant son entière absorption, ce qui occasionne souvent alors une espèce particulière de cataracte que les ophthalmologues allemands ont nommée cataracte secondaire grumeuse (*cataracta grumosa secundaria*). Quand l'hémorrhagie est abondante, la chambre antérieure se remplit elle-même de sang qui, le lendemain, n'est plus qu'un énorme caillot. Dans ce cas, il ne faut point tarder à faire une légère incision à la cornée pour l'extraire; car cette dernière peut souvent tomber en gangrène, ainsi que l'avaient observé les professeurs Penchiennati et Rossi (1). Quand on pratique l'extraction, l'hémorrhagie est souvent due à ce que l'on a commencé l'incision beaucoup trop près de l'union de la cornée à la sclérotique; on doit aussi attribuer cet accident aux développements morbides des vaisseaux de la conjonctive. Dans l'extraction, l'hémorrhagie est moins à redouter, parce que la matière épanchée trouve facilement une issue, et qu'il est plus aisé d'en débarrasser le malade, même artificiellement. En effet, lorsqu'un épanchement de sang a lieu pendant l'opération, il faut en exciter la résolution par des lotions d'eau froide, répétées avant d'ouvrir la capsule du cristallin, et de tenter son extraction, ainsi que le pratiquait Marc-Antoine Petit (2). Forlenza arrivait encore plus facilement au même but en ayant recours à de petites injections faites avec une petite seringue remplie d'eau distillée tiède. (3).

(1) Rossi, *Éléments de médecine opératoire*, page 284, tome I.

(2) Marc-Antoine Petit, ouvrage cité, page 74.

(3) *Compte rendu des opérations de cataracte pratiquées à Strasbourg*, rédigé par le professeur Flamment, page 9.

CHAPITRE X.

DE L'IRITIS.

De tous les accidents qui surviennent à la suite de l'opération de la cataracte, n'importe le procédé mis en usage, le plus formidable et le plus commun est, sans contredit, l'inflammation de l'iris. Cette maladie que l'on nomme iritis, peut exister à l'état aigu ou chronique. Rien n'est plus désespérant, en effet, pour un chirurgien, que de voir une opération exécutée avec promptitude et habileté, échouer à la suite des phénomènes inflammatoires qui se développent sur l'iris, et souvent s'irradient dans tout l'œil, ainsi qu'on l'observe très-souvent dans l'opération de la cataracte par extraction et plus rarement, lorsqu'on a mis en usage la scléroticonyxis. Le malade est bien disposé, d'une santé générale parfaite, aucun des principes fondamentaux, aucune règle générale de l'opération n'ont été transgressés, la constitution atmosphérique et les soins hygiéniques ne laissent rien à désirer, et cependant l'inflammation se manifeste sans qu'on puisse lui assigner une cause. Il est néanmoins des cas où il est facile de reconnaître les circonstances qui ont provoqué l'inflammation de l'iris à la suite de l'opération. Les unes dépendent souvent du tempérament du malade et de sa mauvaise constitution, de l'irritabilité ou de l'extrême pusillanimité de son caractère. Les individus cacochymes, dartreux, scorbutiques, gouteux et scrofuleux sont disposés plus que tout autre à être affectés d'iritis. Cette prédisposition sera augmentée par la transgression des lois hygiéniques, un pansement défectueux, ou par les manœuvres de l'opérateur.

Il ne faut point se dissimuler que le chirurgien n'entre pour beaucoup dans les causes qui produisent l'iritis; en effet, si en pratiquant l'abaissement, il a mal choisi le point par

où doit pénétrer l'aiguille; si celle-ci est trop grosse et trop volumineuse, s'il la maintient trop long-temps dans l'œil, et s'il fatigue celui-ci par des mouvements imprudents et peu mesurés; s'il a laissé à cheval sur l'iris de trop gros fragments de la lentille brisée, destinée à être projetés dans la chambre antérieure, ou lorsque le cristallin a passé en grande partie ou en totalité dans celle-ci; enfin si l'opérateur ou son aide presse trop sur le bulbe afin de le contenir en place, l'on ne sera pas étonné de voir surgir une inflammation grave que les pathologistes allemands nomment *iritis phlegmoneuse*.

Les mêmes symptômes seront produits également par les imprudentes tentatives d'extraction de la cataracte, lorsqu'il existe un iridospasme violent ou des adhérences anormales entre l'uvée et le cristallin. La lésion de l'iris avec le kératotôme, le kystitôme, l'airigne sont aussi les causes fréquentes de l'inflammation traumatique de l'iris; c'est surtout quand on est obligé plusieurs fois de porter la curette dans la chambre postérieure pour extraire un cristallin mou ou ses accompagnements, que l'on a à redouter de graves accidents consécutifs.

Il est donc important d'étudier avec soin les symptômes qui peuvent faire reconnaître la complication dont nous nous occupons, afin de lui opposer en temps utile, un traitement énergique et rationnel capable de la combattre. Ainsi, toutes les fois qu'un homme opéré de cataracte est pris, quelques heures après son opération ou même beaucoup plus tard, d'une douleur dans l'œil ou ses annexes, plus ou moins violente, et qui tend à s'aggraver, l'opérateur est en droit de craindre qu'il ne survienne un *iritis*: ses craintes seront d'autant plus fondées que la douleur ira en augmentant, qu'elle commencera vers le point où l'œil a été blessé, et que la sensation ressemblera à une pression incommode, lancinante, s'irradiant aux régions suprà et infra-orbitales, et envahissant peu à peu la moitié de la tête.

Les paupières sont atteintes de blépharospasme, la glande lacrymale s'irrite et sécrète des larmes abondantes, âcres, brûlantes, qui fluent sans interruption (1); peu à peu la conjonctive palpébrale se gonfle, les paupières deviennent œdémateuses, la joue du côté correspondant se rubéfie, le bulbe de l'œil est le siège de douleurs pongitives et lancinantes, brûlantes, accompagnées de sentiment de tension dans l'organe, et de phénomènes fantastiques, scintillants, phosphorescents, qui se renouvellent à l'instar des commotions électriques. La fièvre s'allume, la moindre lumière devient insupportable, la soif et la douleur sont extrêmes: les carotides battent avec force, et occasionnent des tintements dans les oreilles. Tous ces symptômes généraux sont souvent accompagnés de douleurs violentes dans l'intérieur du crâne, de vomissements et de délire.

Je crois, sans contredit, que c'est cette irradiation de l'inflammation locale au centre nerveux qui produit la mort, car comment expliquer celle-ci autrement? Dans les autopsies des personnes qui ont succombé aux accidents primitifs survenus après l'opération de la cataracte, l'on a toujours trouvé des traces non équivoques de l'inflammation du cerveau et de ses enveloppes. Quant à moi, j'ai vu pratiquer un nombre prodigieux d'opérations de cataracte à l'étranger, et je n'ai jamais vu qu'elles fussent suivies de la mort. Cependant cette funeste terminaison n'est pas rare à l'hôpital de la Charité, ainsi qu'on peut s'en assurer en suivant les opérations que l'on y pratique. La personne qui en recueille pour moi les histoires, m'a transmis plusieurs résultats promptement mortels qui seront consignés dans la thèse de mon ami Théodore Maunoir. La *Lancette française* rapporte en outre un cas où l'opération pratiquée

(1) Il ne faut pas confondre le larmolement avec l'épiphora périodique qui se manifeste quelquefois dans les premiers jours après l'opération, et qui n'est dû qu'à un surcroît d'activité de la glande.

par M. Guersent fils, dans le service de M. Bougon, fut rapidement suivie de la mort (1).

En général dans la maladie en question, l'iris change de couleur, perd ses facultés contractiles, ou on les voit s'exalter à un degré extrême, phénomène qu'il est du reste fort difficile de constater, vu le haut degré de phobtophobie dont est tourmenté le malade, ainsi que par l'obscurcissement qui s'empare de la cornée aussitôt que la maladie acquiert un certain degré d'intensité, et qui est due à l'inflammation de la tunique de l'humeur aqueuse.

Une affection aussi douloureuse, aussi rapide que promptement funeste au succès de l'opération de la cataracte, demande une médication énergique et en rapport avec la gravité des symptômes. La moindre hésitation au début du traitement peut faire naître les plus déplorable résultats. Si l'on considère ici la nature de la maladie, les symptômes éminemment inflammatoires qui la caractérisent, les causes traumatiques qui l'occasionnent, la fièvre générale qu'elle allume, les désordres qu'elle produit dans la circulation, l'on ne balancera point à recourir à un traitement franchement antiphlogistique. Ainsi, les saignées des pieds abondantes seront l'un des premiers moyens qu'il faudra employer toujours largement, et qu'il conviendra de réitérer en raison de la gravité des symptômes et des forces de l'individu.

Les évacuations sanguines générales, quelque avantageuses qu'elles soient, ne remplissent pas tout à fait leur but, et devraient être poussées à un degré extrême, ce qu'il n'est pas toujours permis de faire; il faut donc avoir recours aux déplétions locales qui produisent alors un effet merveilleux. Il ne s'agit que de choisir le moment opportun : l'application des ventouses à la nuque et aux tempes calme très-rapidement les douleurs. Les praticiens anglais

(1) *Lancette française*, tome 1^{er}, page 14, année 1829.

préfèrent cette médication à l'application des sangsues qui est, selon eux, plus incertaine et moins énergique. Aussitôt que les accidents généraux et violents seront apaisés, l'on prescrira les applications d'eau froide, soit en affusion, soit en plaçant, sur la région oculaire, des linges légers qu'on en a imbibés. J'ai vu ce moyen produire de merveilleux effets à la clinique ophthalmologique de Pavie. Mais, pour obtenir les avantages dont nous parlons, il faut renouveler et continuer cette application pendant longtemps. L'inflammation qui ne serait pas assez grave pour entretenir la suppuration de l'œil, ou l'altération de ses humeurs intérieures, serait plus que suffisante pour produire l'occlusion complète de la pupille, soit que cet accident fût occasionné par l'adhésion des bords pupillaires entre eux, soit qu'il devînt le résultat de la sécrétion d'une lymphe coagulable qui pourrait engendrer des membranules et autres produits accidentels capables d'empêcher la vision. Il faut donc, par tous les moyens possibles, tenir les bords de la pupille éloignés, en cherchant à effectuer le plus grand degré de dilatation possible de cette ouverture, au moyen de doses suffisantes d'extrait de jusquiame, prises intérieurement et employées en frictions. Quand on craint que l'absorption ne se fasse trop lentement, il faut introduire dans les narines des tempons imbibés d'extrait de belladone. Mais on doit bien se garder d'appliquer immédiatement le remède sur la conjonctive oculaire; il produirait des effets en sens inverse de ceux que l'on désire. Depuis plusieurs années, j'emploie, avec beaucoup de succès, l'eau distillée de laurier-cerise à haute dose, intérieurement et extérieurement; elle remplace, avec avantage, l'eau froide, surtout quand on a soin de la frapper légèrement de glace. Rasori, Borda, Fabini ont constaté la qualité contre-stimulante de cette substance, ainsi que je l'ai prouvé dans un travail spécial (1). Quand l'état de l'estomac ne permet pas l'in-

(1) Carron du Villards, *Mémoire*, couronné par l'Athénée de médecine de

gestion des substances médicamenteuses, on les administre alors par la voie du rectum; les lavements mucilagineux, contenant quelques gouttes de teinture de digitale pourprée, et un gros d'eau distillée de laurier-cerise, servent merveilleusement à calmer l'éréthisme général. Il faut surtout insister sur l'emploi des narcotiques toutes les fois que l'on a dû pratiquer de nombreuses évacuations sanguines, générales et locales, car celles-ci, en détruisant l'équilibre nécessaire entre les systèmes sanguin et nerveux, il se manifeste quelquefois des phénomènes nerveux qui sont indépendants de la maladie, et qui, non-seulement fatiguent beaucoup le malade, mais encore alarment singulièrement ceux qui l'entourent. Cet éréthisme nerveux se révèle par une excitation générale, par l'insomnie, une loquacité apyrectique et un sentiment de vide très-incommode dans le cerveau : le malade est fatigué par le moindre bruit, quoiqu'il soit sans douleur, et la photophobie est extrême. Cet état qui a très-bien été décrit par Beer et Jüngken, se dissipe facilement sous l'influence des narcotiques à haute dose. Il est aisé de voir que ce n'est qu'un symptôme, et que c'est à tort que M. Lisfranc le considère comme une ophthalmie nerveuse (1). Lorsque l'on a à redouter la sécrétion de la lymphe coagulable, ou que l'inflammation ne passe pas à l'état chronique, il faut pratiquer des frictions sur le front et la base de l'orbite avec un demi-gros, matin et soir, de la pommade suivante :

R. onguent neap. dup. 8 j.
Extr. belladon. 3 j.
Olei essent laur. ceras gttes. iv.
Fiat secundum art unguentum.

Le professeur Ammon, de Dresde, a retiré de très-grands

Paris, sur l'emploi thérapeutique du laurier-cerise. *Revue médicale*, Paris, septembre 1830.

(1) *Clinique chirurgicale de la Pitié*, recueilli par M. P. Boyer, *Gazette Médicale*, 1832.

avantages de cette prescription dont je n'ai aussi qu'à me louer. A l'intérieur, on prescrit quelques légères doses de calomel, et si le tube intestinal est sain, il sera fort avantageux de procurer une dérivation sur les intestins, au moyen de quelques médicaments légèrement drastiques; il faut insister sur la diète pendant que persistent la fièvre et la douleur.

Schiantarelli (1), dans un ouvrage publié à Brescia, en 1819, prétend que le moyen le plus sûr de prévenir les accidents inflammatoires, après l'opération de la cataracte, ou de les combattre lorsqu'ils sont survenus, consistent à placer sur les yeux de petits tampons de charpie imbibée de teinture de thébaïque. Pour peu que l'on réfléchisse à l'action de la teinture thébaïque sur la conjonctive, aux phénomènes qu'elle produit, à la douleur et au larmolement qu'elle provoque, n'est-il pas aisé de se convaincre que l'empirisme le plus aveugle peut seul mettre en usage une médication de cette nature, qui peut être la source des plus graves accidents ?

Les traitements divers que nous venons d'indiquer ne sont pas toujours suffisants pour arrêter les phénomènes inflammatoires de l'iritis; la conjonctive oculaire se boursouffle, forme un véritable chémosis, les humeurs de l'œil se troublent, et souvent il s'y forme une suppuration abondante, accompagnée de production de fausses membranes. La vue alors court de grands dangers, et il faut traiter chacune de ces complications fâcheuses par les moyens que chacune réclame, et qui sont indiqués dans tous les auteurs. On consultera, avec fruit, les ouvrages de Beer, et la dissertation de S. B. Schindler (2).

(1) Schiantarelli. *Sull' ago da cateratta sul methodo di cura dopo l'operazione*, Brescia, 1819, page 84.

(2) *Commentatio ophthalmica de iritide chronica ex keratonyxide suborta*. Vrastilaviæ, 1820, in-4, et *Journal de Langenbeck*, 3^e fascicule.

CHAPITRE XI.

DE L'IRITIS CHRONIQUE.

L'inflammation de l'iris ne débute pas toujours d'une manière aussi aiguë que nous venons de le dire précédemment, elle reste quelquefois plusieurs jours avant de se développer; elle commence par de légères douleurs que le malade ressent dans la région orbitaire, accompagnées d'élançements passagers dans le globe de l'œil. A ces symptômes se joint un larmolement très-opiniâtre. Dans le commencement de cette affection, l'on croit, de préférence, qu'il va se développer une névralgie; peu à peu la conjonctive rougit, les vaisseaux sanguins de l'iris s'injectent, sa contractilité diminue et sa coloration s'obscurcit quand l'œil est bleu ou gris, et prend un reflet légèrement jaunâtre quand les yeux sont noirs ou bruns foncés. Alors le malade ouvre difficilement les yeux à cause de la contraction spasmodique des paupières, et lorsque le chirurgien veut vaincre ce spasme pour examiner l'œil, celui-ci se porte en haut et il devient fort difficile de s'assurer de son état. Ces phénomènes sont en tout semblables à ceux que l'on remarque chez les enfants atteints de choroïdite scrofuleuse. Peu à peu la pupille se contracte au point d'être à peine appréciable à l'œil nu; la photophobie se développe graduellement, et avec elle surviennent les douleurs dans l'intérieur du globe. Guillaume Benedict (1) avait observé que l'iritis chronique se déclarait surtout chez les individus qui avaient été affectés de cataracte molle, mixte et dure élastique: parce que ces cataractes demandent, en général, de plus grands efforts pour être abaissées en entier, et que les fragments, que l'on pousse dans la cham-

(1) W. Benedict. *Monographia cataractæ*. Vratislaviæ, 1814, page 166
9.

bre antérieure, pour en favoriser l'absorption, fatiguent la face antérieure de l'iris, tandis que ceux qui nagent dans la chambre postérieure produisent des effets semblables sur l'uvée. Quoique les accidents suscités par l'iritis chronique soient moins dangereux pour le succès de l'opération que ceux qui sont occasionnés par l'iritis phlegmoneuse, je suis loin cependant de partager l'opinion de quelques ophthalmologues allemands qui prétendent, je ne sais pourquoi, que l'iritis se guérit d'autant plus facilement qu'elle se développe plus tard (1). Il suffit de réfléchir un instant et de comparer les faits que l'on a observés pour juger combien cette opération est paradoxale. En effet, combien d'iritis chroniques ne sont-elles pas suivies d'hypopion, d'exsudations plastiques, de suppuration et d'occlusion complète de la pupille ? accidents tous plus ou moins graves et qui compromettent la vue. L'œil s'atrophie aussi quelquefois, et ses humeurs antérieures ne reprennent jamais leur transparence. Il est donc important de s'occuper sérieusement de l'iritis chronique, il faut dès son début, recourir aux évacuations sanguines générales et locales selon l'intensité de la maladie, aux frictions d'extrait de belladone, aux fomentations froides de laurier-cerise, puis lorsque la turgescence inflammatoire est évanouie, on retirera de très-bons effets de l'application des ventouses sèches à la nuque, des vésicatoires et souvent des moxa et des cautères placés derrière les apophyses mastoïdes; mais, dans les cas assez nombreux, où il est nécessaire de déterminer une irritation prompte et durable et en même temps graduée dans le voisinage du crâne, les épispastiques ne secondent pas toujours les intentions du praticien; ils agissent tardivement et avec trop peu d'énergie. Les escharotiques au contraire produisent quelquefois une réaction

(1) Molinari, *Dissertatio inauguralis de scleronyctidis sequelis earum que cura*. Ticini Regii, 1823, ex T. Bizzoni,

trop vive : c'est pour cela que le docteur Guillé (1) recommande de les remplacer par l'application sur le cuir chevelu rasé, d'un emplâtre antimonial composé de :

B. Tart. ant. pot. . 3 j.
Empl. citr. (2). . 3 iij.
Fiat. S : A.

Cet emplâtre, qui produit de très-bons effets, doit être renouvelé tous les jours jusqu'à ce qu'il apparaisse sur la peau des vésicules noires, que l'on panse ensuite comme un vésicatoire ordinaire.

J'emploie aussi quelquefois avec beaucoup de succès des frictions de pommade stibiée simple ou avec l'alcoolat d'acide formique et la pommade de Lausanne placée derrière les oreilles.

Pour seconder ce traitement on prescrit intérieurement de légères doses de calomel uni au jalap dont on élève la dose jusqu'à l'effet drastique toutes les fois que l'état général des intestins ne s'oppose pas à cette médication. Dans l'iritis chronique on retire aussi les plus grands effets des frictions mercurielles et des préparations d'or. Puis à la fin de la maladie, on peut prescrire des douches en arrosoir, composées avec de l'eau simple, froide, que l'on coupe avec des doses graduées d'eau minérale de Barèges ou de Marienbad : finalement, quand il ne reste plus que de légères traces d'inflammation, on les combat par l'application de vésicatoires au bras, et par l'usage intérieur de la pulsatille noire. Dans un travail récemment couronné par la

(1) Guillé. *Bibliothèque ophthalmologique*, page 197.

(2) Emplast citrinum pharmacopœæ Vindebonensis.

R. Therebentinæ Venætæ	} aa equalem partem,
sebi ovis.	
Resinæ.	
Ceræ flavæ.	
mis f. s. a. E.	

société médico-pratique de Paris sur l'iritis simple et spécifique, j'ai signalé les avantages d'une irritation permanente entretenue aux bras avec l'écorce de *Daphne medeureum* (1). Mon père, feu le professeur Carron, recommandait dans ces cas, d'irriter la muqueuse nasale par l'usage de la poudre céphalique et sternutatoire de Saint-Ange.

On peut quelquefois retirer de bons effets en exposant les yeux à la vapeur du baume de Fioraventi dont on provoque l'évaporation en frottant la paume des mains imbibée de cette substance.

Charles Græfe, pour rendre cette médication plus profitable, a fait construire un petit appareil dont il a donné la description et le dessin dans son Répertoire sur la matière médicale oculaire, page 236 (2).

Pendant tout le traitement, il faut exposer le malade à une lumière modérée, et tâcher de le maintenir dans une température uniforme, car rien n'est plus contraire au traitement de l'iritis que les brusques variations atmosphériques.

CHAPITRE XII.

DE L'ÉRÉTHISME OCULAIRE.

Quoique cette affection ne soit pas très-fréquente, il arrive quelquefois qu'après les opérations de cataracte, n'importe le procédé mis en usage, il se manifeste dans l'œil opéré un surcroît de vie, une exaltation de la sensibilité, telle que le malade ne peut nullement supporter la lumière, et se trouve réduit à l'état d'héliophobie la plus

(1) De l'iritis simple et spécifique, ouvrage couronné par la société médico-pratique ; un fort volume in 4^o avec planches coloriées.

(2) Ritter, Carl Græfe, *Repertorium augenärztlicher heilformeln*. Berlin, 1817.

fatigante. Non-seulement les corps éclairés lui causent des sensations pénibles, mais encore ceux qui sont dans l'obscurité lui paraissent éclairés par une lumière anormale, au point de pouvoir lire dans l'obscurité. J'ai vu un homme qui avait acquis une puissance visuelle si prononcée, que dans la plus profonde obscurité il lisait facilement, tandis que j'avais, moi, la plus grande peine à découvrir le lit où il était couché. Cet état ne fut que passager, tandis que l'individu dont (1) Beer raconte l'histoire, put lire et écrire plusieurs mois pendant la nuit sans lumière, et ne parvint à supporter celle-ci qu'en accoutumant graduellement ses yeux à son action, et en portant des verres de lunettes très-colorés. Il faut combattre cet état lorsqu'il est compliqué de pléthore, par les saignées de pied, les sangsues au siège, et surtout par l'usage intérieur de la jusquiame et celui extérieur de la pommade dont nous avons donné la formule à l'article Iritis, page 92. Peu à peu l'on accoutumera le malade à l'action de la lumière jusqu'à ce qu'il puisse sortir, en conservant toutefois pour quelque temps encore, des lunettes colorées.

Il ne nous reste plus à parler maintenant, en fait de symptômes morbides compliquant en général les opérations de cataracte, que du dérangement des fonctions de l'estomac, que quelques personnes attribuent à des sabures gastriques, tandis que d'autres n'y voient qu'une irritation sympathique du gaster. On ne peut révoquer en doute l'étroite sympathie qui unit les fonctions digestives à celles de l'organe de la vision; elle se révèle chaque jour par l'influence qu'exercent sur l'œil des substances introduites dans l'estomac. M. Lœbstein (2) a décrit avec beaucoup de soin ces sympathies dans son ouvrage sur la séméiologie de l'œil,

(1) Beer, *Das auge Vienn*, 1813, page 13 et 14.

(2) Lœbstein-Lebel. *Traité de la séméiologie de l'œil*, Strasbourg, 1818, 676 et suiv.

et Assalini (1), Larrey (2), Herbeer, et après eux Clot-Bey (3) avaient observé que l'ophtalmie d'Égypte se liait presque toujours à une maladie ou à un dérangement antérieur du tube intestinal.

C'était donc pour combattre les effets de l'intime relation de l'estomac avec les yeux que la plupart des ophthalmologues faisaient précéder l'opération de la cataracte d'un traitement préparatoire dont la diète et le régime constituaient la base, et qui, par conséquent, devait avoir une grande action sur ce viscère; l'expérience a prouvé cependant que, malgré ces précautions, il se manifestait souvent des phénomènes gastriques, et que ceux-ci cédaient bien plutôt à l'usage de tartre stibié en lavage, ainsi que l'enseignait l'illustre Scarpa, qu'à l'emploi des évacuations sanguines locales. Cependant, il est des cas où la maladie se propage au cerveau, et peut produire des accidents tellement graves, qu'ils entraînent quelquefois la mort, et qu'il importe de surveiller de près. Nous entrerons dans de plus amples détails à ce sujet, en parlant du traitement consécutif de l'opération.

CHAPITRE XIII.

DU TRAITEMENT CONSÉCUTIF.

Quoique nous ne soyons plus au temps où Ambroise Paré disait : « Je te pansay, Dieu te guérira » il est encore malheureusement des chirurgiens qui abandonnent presque aux seuls efforts de la nature le soin du traitement des accidents primitifs qui suivent l'opération de la cataracte. Tout chirurgien sensé sera convaincu de l'absurdité d'une pareille conduite, puisqu'il est bien reconnu que l'habileté et le

(1) Assalini. *Manuâle di chirurgia militare*, page 111.

(2) Larrey. *Histoire chirurgicale de l'armée d'Orient*, page 208.

(3) *Annales de la médecine physiologique*, 1833.

bonheur avec lesquels une opération a été exécutée, sont loin de toujours préserver le malade de la gravité des accidents consécutifs : et comme il n'est donné à personne de pouvoir calculer jusqu'à quel point ceux-ci peuvent s'aggraver, il en résulte que c'est une imprudence impardonnable de ne pas s'empressez de les combattre en temps utile, au moment où l'on a un espoir fondé de résolution. C'était dans l'intention d'obvier au développement des symptômes primitifs que le baron de Wenzel et Benjamin Bell faisaient pratiquer, une heure après l'opération, une forte saignée au bras : le chirurgien anglais recommandait même d'ouvrir la jugulaire ou l'artère temporale si la première saignée ne faisait pas disparaître les accidents primitifs. Ces deux opérateurs avaient même observé que l'évacuation sanguine, pratiquée peu de temps après l'opération, faisait avorter toute réaction inflammatoire. Dans ses aphorismes chirurgicaux M. le professeur Walther dit que pour obtenir un résultat avantageux après l'opération de la cataracte, il faut qu'il ne se manifeste aucune douleur et aucun symptôme inflammatoire. Il faut donc attaquer à outrance les symptômes morbides. M. Lisfranc ainsi que moi, suivons les mêmes principes, et l'on peut se convaincre en fréquentant l'hôpital où il est attaché, des avantages de cette pratique. Ce que nous venons de dire des propriétés préservatives de la saignée après l'opération, pourrait-il s'appliquer à l'emploi d'un vésicatoire à la nuque, posé une heure ou deux avant l'opération, ainsi que le fait M. Roux ? Si l'on calcule la nature des effets produits dans un grand nombre de circonstances par l'application d'un vésicatoire, chez les personnes irritables surtout, on sera en droit de répondre par la négative. Quel est le praticien qui n'a pas vu survenir à la suite de l'application d'un escharotique, un mouvement réactionnaire qui passe souvent à l'état fébrile ? Ce phénomène sera bien plus évident lorsque viendront se joindre à son action l'excitation et la douleur,

suites inséparables de l'opération la plus heureuse et la mieux exécutée. Les raisons que je viens d'alléguer acquerront une plus grande valeur lorsque l'on saura que la plupart des ophthalmologistes allemands rejettent, dans les affections aiguës de l'œil l'emploi des vésicatoires et des sétons, comme capables de donner lieu à une réaction dont on ne peut pas calculer la force et qu'il est souvent difficile d'arrêter. En outre, la douleur locale est un empêchement à ce que le malade puisse facilement se tenir couché sur le dos, position indispensable pendant les premiers jours qui suivent l'opération de la cataracte. Je crois donc que l'action du vésicatoire est nuisible, qu'il doit être exclu entièrement comme moyen préservatif, tandis qu'au contraire il peut servir à combattre les accidents qui ont déjà résisté aux saignées générales et locales. Quand on se rappelle tout ce qui a été dit concernant les divers phénomènes morbides qui entravent le succès de l'opération, on se convaincra qu'il ne faut pas se fier à la légèreté, à l'absence même des douleurs; car cet état de choses peut persister pendant vingt-quatre ou trente six heures, puis changer de face tout à coup, et compromettre les résultats de l'opération. J'ai toujours observé que, quand les douleurs sont très-violentes, l'œil est plus en danger que lorsqu'elles le sont moins. Les chirurgiens les plus heureux ne sont pas, selon moi, ceux qui opèrent le mieux, mais bien ceux qui soignent leurs malades avec le plus d'attention, et qui, par des médications énergiques, arrêtent les symptômes dès leur début. Il est bien reconnu aujourd'hui que, dans les insuccès de l'opération de la cataracte, les phénomènes inflammatoires généraux sont le plus à craindre, et que la plupart des yeux sont détruits par la suppuration. Quoique cette terminaison soit plus fréquente dans l'opération par extraction que dans les autres, on observe cependant la fonte de l'œil à la suite de l'abaissement ou de la kératonyxis. Il se déclare d'abord une inflammation très-vive de la conjonctive oculaire et palpé-

brale : cette membrane se boursoufle considérablement, et forme des villosités qui, en se rassemblant, occasionnent un gros bourrelet muqueux qui renverse en dehors la paupière supérieure comme dans les cas de blépharophthalmie. Cette saillie, qui arrive quelquefois à la grosseur d'une noix, se complique bien souvent d'un état œdémateux ou érysipélateux de la paupière. Cette muqueuse, ainsi hypérémiée, sécrète d'abord un fluide purulent, puis ensuite un pus véritable. Quand on a pratiqué l'abaissement, quelque grave que soit cet accident, on peut cependant espérer d'en arrêter la marche : mais lorsque l'extraction a été mise en usage, cette sécrétion morbide ayant lieu avant la réunion du lambeau de la cornée, la suppuration s'introduit dans l'œil, l'enflamme et presque toujours en amène la dissolution. Aussitôt que l'on apercevra des symptômes de congestion oculaire, il faudra se hâter de recourir aux saignées générales au bras ou au pied, puis à l'application des ventouses scarifiées aux tempes et derrière les apophyses mastoïdes, l'expérience m'ayant convaincu de la supériorité de ce moyen sur les sangsues qui, ainsi que l'a prouvé M. Larrey dans le traitement de l'ophtalmie égyptienne, congestionnent l'œil au lieu de le débarrasser. Malheureusement ce traitement ne suffit pas toujours pour empêcher la formation du bourrelet ; je crois que, dans ce cas, il faut se hâter de faire une saignée locale, en emportant avec les ciseaux de grands lambeaux de membrane muqueuse pour détruire l'étranglement local, ainsi que le pratiquent les chirurgiens anglais pour l'ophtalmie égyptienne. Lorsque l'on a arrêté les symptômes inflammatoires, il est avantageux de recourir aux collyres astringents, mais ce moyen n'est profitable, que lorsque l'on a pratiqué l'abaissement ou la kératonyxis. Si, malgré ce traitement, l'œil est envahi par la suppuration, il est toujours perdu irrévocablement, et il ne reste plus qu'à évacuer la collection purulente à l'aide d'une incision convenable. Cette maladie ne doit pas

être confondue avec le chémosis traumatique accidentel, produit par la lésion des vaisseaux de la conjonctive, et qui ne tarde pas à se résoudre de lui-même. L'expérience m'a appris que l'on combattait plus facilement et avec plus d'avantage, les accidents qui surviennent à la suite de l'abaissement, que ceux qui compliquent l'extraction. J'ai vu des yeux revenir, comme on dit vulgairement, de bien bas, tandis que le contraire arrive dans l'extraction. Au reste, dans tous les cas, le traitement que nous venons d'exposer doit être secondé par un régime et des indications appropriés, et parmi lesquels il faut placer en première ligne, l'usage des boissons délayantes, une diète sévère, et de légers minoratifs. Il se manifeste souvent après l'opération des nausées et des vomissements. On les combat par les moyens convenables, la potion anti-émétique de Rivière, l'eau de Seltz factice, et l'eau glacée. Le frère Pasquale dans ces cas, les privait absolument de boissons, et toutes les fois que le malade avait été opéré par abaissement, il le faisait promener dans la chambre.

Souvent il se manifeste des phénomènes sabureux, il faut alors les combattre par le tartre stibié en lavage.

Ce médicament à hautes doses est aussi indiqué lorsque les saignées générales n'auront point les douleurs et les progrès de l'inflammation. Dans mon mémoire sur l'iritis et qui a été le sujet d'un prix, je me suis longuement étendu sur les avantages de cette médication.

CHAPITRE XIV.

DE L'EXPOSITION PRÉMATURÉE DE L'OEIL A LA LUMIÈRE.

Après avoir parlé du traitement à suivre après l'opération de la cataracte, il me reste à considérer un accident

d'autant plus grave qu'on y est à chaque instant exposé dans les premiers jours de l'opération; je veux dire l'exposition prématurée de l'œil du patient à la lumière. Je ne doute nullement que c'est à cette imprudence que l'on doit attribuer la plus grande partie des succès dans les opérations de cataracte. En effet, quoique une opération ait réussi à souhait, et que tous les temps qui la composaient aient été accomplis avec aisance et facilité, il est certain que, malgré cela, ses suites produiront dans l'œil un grand degré d'excitation qu'un rien peut faire dégénérer en une véritable inflammation. C'est surtout trois ou quatre jours après, comme dans toutes les autres opérations, qu'il se détermine dans l'organe opéré un mouvement fluctionnaire dont on ne peut prévoir l'intensité et la durée. Cet état est toujours accompagné d'une photophobie plus ou moins vive, et qui a toujours une grande tendance à s'aggraver par le contact de l'œil avec les rayons lumineux. Je suis convaincu que les succès étonnants obtenus par le professeur Scarpa, étaient dûs surtout à ce qu'il tenait ses malades dans une obscurité parfaite, principe qu'il ne transgressait jamais et qui est encore aujourd'hui en vigueur à la clinique ophthalmologique de Pavie, où une salle spéciale, dite salle des opérés, est placée dans une obscurité convenable, que l'on peut augmenter ou diminuer à volonté. L'homme à qui l'on vient de faire l'opération de la cataracte est comme un prisonnier qui, après avoir pendant longtemps habité des cachots obscurs, serait tout à coup exposé à la lumière. Ce passage subit d'une situation ténébreuse à une situation qui ne l'est pas, provoque chez tous deux une sensation douloureuse, poignante, et qui force les individus à porter leurs mains devant les yeux pour arrêter brusquement l'influence des rayons lumineux qui, dans d'autres circonstances, auraient été supportés par eux sans inconvénient. C'est en partie aux soins extrêmes que prenait M. Maunoire, de préserver ses malades de l'influence de la

lumière, qu'il est redevable de ses surprenants succès. Aussi, quand dans la plupart des hôpitaux de France, je vois des malheureux opérés abandonnés au milieu de salles éclairées, dans des lits garnis de rideaux blancs, n'ayant pour se préserver de la lumière qu'un simple bandeau noir sur les yeux, je me rends raison d'un grand nombre d'insuccès indépendants tout à fait de l'habileté des opérateurs.

Quand on a pratiqué l'abaissement, je crois que toutes les fois que le malade n'éprouve aucune douleur dans l'œil, qu'il ne ressent ni gonflement ni gradulations dans les paupières, qu'aucune exsudation purulente ne flue de celles-ci, il faut s'abstenir d'ouvrir l'œil jusqu'au quatrième jour, et se contenter des précautions que nous indiquerons en traitant du pansement. Lorsqu'on a pratiqué l'extraction, si le malade est sans douleur, on peut laisser écouler les premières vingt-quatre heures sans examiner l'œil opéré; mais, ce temps passé, l'opérateur doit y jeter une inspection rapide, en ne se servant que de la lumière indispensable pour s'assurer s'il n'y a ni staphylôme de l'iris ni collection purulente dans la chambre antérieure, parce qu'il est important de remédier sans délai à ces accidents. Après ce terme, on peut aller jusqu'au quatrième jour sans renouveler l'examen, parce que, non-seulement, l'œil souffrirait de son exposition à la lumière, mais encore l'on risquerait d'empêcher la réunion immédiate de la blessure de la cornée. Quoiqu'il soit, en général, assez difficile d'assigner une époque fixe à cette réunion, l'expérience a appris que dans cette opération comme dans les autres où l'on tente la réunion par première intention, elle se fait ordinairement vers le troisième jour. A mesure que la guérison se confirme, que l'époque probable des accidents s'éloigne, il faut peu à peu diminuer l'obscurité qui environne le malade, afin que son œil s'accoutume graduellement à l'influence de la lumière. Par ce moyen l'on évitera une foule d'accidents. Ce n'est guère qu'après la cinquième

ou la sixième semaine que le malade pourra se promener au grand jour, et encore devra-t-il se munir d'un garde-vue et de lunettes colorées. Il faut avoir visité avec soin la clinique ophthalmologique de Paris, pour se rendre compte de tous les soins, de toutes les précautions dont sont entourés les malades opérés de la cataracte. Il y a une chambre spéciale dite des opérés. Cette pièce est complètement obscure, les lits sont en étoffe verte; à mesure que les malades vont bien, on leur donne peu à peu de la lumière. Personne excepté l'opérateur ne les examine, et encore de quelles précautions ne se munit-il pas pour que cet examen soit sans danger pour le malade. Enfin on ne peut entrer dans la salle des opérés qu'au moment de la clinique.

Comparez à cela, la situation d'un malade dans un hôpital de Paris. Quand on lui a mis sur les yeux quelques compresses et un bandeau noir, et qu'on l'a renfermé dans un lit à rideaux blancs, au milieu d'une salle, ouverte à tous les courants d'air, l'on croit avoir fait beaucoup.

Puis, chirurgiens internes, externes, étudiants viennent à tour de rôle, soutenir le bandeau, ouvrir les rideaux, faire causer le malade. Comment s'étonner des insuccès de tant d'opérations bien faites, et qui dans le principe, promettèrent de si heureux résultats.

Malgré l'opposition constante et permanente dont ce projet est l'objet, un jour viendra, ou il y aura à Paris, un hôpital spécial consacré aux maladies des yeux. La France n'est pas faite pour rester en arrière.

Ce que je viens de dire pour la lumière, doit s'entendre surtout pour l'application des lunettes dites à cataracte, et dont l'influence est excessivement fâcheuse toutes les fois que l'œil y est exposé avant d'avoir repris son aplomb, son assiette ordinaire, et lorsqu'il ne lui reste plus ce surcroît de vie, qu'y avait développé l'opération. Ce n'est guère que trois mois et plus après l'opération qu'on peut oser

mettre l'œil en rapport avec des verres convexes destinés à concentrer les rayons lumineux, et à remplacer le cristallin abaissé ou extrait. Je connais un grand nombre de personnes qui voyaient parfaitement bien à la suite de l'opération, et dont la vue s'est complètement perdue par l'usage imprudent et prématuré de lunettes à foyer.

CHAPITRE XV.

DES CAUSES D'INSUCCÈS PROPRES A L'ABAISSEMENT.

Après avoir examiné les accidents généraux qui peuvent s'opposer à la réussite de l'opération de la cataracte, communs à tous les procédés, nous allons maintenant passer en revue ceux qui sont propres à chaque procédé en particulier. L'opération de la cataracte par abaissement étant la plus ancienne, et figurant aussi la première sur notre tableau, c'est par elle que nous allons commencer.

Diverses causes peuvent s'opposer au succès de l'opération de la cataracte par abaissement, et nous les examinerons dans l'ordre suivant.

1° Le staphylôme partiel de la sclérotique; 2° la difficulté ou l'impossibilité d'abaisser le cristallin en masse avec sa capsule, soit à cause de ses adhérences morbides avec les parties environnantes, soit à cause de sa conformation fluide, caséuse, ou glutineuse; 3° les obstacles que l'on rencontre, quand on pratique le broiement, à faire passer les fragments de la lentille, partie dans le corps vitré, partie dans la chambre antérieure; 4° le passage du cristallin entier ou en trop gros fragments dans la chambre antérieure où il produit souvent des accidents notables; 5° la fuite de la lentille au devant de l'aiguille, dans divers points du globe oculaire, et son étranglement au milieu de

la pupille ; 6° la réascension du cristallin , et la cataracte secondaire ; 7° enfin l'amaurose.

CHAPITRE XVI.

DU STAPHYLÔME PARTIEL DE L'ALBUGINÉE.

Autant les staphylômes partiels de la cornée transparente sont fréquents, autant ceux de la sclérotique se rencontrent rarement, et ne sont en général observés qu'à la suite des lésions traumatiques, et des ophthalmies arthritiques, avec inflammation de la sclérotique. Pendant longtemps j'ai cru avoir été le premier qui eût observé le staphylôme partiel de l'albuginée, à la suite de la piqure faite avec l'aiguille à cataracte. Cette croyance était chez moi permise, puisque aucun ophthalmographe n'en avait fait mention. Si j'eusse eu un nombre de faits suffisants, j'aurais publié il y a dix ans, un petit travail qui m'eût assuré la priorité dans la description de cette affection de l'œil ; mais, en fait de sciences, il ne faut pas trop se hâter de conclure. Le hasard m'a fait tomber entre les mains une thèse soutenue à Pavie en 1823, par le docteur Molinari, où se trouve rapporté un fait qui, joint aux deux que j'ai vus moi-même, ne laisse aucun doute sur la nature de la petite tumeur qui s'était formée dans la partie de la sclérotique traversée par l'aiguille. Dans le fait observé par M. Molinari, il s'agissait d'un homme qui fut opéré le 12 décembre 1822 par le professeur Flarer. Ce professeur pratiqua la scléroticonyxis sur l'œil gauche d'un nommé Antoine Albiati, âgé de 35 ans, homme d'un tempérament cachectique, et qui avait été tourmenté toute sa vie par diverses maladies spécifiques ou constitutionnelles, telles que les scrofules, les dartres et les affections syphilitiques. Pendant la nuit qui

suivit l'opération, il fut pris d'une inflammation de l'œil tellement intense qu'elle dura quinze jours malgré que dans cet espace de temps, l'on eût pratiqué sept abondantes saignées, et que l'on eût appliqué plusieurs fois un assez grand nombre de sangsues. L'inflammation s'étant ensuite un peu apaisée, l'on aperçut, dans le point de la sclérotique correspondant à la piqûre de l'aiguille, une petite tumeur du volume d'un grain de riz, blanchâtre, indolente et immobile. On ne tarda pas à reconnaître qu'elle était produite par un amas de matières, résultant de l'accumulation de la lymphe dans le trajet de la plaie. Cette petite tumeur se rompit et donna passage à la lymphe accumulée, puis, peu à peu, la sclérotique environnante s'hypérémiâ et s'éleva sous la forme d'une petite tumeur cônica circonscrite. Les symptômes d'inflammation ne tardèrent point à diminuer de jour en jour sous l'usage de l'extrait de jusquiame et du calomel; l'œil reprit ses fonctions, mais la petite tumeur persista. Le docteur Molinari se demande quel nom l'on doit donner à cette maladie, et si véritablement on peut la considérer comme un staphylôme partiel de la sclérotique, et qu'elle pourrait en être la cause.

Les deux faits que j'ai observés étant analogues au sien, je crois pouvoir affirmer que le nom de staphylôme partiel, est légitimement acquis à cette maladie, quoiqu'elle ne se développe pas toujours de la même manière. Ainsi, dans les cas que j'ai remarqués, l'un était un staphylôme proprement dit, immobile, indolent et dur comme un grain de plomb; l'autre, au contraire, offrait une tumeur moins élevée, entourée de petites veines bleuâtres, et paraissait se déprimer sous la pulpe du doigt. Cet homme qui avait été opéré en 1821, par feu Duchelard, oculiste du roi de Naples, s'aperçut peu de jours après l'opération, de la formation de cette petite tumeur qui ne lui occasionnait, il est vrai, aucune douleur, mais qui gênait quelquefois le mouvement de la paupière. En 1826, il succomba à la suite

d'une affection cérébrale, et il me fut permis d'examiner l'œil avec soin. Je ne tardai pas à m'apercevoir que cette humeur avait été formée, par quelques veines variqueuses de la choroïde qui avait distendu, aminci et chassé devant elle la sclérotique, et y avait produit une petite tumeur analogue à celles observées et décrites à la partie postérieure de l'œil par Jacobson et Scarpa qui lui avaient donné improprement le nom de staphylôme postérieur de l'œil. (*Staphyloma posticum oculi.*) En parlant du staphylôme de la cornée dont nous venons de tracer l'histoire, M. le professeur Ammon déclare que cette espèce de staphylôme lui était complètement inconnue avant la lecture de notre livre. Un pareil aveu est flatteur pour nous et augmente notre reconnaissance envers le chirurgien illustre et impartial, qui sans nous connaître a fait une si haute et si sincère appréciation de nos travaux.

La première espèce de ce staphylôme est sans danger, tandis que l'autre étant le résultat d'une affection phlébec-tasique des vaisseaux choroïdaux, cet état peut se propager aux vaisseaux de la sclérotique et de la conjonctive, et produire une cirsophthalmie grave qui peut compromettre l'état de l'œil.

Je crois, qu'aussitôt qu'il se forme une petite tumeur lymphatique ou purulente sur le point qui a été traversé par l'aiguille, il faut se hâter d'emporter la conjonctive qui la couvre, avec des ciseaux courbes, puis pratiquer immédiatement une petite cautérisation avec le nitrate d'argent fondu; ce qui selon moi, sera plus que suffisant pour arrêter les développements ultérieurs de la tumeur. Mais lorsque l'on a affaire à un refoulement de la sclérotique par l'action variqueuse des vaisseaux choroïdaux, il faut pratiquer la compression avec une lame de plomb, placée sur la paupière. Cette médication devra d'autant plus offrir des chances de réussite que, ainsi que nous le verrons plus tard, Forlenza et un grand nombre d'autres hommes de

l'art, traitaient les staphylômes consécutifs à l'incision de la cornée transparente par le moyen que nous venons d'indiquer, avec un succès remarquable : nous reviendrons plus tard sur cette médication.

CHAPITRE XVII.

DIFFICULTÉ OU IMPOSSIBILITÉ D'ABAISSEUR LE CRYSTALLIN EN MASSE.

Toutes les fois que l'on rencontre une cataracte dure et résistante, rien n'est plus facile que de l'abaisser et de l'immerger au milieu de l'humeur vitrée, si l'on a eu soin surtout de méditer attentivement les préceptes donnés par le professeur Scarpa pour exécuter sûrement l'abaissement ; principes qui, ainsi que l'a fait observer (1) Lèveillé, ont convaincu des chirurgiens du premier ordre, Dubois, Dupuis et Dupuytren, que les succès obtenus par le professeur de Pavie n'étaient point fabuleux ni imaginaires, comme le prétendaient les partisans de l'extraction. Pour rendre le procédé de Scarpa plus facile, je dois renvoyer à des considérations anatomiques et chirurgicales que j'ai publiées dans un journal de médecine (2).

Ainsi que nous l'avons dit, les cataractes molles sont très-nombreuses, et c'est leur fréquence qui, en offrant beaucoup de difficultés pour l'abaissement, avait conduit notre illustre maître à pratiquer le broiement du cristallin, toutes les fois qu'il ne pouvait pas le déprimer en masse. En effet, le cristallin et sa capsule sont quelquefois très-moux et friables, tandis que la zonule ciliaire et la hyaloïde offrent une si grande résistance, qu'en présentant l'aiguille par le dos sur l'opacité cristalline, ainsi que le recom-

(1) Lèveillé, *Nouvelle doctrine chirurgicale*, vol. IV, page 360.

(2) *Bulletin thérapeutique*, tome IV, page 210 ; tome V, page 82.

mande le professeur Panizza, la capsule se rompt, et l'instrument pénètre en totalité dans le cristallin qui est divisé en plusieurs fragments. A peine cette rupture est-elle pratiquée que l'on voit le cristallin tantôt fluide, tantôt caséux, se répandre en dehors, en partie ou en totalité. Dans le premier cas, l'humeur aqueuse est troublée en entier : la pointe de l'aiguille n'est plus apparente, et il n'est pas rare de trouver de jeunes opérateurs embarrassés au point de ne pouvoir continuer l'opération. Si l'humeur aqueuse ne se trouble pas, si le cristallin se sépare en grands lambeaux flottants, au moyen d'une aiguille très-courbe, l'on peut chercher à accrocher les plus gros fragments, et les porter au fond de l'œil. Cette manœuvre est cependant très-difficile, et l'on a plus d'avantage à les faire passer dans la chambre antérieure pour les exposer à l'action de l'humeur aqueuse qui les dissout très-rapidement, et en facilite l'absorption; pour arriver à ce but, il est bien important de se pénétrer de l'anatomie chirurgicale de l'œil, dont nous avons, dans le journal cité (1), ébauché les caractères les plus saillants. Le point fondamental consiste à briser le cristallin et ses enveloppes en un aussi grand nombre de fragments que possible. A cet effet, il faudra, au moyen de l'aiguille, décrire des arcs de cercle, et des cônes dont la base correspondra à l'extrémité de l'aiguille et le sommet à la tige qui appuie sur le trou de la sclérotique. Ces circonvolutions coniques seront d'autant plus étendues, que l'on portera l'aiguille plus en avant du côté de l'angle interne de l'œil; en la retirant, on les amoindrira, et par ce moyen, l'on sera sûr d'avoir attaqué le cristallin dans tous ses diamètres, et de l'avoir rompu en une quantité de fragments suffisamment ténus pour les faire passer à travers la pupille dans la chambre antérieure, en suivant toujours dans cette manœuvre un mouvement de rotation de haut

(1) *Bull. thérap.*, 1. cit.

en bas , et jamais d'arrière en avant. Par de petits mouvements saccadés, on accroche les lambeaux flottants du cristallin et de sa capsule , et on les jette dans la chambre antérieure. C'est dans cette espèce de cataracte surtout qu'il est excessivement important que l'opérateur , en introduisant l'aiguille, fasse attention de ne point pénétrer entre la capsule et le cristallin : car il pourrait bien, ainsi que cela s'est vu plusieurs fois , briser le cristallin sans intéresser la capsule antérieure, et il n'y a pas longtemps que j'ai été témoin d'un fait pareil , arrivé à l'un des chirurgiens les plus célèbres de la capitale , chez une dame de Granville , qui a été secondairement atteinte d'une cataracte capsulaire antérieure qui lui a fait perdre tous les bénéfices de son opération. C'est dans la destruction des cataractes molles que , ainsi que je l'ai dit dans le commencement de cet ouvrage , l'on est à même d'apprécier les avantages de l'aiguille du professeur Scarpa.

Il y a des gens qui blâment dans l'opération de la cataracte par abaissement, l'emploi de l'extrait de belladone pour dilater la pupille. A défaut de bonnes raisons, ils avancent des paradoxes, et cependant, si l'expérience du professeur Scarpa et de ses élèves ne répondait pas victorieusement à de pareilles suppositions, le simple raisonnement ne suffirait-il pas pour prouver que, lorsqu'on a un vaste champ à parcourir avec l'aiguille, sans crainte d'accrocher l'iris, l'on peut bien plus facilement détruire le cristallin et ses annexes ! S'agit-il de faire passer dans la chambre antérieure les fragments de la lentille opaque ? Rien n'est plus facile lorsque la dilatation de la pupille laisse à peine une petite arrête à franchir ; en outre, on ne court pas la chance de laisser les fragments à cheval sur l'iris où ils détermineraient des accidents dont les moindres conséquences , pourraient être une violente inflammation de l'iris, la production de fausses membranes et leurs adhérences avec lui. D'ailleurs , le narcotisme produit par la

belladone sur l'iris, rendra moins douloureux ses rapports avec les fragments du cristallin et le dos de l'aiguille.

Si pendant l'opération la pupille se trouvait trop dilatée, on peut facilement remédier à cet accident par les moyens suivants :

1° Appliquer contre la face postérieure de l'iris, le dos de l'aiguille, et toucher celle-ci avec deux petites plaques de la pile à main de Le Baillif; le plus léger courant galvanique suffit pour faire contracter l'iris.

2° Toucher le segment supérieur de la cornée avec un petit pinceau à miniature, imbibé d'un peu de solution de nitrate d'argent allongée.

3° Passer dans le nez le même pinceau saturé de teinture alcoolique de café torréfié, très-forte.

Mais de tous ces moyens, les deux premiers sont les plus sûrs, et sans danger.

Peu-t-on, dans tous les cas, faire passer le cristallin dans la chambre antérieure? On aurait grand tort de l'affirmer, car l'expérience de tous les jours prouve le contraire. Diverses causes peuvent s'opposer au succès de cette manœuvre : ainsi que pour l'abaissement en masse, il y a souvent défaut d'équilibre entre la pesanteur spécifique de l'humeur aqueuse et celle des fragments du cristallin. Il n'est pas rare de voir les fragments, de la capsule surtout, flotter les premiers jours, tantôt dans la chambre antérieure, tantôt dans la postérieure : mais ils finissent par s'imbiber d'humeur aqueuse : alors devenant plus pesants ils se précipitent dans les parties les plus déclives des chambres; mais il se passe souvent plusieurs semaines avant que cette précipitation ait lieu. Très-souvent les débris du cristallin et de ses annexes forment une masse agglomérée au centre de la pupille qui ne se débarrasse point ; dans ce cas, lorsque tous les phénomènes inflammatoires sont dissipés, il faut porter de nouveau l'aiguille dans l'œil, et débarrasser cet obstacle à la vision.

Souvent dans la manœuvre pour briser le cristallin et ses enveloppes, ce corps peut passer en entier dans la chambre antérieure, et l'effort de distension occasionné par ce passage dans le bord libre de l'iris peut produire un iridospasme, ou une contraction telle de la pupille qu'il faille renoncer à l'espoir de terminer l'opération; le cristallin reste alors dans la chambre antérieure. Souvent la pression sur la cornée est telle que cette partie de l'œil se sphacèle, et part de toutes parts comme un verre de montre qui s'échappe de sa rainure. J'ai vu en 1832 un fait de cette nature arrivé chez une vieille femme opérée par M. Lisfranc, et couchée au N° 3 de la salle St-Augustin. Il n'est pas rare de voir le cristallin contracter de nouvelles adhérences dans la chambre antérieure, y vivre sans s'absorber, et devenir un obstacle complet à la vision. Je connais plusieurs faits analogues, et dernièrement M. de la Roque, l'un des médecins les plus distingués de la capitale, m'a donné connaissance d'un fait pareil pour lequel on courut les chances de l'extraction. Le cristallin adhérait à l'iris et à la cornée : les rayons lumineux étaient perçus en partie : l'extraction fut faite par M. Roux : c'est tout dire quant à l'habileté de l'opérateur; mais était-il raisonnable de tenter ce moyen ? L'issue en fut funeste : on devait en être presque sûr d'avance.

Je crois que lorsque le cristallin a passé en entier dans la chambre antérieure, il faut se hâter de pratiquer une incision à la partie inférieure de la cornée, et l'extraire par cette voie, avec les pincés à crochet de Maunoir. Si on peut, sur le moment, le raccrocher avec l'aiguille dans la chambre antérieure, on l'abaissera de nouveau comme l'a pratiqué avec tant de succès, M. Dupuytren, et comme j'y ai eu recours plusieurs fois, entre autre chez M. le comte de Beuil que j'opérai en janvier 1837 en présence de MM. Sellier docteur médecin, et Capron chirurgien militaire fort distingué que je m'honore d'avoir eu pour élève. Le cristallin dur

passa entièrement dans la chambre antérieure, ou je fus obligé d'aller le chercher immédiatement pour le reporter dans les profondeurs de l'humeur vitrée.

Lorsqu'il aura contracté des adhérences il serait tout à fait imprudent de tenter l'extraction; il faut se borner à chercher à rétablir la vision, en pratiquant une pupille artificielle, dans une partie de la circonférence de l'iris, en choisissant le procédé convenable à la nature de la maladie.

Quand, avant l'opération de la cataracte, on a diagnostiqué une ou plusieurs adhérences de l'iris avec le cristallin, il faut alors prendre de très-grandes précautions, car l'opération est très-difficile, si difficile même, que Richter l'a regardée comme excessivement hasardée. Quant à moi, pourvu que dans le côté externe, dans le lieu d'élection où l'on enfonce l'aiguille de Scarpa, il se trouve un petit point de l'iris libre, je me fais fort de terminer l'opération en observant les règles suivantes :

1° Chercher à obtenir la plus grande dilatation possible de la pupille pour suivre avec exactitude les mouvements de l'aiguille.

2° En introduisant l'instrument comme dans le procédé ordinaire, le conduire jusqu'au centre de la pupille : de là, si l'adhérence est du côté du grand angle de l'œil, je pousse l'instrument, la pointe en bas, jusqu'au moment où, avoisinant l'adhérence, j'abaisse le manche, élève la pointe que je porte légèrement sur la bride que je mets en contact avec l'arête la plus saillante de l'instrument : quelques légers mouvements de grattement imprimés au crochet suffisent alors pour détacher les adhérences anormales qui retiennent le cristallin ou sa capsule.

Cette manœuvre, plus simple à exécuter qu'à décrire, atteint presque toujours son but; puis, quand on attaque le cristallin, si l'on aperçoit qu'il existe encore des brides, il faut ramener l'instrument au centre de la pupille, et

recommencer à détacher les liens anormaux qui s'opposent à l'abaissement de la lentille. Dans ses intéressantes lettres adressées à M. Maunoir de Genève, Scarpa (1) analysant les opinions d'Adams, dit que si : les adhérences sont très-nombreuses, il faut, au lieu de tenter de les détruire, pratiquer l'opération de la pupille artificielle. Je crois, malgré mon respect sans bornes pour les opinions de mon illustre maître, que l'on peut, en suivant un procédé qui m'est propre, vaincre toutes les difficultés. Je me suis convaincu, par diverses tentatives heureuses, que l'on arrive à ce but en pratiquant une opération en deux temps, qui doivent être assez éloignés l'un de l'autre, pour que dans la seconde opération, on n'ait à redouter aucun reste d'inflammation dépendant de la première.

Pourquoi n'adopterait-on pas pour un procédé spécial et *à priori*, ce que les circonstances forcent à mettre en pratique *à posteriori*, c'est-à-dire faire une première opération, puis, lorsque l'on a obtenu le résultat désiré par la première tentative, passer à une seconde ?

Voici le procédé que j'ai employé dans des cas très-graves, et dont l'exécution est très-facile.

On introduit dans le point d'élection pour l'abaissement de la cataracte, l'aiguille à deux tranchants de Saunders, mais exécutée sur une échelle plus petite, on la pousse jusqu'au point où existent les adhérences, en ayant soin de tenir le tranchant (2) perpendiculaire à l'axe du corps. Aussitôt que l'on est arrivé sur le point où il est nécessaire de faire agir le tranchant, on fait exécuter au manche des mouvements d'élévation et d'abaissement, qui se transmettent à la partie coupante de l'aiguille, et lui permettent

(1) Scarpa, *Lettere al professore Maunoir*, op. cit., p. 155.

(2) C'est encore à l'habileté de M. Charrière que je dois la précision de cet instrument, que, jusqu'alors, j'étais obligé de faire confectionner à Londres.

de détruire les brides. Il est facile de s'apercevoir que l'on a réussi par le changement subit qui s'opère dans la forme de la pupille, forme qui varie à mesure que l'on exécute de nouveaux débridements. Il faut toujours commencer l'opération vers le grand angle de l'œil, l'aiguille n'a que la longueur suffisante pour arriver à la grande circonférence de l'iris, et c'est en retirant l'instrument que l'on agit sur l'adhérence qui existe à la partie supérieure et inférieure et à l'angle externe. A peine suinte-t-il quelquefois une gouttelette de sang toujours insuffisante pour entraver l'opération. Aussitôt que celle-ci est terminée, il faut instiller dans les deux yeux quelques gouttes de solution de belladone afin d'obtenir, dans le plus bref délai, la plus grande dilatation possible de la pupille : on doit faire pratiquer une large saignée au pied, afin d'empêcher toute congestion vers l'organe.

Si cette opération ne réussissait pas, il resterait la ressource de perforer la cataracte dans son centre, et de procurer par là un passage aux rayons lumineux. Cette opération, déjà pratiquée par Heister et Bertrandi (1), a été rendue plus facile par Saunders qui employait son aiguille tranchante à travers la cornée transparente pour forer la cataracte, principe sur lequel il a basé son procédé pour l'opération de la cataracte congéniale. Je ne puis résister au plaisir de rapporter ici un cas de perforation centrale du cristallin sur une malade que j'ai présentée à l'Académie royale de médecine dans la séance du 27 septembre 1836, et sur laquelle j'ai obtenu un succès complet. Elle se nomme M^{me} Jourdain, demeurant à Paris, rue Tour-des-dames n° 11, et figure sur le livre de M. Lattier de la Roche comme une guérison sans opération.

Quant au moyen du procédé que j'ai proposé et décrit

(1) Heister, *Institutiones chirurgicæ*, p. 521 tom. I; Bertrandi, *Traité des opérations*, page 280.

pour détruire les adhérences, on a débarrassé le cristallin des entraves qui s'opposaient à son abaissement ou à la dilacération; on pratique ensuite la dépression consécutive avec la plus grande facilité. Il est cependant des cristallins glutineux qui ne peuvent être ni abaissés ni réduits en fragments assez minces pour être jetés dans la chambre antérieure; il faut, dans ce cas, les briser en autant de pièces que possible, et attendre qu'ils soient absorbés sur place, précepte fort ancien, car il appartient à Barbette, qui le publia en 1683 en ces termes: *Licet (dit-il) cataracta non satis intrà pupillæ regionem sit depressa, dummodo in particulas sit divisa perfecta visio intra sex aut octo septimanas sæpissime redit, licet tota operatio, absque nullo fructu peracta videatur; quod aliquoties experientia edoctus loquar* (1). Barbette, d'ailleurs, avait été conduit à donner ce conseil que l'expérience de tant d'oculistes a vérifié, d'après un fait observé en 1622 par Bannister. Le même phénomène se manifeste sur des fragments voltigeants ou dans les lambeaux de capsule qui peuvent rester adhérents à l'iris, à l'uvée, ou au rebord ciliaire.

CHAPITRE XVIII.

DE LA RÉASCENSION DU CRYSTALLIN ET DE LA CATARACTE CAPSULAIRE CONSÉCUTIVE.

Le cristallin peut remonter après avoir été abaissé, et cette terminaison qui fait presque toujours échouer l'opération de la cataracte et nécessite une seconde opération, a été sans contredit l'objection la plus redoutable et la plus souvent mise en avant par les partisans de l'ex-

(1) *Chirurgia Barbetti*, Genevæ, 1683, p. 49.

traction. Cette réascension peut avoir lieu immédiatement après que l'opérateur a retiré l'aiguille, ou plusieurs années plus tard, ainsi que le rapportent Celse, Jeannin, Hey, Richter, Warner et Benj. Bell. Adams (1) rapporte que sur six opérations faites par Morand, le cristallin remonta trois fois, et en s'appuyant sur le témoignage de M. Este qui avait étudié à Pavie, de 1782 à 1792, il avance que, quoique Scarpa soit généralement heureux, M. Este a vu trois fois la réascension du cristallin nécessiter une seconde opération. Mais le professeur de Pavie n'était pas homme à laisser tomber une assertion de cette nature sans y répondre, et dans sa lettre à Maunoir (2) il nie positivement le fait, en disant que le jeune chirurgien anglais avait pris pour une cataracte remontée la formation d'une cataracte capsulaire secondaire. Sans parler ici de ce que j'ai vu et de ce que j'ai fait, je citerai en faveur de l'assertion du professeur Scarpa, le témoignage du professeur Flarer, son successeur, élève de Beer, et qui vint à Pavie apportant avec lui tous les préjugés de l'école de Vienne contre l'abaissement. Il s'exprime en ces termes, dans une thèse soutenue par le docteur Molinari (3), son élève particulier : *Revera si chirurgus ante depressionem, consilio summi præceptoris (Scarpa), capsulam scindat lentemque resorptioni tradat, quam experientia atque anatomico-pathologica perlustratio jam docuerunt, præterea, si cataracta sit dura, nec ullo morbi sociata, depressa inter abducentem et deprimentem musculum, superiora nunquam revocabit.*

La réascension du cristallin est due à plusieurs causes : les principales sont l'élasticité du corps vitré et des capsules hyaloïdiennes ; les adhérences qui persisteraient entre la zonule ciliaire et le cristallin, deux espèces de cataracte

(1) Adams, op. cit., p. 97.

(2) *Lettere al Maunoir*, op. cit., 158.

(3) Molinari, ouv. cité, page 28.

particulière, celle dite cataracte à ressort, et celle appelée par Schmidt aride-siliqueuse; les mouvements imprudents du malade, exécutés avec la tête ou avec l'œil; enfin une position défectueuse donnée au cristallin après l'abaissement.

L'élasticité du corps vitré peut, il est vrai, avoir quelque influence sur la réascension de la cataracte, mais il y a loin du fait existant aux opinions exprimées par Adams (1) dans son ouvrage, qui compare cette élasticité à un ressort (*propelling power*), exagération dont le professeur Scarpa a fait prompte et sévère justice dans sa correspondance avec son ami Maunoir. En examinant avec attention les expériences faites par M. Panizza et par moi, consignées dans l'ouvrage de ce professeur ainsi que dans le Bulletin thérapeutique (2), l'on pourra apprécier à leur juste valeur l'influence et les effets de l'élasticité du cristallin. Les mêmes travaux prouveront aussi jusqu'à l'évidence que pour balancer la différence qui existe entre la pesanteur spécifique du cristallin et de l'humeur vitrée, il faut rompre en divers sens et sans crainte les cellules de l'humeur vitrée, précepte déjà donné par Bertrandi, recommandé comme fondamental par le professeur Scarpa, et que l'on a eu grand tort, dans ce dernier temps, d'attribuer à MM. Bretonneau et Velpeau (3). En effet, il résulte de cette manœuvre et des expériences sur lesquelles elle est basée, que la pesanteur spécifique de l'humeur vitrée renfermée dans ces cellules est à peu près égale à celle du cristallin, et qu'en les rompant, on liquéfie leur contenu, ce qui détruit l'équilibre à l'avantage du cristallin.

Lorsque l'on a affaire à une cataracte élastique ou à rez-

(1) Voir les notes à la fin de l'ouvrage.

(2) Ouvr. cité.

(3) Velpeau, *Médecine opératoire*, tome I, page 709.

sort, qui est presque toujours le résultat d'une inflammation antérieure, les liens qui retiennent le cristallin en place, sont tellement légers, que le moindre contact de l'aiguille avec la lentille détache celle-ci, qui fuit au-devant de l'instrument avec tant de rapidité, que tous les efforts pour la déprimer sont inutiles. La cataracte aride-siliqueuse offre des difficultés d'un autre genre ; car vu l'état de ses adhérences anormales, ou en raison de son poids, il est presque impossible de l'enfoncer dans l'humeur vitrée.

En général, quand la cataracte est molle et qu'elle se rompt en plusieurs pièces, il faut se contenter seulement d'immerger dans l'humeur vitrée les gros fragments, d'abandonner les petits à l'absorption ; si l'on voulait s'entêter à les porter au fond de l'œil, on prolongerait trop l'opération, et l'on aurait à redouter les accidents consécutifs. Nul doute que les imprudences commises par le malade, les mouvements désordonnés de la tête, les vomissements, ne puissent dans quelques circonstances, produire la réascension du cristallin, surtout si on a eu affaire à une cataracte aride-siliqueuse ; car en général celle-ci a contracté avec la hyaloïde des adhérences morbides, qui la tiennent comme suspendue, et qui, en raison de l'exiguité de son poids et de la résistance de l'instrument la rendent très-difficile à immerger profondément. Le professeur Flarer a observé un fait de cette nature, chez un enfant auquel il pratiqua ensuite, quelques mois après, l'extraction.

Rien, selon moi, n'est plus rare que la réascension d'un cristallin dur, lorsque l'opération est bien faite, et je puis assurer que pendant tout le temps que j'ai été à Pavie, je n'ai jamais été témoin de ce fait. Si j'étais seul pour affirmer cela, on pourrait le taxer d'exagération ; mais il a eu pour témoins une foule de chirurgiens distingués, mes condisciples et mes amis, qui forment aujourd'hui l'élite de la chirurgie italienne et allemande. Ce fait est encore confirmé par le professeur Scarpa, lorsqu'il s'exprime en ces termes :

» La cataracte dure, séparée de tous ses liens, et plongée
» convenablement, ainsi que je l'ai expliqué, dans l'humeur
» vitrée, ne remonte jamais (1). » D'après ce qui a été dit
plus haut, et ce que nous avons été à même d'observer, il
faut attribuer la réascension du cristallin, si fréquente dans
quelques hôpitaux de France, à l'imperfection de l'exécu-
tion du procédé du professeur Scarpa, et à la transgression
des principes fondamentaux sur lesquels est basée sa mé-
thode.

Je ne veux point révoquer en doute la réascension du
cristallin après des semaines, des mois, des années; mais je
puis déclarer que jamais je n'ai été témoin d'un fait de cette
nature. Ceux qui ont ouvert des yeux dans lesquels le crystal-
lin avait été abaissé depuis plusieurs années, comprendront
sûrement la nature de mes doutes lorsqu'ils se rappelle-
ront les liens anormaux qui environnent cette lentille dans
la partie de l'œil où elle a été déposée (2).

Espérons donc que cet accident deviendra plus rare
et que les efforts faits par les élèves du professeur Scarpa,
pour faire comprendre et exécuter sa méthode, ne seront
point perdus pour la science.

CHAPITRE XIX.

CATARACTE CAPSULAIRE CONSÉCUTIVE A L'ABAISSEMENT.

Lorsque la cataracte capsulaire existe au moment où l'on
déprime le cristallin, rien n'est plus facile que de la re-
connaître et de la détruire en l'incisant en diverses direc-

(1) Scarpa, *Trattato delle principali malattie degli occhi*. Pavie, 1816, vol. II, page 72.

(2) Sœmmering, op. cit.; Cloquet, *Thèse du concours de pathologie*.

tions et en accrochant les lambeaux avec la pointe recourbée de l'aiguille de Scarpa. Mais quand on a abaissé en masse un cristallin opaque, et que la pupille apparaît entièrement noire, on serait dans l'erreur si l'on pensait que l'opération est terminée et qu'elle sera heureuse : il peut être resté en place une partie de la capsule dont la transparence et la ténuité sont un obstacle à ce qu'elle soit reconnue. Il faut donc dans tous les cas, aussitôt que le cristallin est abaissé, ramener l'aiguille au centre de la pupille, l'y porter plusieurs fois, en haut, en bas et en avant, en décrivant des cônes ainsi que nous l'avons dit ailleurs, pour détruire cette enveloppe du cristallin et en faciliter la résorption. Il est bien reconnu aujourd'hui que les opérateurs qui déchirent la crystalloïde antérieure comme le proposait Ferrein, afin de rendre le cristallin plus facile à abaisser, étaient beaucoup plus sujets que les autres à voir leurs opérations suivies de cataracte capsulaire. J'ai déjà dit ailleurs (1) que l'on pouvait, en agissant avec précaution, déprimer la capsule antérieure du cristallin en ayant soin d'appuyer sur la lentille opaque avec le dos de l'instrument, dont la pointe est tournée en avant. Le professeur Panizza (2) a prouvé jusqu'à l'évidence que dans un grand nombre de cataractes molles, l'on pouvait, par cette manœuvre, déprimer le cristallin avec la capsule antérieure sans briser ni l'un ni l'autre. C'était pour arriver au même but que Lusardi (3) recommandait qu'aussitôt que l'aiguille est arrivée au-devant de la crystalloïde, de détacher avec l'aiguille la membrane capsulaire dans toute sa circonférence afin de la déprimer en même temps que le cristallin.

Pour peu que ce chirurgien eût réfléchi sur la difficulté

(1) *Bull. thérap.*, art. cité.

(2) Panizza, ouvrage cité, page 64.

(3) Lusardi, *Traité de l'altération du cristallin et de ses annexes*, page 187.

de ce procédé, il se fût abstenu d'avancer qu'il était d'une facile exécution; car cette séparation est même difficile pour l'anatomiste quand il y procède après avoir préalablement détaché les membranes de l'œil. D'un autre côté, l'opérateur, dans ce cas, doit agir à tâtons, parce que malgré la plus grande dilatation possible de la pupille, on ne peut apercevoir le siège de la zonule ciliaire. Enfin lorsque l'on voudrait séparer la crystalloïde de celle-ci on ne manquerait pas de blesser les procès ciliaires, ce qui n'est pas sans graves inconvénients. Le professeur Panizza pense que lorsque la pupille est fort dilatée, l'on pourrait dans le premier temps de l'opération faire passer l'aiguille à travers le corps vitré, d'abord derrière le cristallin, puis le porter à la partie supérieure de la lentille, et en se servant peu à peu du dos de l'instrument, rompre petit à petit la hyaloïde et la zonule ciliaire en glissant sur les procès ciliaires, jusqu'à ce que l'instrument fût arrivé au centre de la pupille : alors on terminerait l'opération comme dans les cas ordinaires, et l'on pourrait immerger, avec une très-grande facilité, le cristallin dans l'humeur vitrée.

Au reste, de tous les accidents consécutifs à la cataracte par dépression, la cataracte secondaire est la moins redoutable; car, lorsqu'elle survient, même à une époque très-éloignée de l'opération, on peut la détruire par une seconde opération dont nous donnerons les détails en traitant de la cataracte capsulaire consécutive à l'extraction.

CHAPITRE XX.

DE L'AMAUROSE, SUITE DE L'ABAISSEMENT.

Je me suis demandé plusieurs fois si le reproche d'exposer à l'amaurose est bien fondé, quand on l'attribue au

procédé de l'abaissement. Si j'avais ici à faire le parallèle des méthodes, et à fournir des tables synoptiques, l'on serait peut-être bien étonné de voir que l'extraction est malheureusement bien souvent suivie de cette funeste terminaison. Je suis convaincu, du reste, que dans la plupart des cas et dans les deux procédés dont nous venons de parler, il existait déjà, avant l'opération, des symptômes d'amaurose que les effets traumatiques de l'opération ont aggravés. Je ne saurais donc trop recommander de suivre attentivement les préceptes que j'ai indiqués à la page 46, pour acquérir quelque certitude à cet égard.

L'amaurose consécutive à l'abaissement, peut tenir à plusieurs causes, dont les principales sont les manœuvres imprudentes pour abaisser le cristallin, la blessure de nerfs ciliaires, la pression du cristallin sur la rétine, l'inflammation de celle-ci.

Il est malheureusement bien reconnu que des manœuvres imprudentes exercées sur l'œil peuvent déterminer des accidents tellement graves, que cet organe devient le siège d'une inflammation si forte qu'elle peut même compromettre l'existence de l'individu, ainsi que nous l'avons prouvé par l'exemple que nous avons cité plus haut.

Nul doute aussi qu'en déprimant le cristallin avec trop de force et avec une aiguille trop longue, on ne puisse contondre ou déchirer la rétine, ce qui, sans contredit, serait une cause plus que suffisante pour produire l'amaurose. Adams (1) croit que dans un grand nombre de cas le poids seul d'un cristallin très-dur peut occasionner cet accident, et que lorsque l'humeur vitrée est très-fluide, ce qui est très-fréquent selon cet auteur, le cristallin sera sans cesse flottant et ira frapper contre la rétine à chaque mouvement de la tête, ce qui produira des douleurs intolérables, l'inflammation de la rétine et enfin la goutte sereine.

(1) Ouvrage cité, page 108.

Daviel en disséquant les yeux des personnes qui n'avaient point recouvré la vue après l'abaissement, trouva la rétine et la choroïde déchirées par la pression du cristallin. En général, quand la pression est cause de l'amaurose, celle-ci diminue à mesure que le cristallin s'absorbe; mais si ce cristallin est dur, osseux ou pierreux, il faut en général renoncer à l'espoir de guérison : Richter (1) recommandait dans ce cas de secouer fortement la tête du malade et de lui imprimer des commotions brusques, afin de tâcher par cette manœuvre, de faire changer de place le cristallin, et alors on peut en tenter l'extraction. Ce moyen avait été mis en pratique, et l'on peut s'en convaincre en lisant son ouvrage où ce fait est rapporté, page 113. Le hasard produit souvent les mêmes faits : ainsi Beer (2) raconte qu'après avoir fait avec succès une opération de cataracte par abaissement, chez un homme de trente-quatre ans, celui-ci vit parfaitement les premiers jours; mais à la suite de douleurs excessivement vives, il fut atteint d'une goutte sereine qui lui fit perdre tous les bénéfices de son opération. Un an après, il fit une chute dans un escalier très-rapide, et après un long évanouissement il reprit ses sens, et s'aperçut avec étonnement, qu'il avait recouvré la lumière. Morhenheim (3) pense que le moyen proposé n'est pas convenable et qu'il vaut mieux exercer des pressions sur la bulbe de l'œil, afin de faire remonter la cataracte jusqu'au niveau de la pupille. Alors on inciserait la cornée, et avec un petit crochet rien ne serait plus facile que d'extraire la lentille. Pour peu que l'on réfléchisse, il est très-facile de se convaincre que le conseil donné par Morhenheim n'est qu'un lapsus de son imagination, et que rien ne peut jus-

(1) *OEuvres chirurg.*, tome III, traduction italienne.

(2) *Praktische Beobacht. Uber den gr. Staar.* Wien., 1791, tome VIII, page 113.

(3) Joseph Morhenheim, *Wienn, Betracht.* 1780, in-8°, page 302.

tifier sa théorie. Contre l'amaurose, en général, il ne reste d'espoir que dans l'emploi des moyens médicaux sagement combinés et pour lesquels je renvoie aux ouvrages qui en traitent *ex professo*. Je ramènerai seulement l'attention de mes lecteurs sur deux nouveaux procédés curatifs récemment introduits dans la thérapeutique de cette maladie, je veux dire, la cautérisation de la cornée transparente, proposée par M. Serre, d'Usès (1), et dont il a retiré de grands avantages.

J'ai été à même de vérifier la puissance de cette médication, et j'en ai consigné les faits dans le *Répertoire annuel de clinique médico-chirurgicale* 1832.

Le traitement par la méthode du docteur Shortt (2), c'est-à-dire la strychnine employée par la méthode endermique, a fourni de très-heureux succès au docteur Bennati, et surtout à mon ami le docteur Miquel qui a fait des cures remarquables.

Mais pour que cette médication soit profitable, il est une foule de précautions qu'il est de la dernière importance de ne pas négliger, et desquelles dépend le succès du traitement. Je ne saurais donc trop recommander la lecture de l'article du Bulletin thérapeutique où M. Miquel a traité cette matière avec sa sagacité ordinaire (3).

(1) *De la cautérisation de la cornée transparente*. Paris, 1830. *Revue médicale*, page 151, tome III.

(2) *The treatment of amaurosis by strychnine*. *The Edinburg medical and surgical journal*, october 1830. *The Lancet*, 1830-1831, vol. I, page 90.

(3) Bulletin général de Thérapeutique Médico-Chirurg. 1836.

DEUXIÈME PARTIE.

CHAPITRE PREMIER.

ACCIDENTS QUI PEUVENT FAIRE ÉCHOUER L'OPÉRATION DE LA CATARACTE PAR LES DIVERS PROCÉDÉS DE L'EXTRACTION.

Ainsi que nous l'avons dit dans l'introduction de ce travail, la plus grande hérésie chirurgicale du siècle consiste à vouloir adapter un seul procédé opératoire à tous les cas, à toutes les complications d'une même affection. Aussi est-il des opérateurs qui croient avoir tout dit en déclarant *qu'ils ne pratiquent jamais l'extraction, ou bien, qu'ils ne font jamais que l'abaissement.*

Ces idées préconçues sont presque toujours mises en pratique, et si vous voulez voir extraire des cristaux, vous devez fréquenter tel hôpital, car l'abaissement y est prescrit. Le contraire a lieu dans tel autre établissement.

Supposez maintenant que, après avoir bien reconnu et diagnostiqué une cataracte (voy. l'introd.), le chirurgien se soit convaincu que l'extraction doit être préférée, ou que tout au moins elle offre autant de chances de succès que l'abaissement, il lui reste encore beaucoup à faire pour obtenir une opération heureuse.

Malgré les données anatomiques les plus précises, l'habileté manuelle la plus parfaite, la connaissance la plus intime des règles générales de l'opération, il peut arriver que celle-ci échoue, et cela autant par l'oubli de quelques

préceptes minutieux que l'on est trop souvent porté à considérer comme oiseux, que parce qu'il est de petites précautions que l'on ne prend qu'après avoir été guidé par sa propre expérience et instruit par ses revers.

Je vais donc, dans l'intérêt de mes jeunes confrères, rechercher, avec toute l'attention dont je suis capable, les causes qui occasionnent le plus souvent les insuccès de l'opération de la cataracte par extraction, en les classant sous les neuf points suivants :

1° Les accidents propres à toutes les opérations de cataracte (voir l'introd.). 2° La trop petite dimension de l'incision de la cornée, son irrégularité, sa trop grande proportion vicieuse; la rupture de l'instrument et la sortie prématurée de l'humeur aqueuse. 3° Le renversement du lambeau de la cornée en arrière ou en avant, avec impossibilité de réunir par première intention, par suite de la flétrissure ou autre cause.

4° La blessure de l'iris, sa hernie ou son arrachement, sa contraction spasmodique ou irridiospasmus; son adhérence au cristallin, à sa capsule ou à la cornée; sa forme bombée en avant, de manière à en envahir la chambre antérieure; une pupille naturellement trop étroite ou trop dilatée.

5° La chute de l'humeur vitrée, le blépharospasme et les convulsions du globe oculaire et de ses muscles.

6° La difficulté d'extraire la cataracte en entier ou en partie, la nécessité de l'abandonner en partie ou en totalité; la cataracte capsulaire primitive ou secondaire, et l'hypopion.

7° L'introduction de l'air dans l'œil, et son séjour dans cet organe.

8° Enfin la mauvaise méthode de pansement après l'opération; les cicatrices vicieuses et le staphylôme de la cornée.

CHAPITRE II.

DES DIMENSIONS QUE DOIT AVOIR L'INCISION DE LA CORNÉE.

Il est, en général, extrêmement difficile d'assigner une dimension fixe à l'incision de la cornée pour qu'elle soit dans des proportions convenables. La différence de la conformation de l'œil et de la position de l'iris, est un écueil contre lequel viennent échouer tous les calculs. En général l'on recommande de comprendre dans l'incision la moitié de la cornée. Ware même recommande (1) d'inciser les $\frac{9}{16}$ de la circonférence, ce qui fait la moitié plus une fraction. Il faut en général que la cataracte puisse passer facilement sans nécessiter une trop grande pression, ce qui pourrait non-seulement produire la hernie de l'humeur vitrée, mais encore la sortie par jet, accident très-fâcheux arrivé plusieurs fois en ma présence à feu le professeur Volpi, et dont les faits sont consignés dans les examens critiques de sa clinique, publiés à Lugano, en 1819 (2). L'incision, par les raisons que je viens d'indiquer, ne doit pas toujours être commencée à la même place. Si la cornée est très-convexe, et que l'iris en soit fort éloigné, on peut sans inconvénient commencer l'incision à une demi-ligne de l'union de la cornée à la sclérotique, et faire ressortir la pointe de l'instrument à la même distance du côté du grand angle de l'œil : si la cornée est au contraire très-aplatie, comme chez quelques presbytes, si la chambre antérieure est presque toute envahie par l'iris, il faut, dans ce cas, faire la ponction à une ligne au moins de l'insertion de la cornée à la sclérotique, mais sans outre-passer cette mesure, car

(1) Ware, *Inquiry in to the causes of failure in extracting the cataract*, page 283, London, 1805.

(2) *Cenni critici intorno la clinica chirurgica di Pavia*, Lugano, 1819, page 21.

pour éviter un accident grave, à la vérité, la blessure de l'iris, il ne faut point courir la chance d'avoir une incision trop petite, ce qui est encore plus contraire au succès de l'opération.

Il est des opérateurs qui font l'incision aussi petite et même plus petite que la cataracte, et cependant leurs succès sont merveilleux et incontestables: M. Maunoir, de Genève, agit ainsi. L'extraction du cristallin est alors un véritable accouchement; il faut procéder lentement, presser avec beaucoup de précaution et souvent même saisir la lentille opaque avec une petite érigne, ou mieux encore, ainsi que le pratique l'habile chirurgien genevois, avec de petites pinces à crochet ou des brucelles à lentilles fenêtrées; mais je suis loin de conseiller une semblable méthode, malgré les succès de son auteur. La difficulté de faire une incision suffisamment grande a été, dès l'origine de la réintégration de l'extraction dans la chirurgie moderne, un écueil auquel Daviel lui-même avait cherché à échapper en pratiquant son opération en deux temps, dont le premier était exécuté avec son couteau à lance, et le second tantôt avec le couteau mousse à un seul tranchant tantôt avec les ciseaux coudés qui portent son nom. Quand ensuite on a modifié de tant de manières les principes de Daviel, l'accident est resté le même, et, dans la plupart des cas on a dû recourir à l'incision secondaire avec ses ciseaux.

L'excessive mobilité de l'œil est sans doute une des causes principales de la petitesse extrême de l'incision. En effet, dès qu'il se sent blessé, l'organe fuit au-devant de l'instrument en se portant vers le nez, au point que la cornée, presque tout entière, disparaît à la vue de l'opérateur, et cela, souvent même avant que cette membrane de l'œil ait été entièrement traversée. De cette manière l'opérateur se voit dans la nécessité de terminer l'opération, ou tout au moins de la continuer sans pouvoir suivre les progrès de son couteau. D'un autre côté, on peut aussi compromettre

tre le succès de l'incision en enfonçant le kératotôme un peu au-dessous du diamètre transversal de la cornée; car alors si la pointe ressort dans le point correspondant, l'incision sera trop petite, et l'on sera obligé de faire de grands efforts pour extraire le cristallin, ou bien de recourir aux ciseaux de Daviel pour agrandir l'ouverture, ou aux pinces de Maunoir pour terminer l'opération.

Dès les premiers succès de l'extraction, on a senti tous les désavantages du retrait de l'œil vers la face interne de l'angle nasal; c'est pour obvier à cet inconvénient que Wolhouse, Petit, Béranger, Pamard, Rumpelt, Sigwart, Demours jeune, etc. , proposèrent, pour fixer cet organe, des instruments sur lesquels l'expérience a passé condamnation. La Faye, en simplifiant le procédé de Daviel, avait déjà prouvé que cet accident pouvait être combattu victorieusement par le premier temps de l'exécution de l'opération. Mais il était réservé à M. de Wenzel père de donner des principes tellement sûrs, que pour peu qu'on médite son ouvrage, on sera convaincu de leur supériorité ainsi que de leur efficacité.

Le professeur Scarpa avait vu opérer plusieurs fois M. le Baron Wenzel, et il me disait bien souvent : *Sil'expérience de tous les jours ne m'avait pas convaincu de la supériorité de l'abaissement de la cataracte sur l'extraction, j'adopterais sans réserve le procédé opératoire de M. Wenzel.* Cependant, ce procédé est presque généralement abandonné aujourd'hui; il est presque impossible de se procurer un modèle exact de l'instrument du fameux opérateur allemand, sans recourir aux héritiers de son nom et de sa profession. Grâce à l'obligeance de M. Maunoir, je possède un modèle qui fut exécuté sous les yeux même de l'inventeur. J'ai déjà dit que ceux qui se vendent chez les couteliers sont tellement défectueux que je ne suis pas étonné de la difficulté, j'oserai même dire, de l'impossibilité où l'on se trouve d'exécuter avec eux l'opération telle qu'elle est décrite par le baron de Wenzel.

Il est donc important de ramener l'attention des chirurgiens sur ce procédé, et pour ne rien changer à la description du manuel opératoire, je dois ici le transcrire textuellement d'après le mémoire publié par son fils, en 1786 (1).

« Le malade étant jugé dans le cas de l'opération, et
» ayant été disposé comme je l'ai dit, on le fait asseoir
» sur une chaise basse, à un jour qui ne soit pas trop vif,
» parce que, pour l'incision de la cornée même, un jour
» médiocre est plus favorable, et que d'ailleurs le malade
» est plus tranquille, comme nous l'avons toujours ob-
» servé; secondement, lorsqu'il est question d'extraire
» le cristallin, il est essentiel que la pupille ne se resserre
» pas trop, et c'est l'effet que produirait une vive lumière
» sur la partie contractile de l'iris. On couvre l'œil sain
» d'une compresse retenue par un bandeau; un aide,
» placé derrière, tient la tête du malade et l'appuie sur
» sa poitrine; il soulève avec le doigt index de la main
» qui n'est point occupée à fixer la tête, la paupière su-
» périeure de l'œil à opérer, et tient le tarse assujéti avec
» l'extrémité du doigt contre le bord supérieur de l'or-
» bite. Pour réussir à cette manœuvre et pour fixer con-
» venablement la paupière supérieure, l'aide doit avoir
» soin de relever la peau au-dessus de l'orbite, et de faire
» plisser fortement les téguments qui soutiennent les sour-
» cils; par ce moyen, il découvre en entier l'œil, il évite
» de presser le globe, il ne gêne en rien celui qui opère,
» et il fixe tellement la paupière, qu'elle ne peut faire
» aucun mouvement.

» L'opérateur s'établit sur une chaise un peu plus haute
» que le malade. Comme les yeux se tournent constam-
» ment vers le lieu le plus éclairé, l'opérateur a soin de
» placer son malade obliquement vers une fenêtre, de

(1) Wenzel, *Op. cit.*, page 76.

» façon que l'œil à opérer se tourne du côté du petit an-
» gle, et rende plus facile la sortie de la pointe de l'ins-
» trument du côté opposé à celui par lequel il est entré.
» Il place près du malade une chaise sur laquelle il appuie
» le pied droit; le genou qui, dans cette position, se
» trouve plus élevé, sert à soutenir le coude du bras droit,
» et à mettre la main à la hauteur de l'œil à opérer. L'o-
» pérateur prend alors le *kératotôme* de la main droite, si
» c'est l'œil gauche qu'il doit opérer, et *vice versa*; il le
» tient comme une plume à écrire; il pose sa main et l'as-
» sure au côté externe de l'œil, en plaçant le petit doigt
» un peu écarté des autres, sur le bord de l'orbite. Dans
» cette position, et ayant pris ce léger point d'appui, il
» ne se presse point de faire l'opération, et il attend que
» l'œil, ordinairement très-agité par les préparatifs, soit
» en repos; ce qui arrive toujours après quelques instants,
» et rend inutiles les instruments proposés pour fixer l'œil,
» comme je l'ai dit fort en détail.

» Lorsque l'œil est en repos, et tourné vers le petit an-
» gle, ce qu'on a soin de recommander au malade, de
» façon qu'on puisse voir avec facilité le point de la cornée
» par lequel la pointe de l'instrument doit ressortir, alors
» l'opérateur plonge l'instrument dans la partie supé-
» rieure et un peu externe de la cornée à un quart de ligne
» de la sclérotique, de sorte que la lame soit dirigée obli-
» quement de haut en bas et de dehors en dedans, dans
» le plan de l'iris. L'opérateur abaisse en même temps la
» paupière inférieure, par le moyen des doigts *index* et
» *medius*, qu'il tient légèrement écartés l'un de l'autre,
» et il doit avoir l'attention la plus scrupuleuse de ne faire
» aucune compression sur le globe, et de le laisser par-
» faitement libre, ce qui est le moyen le plus sûr de dimi-
» nuer sa mobilité et de le fixer.

» Quand l'instrument, après avoir pénétré dans la cor-
» née, arrive vis-à-vis de la pupille, on plonge sa pointe

» dans cette ouverture par un léger mouvement de la main
» en avant, on incise la capsule du cristallin avec la pointe
» du kératotôme; puis, par un autre léger mouvement
» opposé au premier, on la dégage de la pupille; on tra-
» verse la chambre antérieure; on sort vers la partie infé-
» rieure de la cornée, un peu du côté du grand angle, à
» la même distance de la sclérotique que celle à laquelle
» on a percé la cornée par en haut; et, continuant de
» pousser l'instrument, on achève ainsi l'incision de la
» cornée le plus près possible de la sclérotique. Si l'on di-
» rige convenablement le *kératotôme*, si l'on se sert à pro-
» pos des deux doigts *index* et *medius* de la main opposée,
» la section se trouvera grande, semi-circulaire, et assez
» près de la sclérotique, comme cela doit toujours être.

» Quand on fait l'incision de la cornée très-près de la
» sclérotique, il arrive assez souvent qu'il sort du sang.
» Cela ne doit point du tout inquiéter. Ce sont quelques-
» uns des vaisseaux sanguins de la conjonctive, qui ram-
» pent au bord de la cornée, et qui se trouvent incisés en
» même temps que cette tunique. Cette très-légère sai-
» gnée locale ne peut être que très-avantageuse, bien loin
» de faire craindre aucun accident. Je suis tellement per-
» suadé que cela peut être utile, que je tâche, autant qu'il
» est possible, de diriger l'incision de la cornée très-près
» de la sclérotique, pour réussir à inciser ces vaisseaux et
» à les dégorger légèrement. Il m'a même paru que, très-
» souvent, cela évitait de l'inflammation: au reste il ne
» faut pas intéresser la sclérotique.

» Si le bord supérieur de l'orbite est fort saillant, et que
» l'œil soit fort petit et fort enfoncé dans la cavité orbi-
» taire, il serait très-difficile de faire l'incision presque per-
» pendiculaire, parce que le coronal gênerait, et obligerait
» de tenir l'instrument trop obliquement, par rapport au
» plan de l'iris. Il serait impossible de sortir de la cornée
» à la distance convenable. Dans ce cas, il faut diriger et te-

» nir l'instrument beaucoup moins perpendiculairement ;
» mais, cependant, il ne doit pas être horizontal. »

Le procédé de M. de Wenzel, tel que nous venons de le rapporter, offre de très-grands avantages. La difficulté de fixer l'œil était sans doute l'écueil capital qu'il fallait éviter : c'est vers ce but que se sont dirigées les recherches et les méditations de l'opérateur dont nous venons de parler. En perçant la cornée dans le point choisi par Daviel et par La Faye, le baron de Wenzel n'avait pas tardé à se convaincre que dans la majorité des cas, l'œil fuyait au-devant du kératotôme le mieux affilé, surtout quand on opérait des enfants, des personnes peu raisonnables, pusillanimes. Ce retrait de l'œil était encore favorisé par la recommandation faite au malade de regarder son nez. Dans ce moment l'attention de l'opéré étant fixée sur ce point, pour peu que la contraction des muscles grands et petits obliques soit forte, la cornée disparaît sous la duplication de la conjonctive qui forme, chez l'homme, l'onglet de la membrane clignotante. M. de Wenzel, en recommandant au malade de regarder en bas, avait à lutter contre un antagonisme musculaire limité, car l'œil, en se portant directement en bas, ne peut fuir très-profondément : par ce moyen la cornée offre un vaste champ à la pointe de l'instrument, qui, par un mouvement sec et un peu brusque la traverse en entier, et arrive dans la partie moyenne et supérieure de l'espace pupillaire, ainsi qu'on peut le voir au numéro 10 de la planche II.

Ce que la plupart des opérateurs considèrent comme un tour de force ou une espèce d'*escamotage*, était regardé par M. de Wenzel comme un principe fondamental de sa méthode à laquelle il n'était arrivé que par le temps, l'expérience, et qui reposait sur trois points capitaux : 1° fixer l'œil d'une manière invariable ; 2° traverser la cornée par une ponction franche et décidée, sans labourer ses lames ; 3° ouvrir en même temps la capsule et éviter ainsi les con-

tractions secondaires de l'iris qui, quelquefois, ne permettent pas de le faire dans la seconde partie de l'opération. Il faut, il est vrai, une grande habitude pour exécuter les divers temps de l'opération dans un espace de temps fort limité, et j'ai peine à concevoir qu'un jeune opérateur puisse s'extasier sur la facilité de cette manœuvre (*Lancette française*, 1830). Je n'ai qu'un mot à répondre pour donner la mesure de l'enthousiasme : il avait largement dilaté la pupille au moyen de l'extrait de belladone, tandis que le baron de Wenzel n'employait pas ce moyen qui n'était pas connu de son temps. M. le professeur Fabini de Pesth a déjà employé vingt fois et avec un plein succès, le procédé du baron de Wenzel, avec la seule différence qu'il se servit du couteau de Beer qui est évidemment trop long, ce qu'il ne tarda pas à reconnaître. M. Fabini trouve à ce procédé d'immenses avantages, et propose de continuer son application (1).

Les ophthalmostats sont aujourd'hui généralement proscrits pour l'extraction de la cataracte, et à ma connaissance, M. Pamart fils, d'Avignon, est le seul qui mette en usage un instrument contentif : c'est la pique (2) inventée par un de ses ancêtres. La pratique de ce chirurgien n'est pas plus heureuse que celle des autres extracteurs, et ne justifie point sa prédilection pour les doctrines et les traditions de sa famille. M. le professeur Græfe m'a affirmé qu'en Allemagne les ophthalmostats étaient tout à fait abandonnés.

Il est cependant quelquefois nécessaire de fixer l'œil, surtout quand on opère par le procédé de La Faye, modifié par A. G. Richter, et plus récemment encore par Beer. Dans ce cas, malgré l'opinion contraire de M. de Wenzel (3), je crois que l'on doit chercher à contenir l'œil en

(1) Journal complémentaire du Dictionnaire des sciences médicales, tome dernier.

(2) Pamart, *Dissert. inaugurale et Transactions médicales*, 1832.

(3) Wenzel, ouvrage cité.

le comprimant légèrement en place, surtout du côté du grand angle, au moyen du doigt *medius* de la main qui abaisse la paupière inférieure, tandis que l'indicateur maintient cette dernière et presse légèrement sur le bulbe, précepte donné en ces termes par Richter. « *Digitus* » *ille qui palpebram inferiorem deprimit, comprimit simul,* » *paululum oculi bulbum et sic illius motum cohibet* (1) ». Quoi de plus incertain cependant que ce mot *paululum!* puisque Richter ne définit point le degré de cette pression et l'instant où l'on doit la cesser.

En médecine opératoire *un peu* ne signifie rien, ainsi que l'observait judicieusement M. Lisfranc dans son cours d'opérations. Le même reproche peut aussi s'adresser aux conseils que donne à ce sujet La Faye (2). Ware, dont l'opinion est d'un si grand poids en fait d'opérations de cataracte, pense que des principes aussi vagues que ceux émis par Richter et La Faye, exposent à de grands dangers par la crainte où ils laissent l'opérateur de continuer trop longtemps la pression ou de la cesser trop tôt. Le célèbre chirurgien anglais que je viens de citer, croit rectifier l'opinion de Richter en la donnant en ces termes : « *Une pression* » *modérée et régulière peut être continuée avec la plus parfaite* » *sûreté sur le côté interne et inférieur de la sclérotique, non-* » *seulement jusqu'à ce que le temps de la ponction ait été ac-* » *compli en entier, mais encore jusqu'à ce que la pointe de* » *l'instrument soit entièrement ressortie au point opposé de la* » *cornée, un peu plus bas que son diamètre transversal. Ce* » *temps de l'opération étant exécuté, toute pression doit im-* » *médiatement cesser de la part de l'opérateur, car son aide* » *ne doit en aucune manière appuyer sur le globe* (3) ». Toute pression est alors inutile et peut même en quelque

(1) Richter, *Observationes chirurgicæ*. Fasc. prim. Gœtting., 1770, p. 17.

(2) *Mémoires de l'Académie de chirurgie de Paris*, tome VI, p. 313.

(3) Ware, ouvrage cité, page 340.

so rte justifier les craintes de M. de Wenzel, et sa répugnance pour cette méthode. En effet, dans la plupart des cas, elle est dangereuse, et nous examinerons plus tard la nature de ses périls. L'instrument ayant traversé la cornée dans les deux points d'élection, fixe l'œil en place, et la section s'accomplit en le poussant, avec régularité, lenteur, et obliquement en bas, jusqu'à ce que le tranchant, traversant la cornée en entier, l'ait divisée dans les $\frac{9}{16}$ de sa circonférence, selon Ware, ou les $\frac{7}{12}$ d'après M. Roux. Ce dernier tient une conduite bien différente. Voici son procédé tel que je le lui ai vu exécuter bien souvent. Le malade étant assis en face de l'opérateur, la tête fixée sur la poitrine d'un aide, celui-ci relève le bord libre de la paupière supérieure avec le doigt indicateur, dont il avance la pulpe jusque dans le vide qui existe entre la paupière relevée et le bulbe qu'il comprime, tandis que M. Roux en fait autant pour la paupière inférieure; de façon que l'œil est assujéti d'une manière assez fixe pour ne faire aucun mouvement. Ce chirurgien perce alors la cornée avec le couteau de Richter, tout près de son union avec la sclérotique, à une ligne au moins au-dessus de l'extrémité externe du diamètre transversal de l'œil; dans le premier temps, la pointe du couteau est dirigée presque perpendiculairement à l'épaisseur de la cornée, et l'instrument se trouve alors lui-même dans une position plus près de la verticale que de l'horizon. La cornée percée, la lame du couteau est ramenée au parallélisme avec l'iris et poussée ainsi vers l'angle interne de l'œil, jusqu'à ce que la pointe aille ressortir un peu au-dessous de l'extrémité interne du diamètre transversal de l'œil. M. Roux achève la section en continuant à pousser le couteau sur le grand angle, et ne craint point d'intéresser le sac lacrymal et la caroncule, chose qui lui arrive très-fréquemment : quelquefois il hâte la section de la cornée en faisant dévier le tranchant du couteau de son parallélisme avec l'iris, de manière à le porter un peu en avant. Au

moment où la section va être achevée, les doigts de l'aide et de l'opérateur cessent, plus ou moins complètement, de comprimer l'œil; mais il est bien difficile que cette manœuvre soit toujours exécutée avec assez de perfection et d'ensemble pour ne pas avoir les inconvénients que Wenzel et Ware ont signalés plusieurs fois dans leurs écrits, et sur lesquels nous reviendrons plus tard.

Pour obvier à la difficulté qu'apporte l'excessive mobilité de l'œil, à la section régulière de la cornée, M. Sparrow, de Dublin, qui avait fait de l'extraction de la cataracte une étude toute particulière, recommande de faire tirer très-fortement en haut, par un aide, la paupière supérieure, en même temps que l'opérateur attire en bas, autant que possible, la paupière inférieure. Le chirurgien irlandais espérait, par ce moyen, fixer l'œil par la tension de la conjonctive palpébrale et oculaire (1). Peu de mots suffiront pour prouver combien ce moyen est incertain, douloureux, et peut avoir des conséquences fâcheuses. En effet, la conjonctive palpébrale et oculaire n'est pas tellement limitée dans ces attaches, qu'une pression plus ou moins prolongée puisse sur tous les points lui donner la même tension. Si le fait était possible, ne suffirait-il pas à lui seul pour produire une brusque sortie du cristallin et peut-être de l'humeur vitrée? D'ailleurs, ce tiraillement en haut et en bas n'est-il pas douloureux et inquiétant pour le malade? MM. de Wenzel et Maunoir, dont l'expérience fait autorité, recommandent de ne rien faire qui puisse fixer l'attention de l'opéré (2).

(1) *Medical facts and observations*, vol. I. London, 1791.

(2) Wenzel, *ouv. cité*, p. 78.

CHAPITRE III.

ACCIDENT PRODUIT PAR UNE TROP GRANDE INCISION.

Un accident tout opposé à celui qui vient de nous occuper jusqu'à présent, consiste en une trop grande incision de la cornée, qui peut non-seulement produire la mortification de cette membrane, observée dans certains cas par M. Maunoir, de Genève, mais encore le renversement de ses bords en dehors ou en dedans, avec impossibilité d'obtenir la réunion des lèvres de la plaie. Si M. Maunoir s'est exagéré (1) les dangers de la mortification de la cornée, il y a aussi erreur matérielle de la part des auteurs qui paraissent révoquer en doute la fréquence, même la possibilité de cet accident de la cornée. Aux faits cités par l'opérateur genevois, je pourrais ajouter ceux dont j'ai été témoin, et dont un eut lieu à Turin, en 1828, sur un vieillard opéré par M. Forlenza, dont les insuccès, depuis quelques années, avaient détruit le bien qu'il avait pu faire, et dont l'odieuse conduite a été stigmatisée par M. Casimir Broussais (2).

Deux autres mortifications de la cornée se sont encore présentées à mon observation; l'une sur un tailleur de pierre de Lyon, opéré par M. Cartier, et l'autre sur une jeune fille nommée Charvet, et opérée par M. Maunoir.

Ainsi que nous l'avons dit, M. Roux fait une très-grande incision, et si cet opérateur n'a pas rencontré souvent l'accident dont je viens de parler, ses opérés sont très-sujets à une cicatrisation vicieuse de la partie inférieure de la plaie due à ce que le biseau du lambeau n'est pas en

(1) Maunoir, *Mémoire sur la mortification de la cornée*, *Journal de Montpellier*.

(2) Casimir Broussais, *Archives*, 1828.

rapport exact avec la partie inférieure de l'incision sur laquelle il doit reposer. Il suffit de fréquenter quelque temps le service de M. Roux, à la Charité, pour se convaincre de l'exactitude du fait que j'avance et dont j'ai vu un cas très-remarquable chez M^{***}, brocheuse rue de Savoie, n° 12, à Paris. Cet accident est surtout fréquent chez les vieillards qui ont la cornée très-molle, et chez les adultes qui ont été atteints de légères hydrophthalmies antérieures de l'œil, soit de l'humeur aqueuse.

Ce dernier accident arrive aussi à d'autres opérateurs : il a été assez fréquemment observé par M. Maunoir pour lui fournir le sujet d'une note spéciale qu'il a lue à la société médico-chirurgicale de Genève, et qu'il m'a transmise dans une de ses lettres. Il s'agissait d'un vieillard de 82 ans, déjà affaibli par une opération de hernie étranglée qui avait été pratiquée il y avait six semaines environ.

Je cite textuellement la lettre de M. Maunoir : « Aussitôt » après une opération de cataracte bien faite, la cornée trans- » parente conserve sa forme, la pupille est noire et circu- » laire, l'iris même ne paraît point appliqué contre la surface » interne et concave de la cornée, la vue a lieu quelquefois » d'une manière remarquablement nette. Cependant l'œil est » diminué de tout le diamètre du cristallin et de l'humeur » aqueuse. Qu'est-ce qui remplit le vide qu'ils ont laissé ? » Quand c'est de l'air, c'est un accident, même assez fâcheux. » Cette question importante n'a pas été, que je sache, » examinée par les physiologistes, pas même par les ocu- » listes. La question toute simple que l'on aurait dû se » faire depuis longtemps, est celle-ci : comment ce vide » peut-il être rempli au moment de l'opération ? Quant à » moi, je crois que l'action tonique des membranes de » l'œil, et surtout des muscles, refoule l'humeur vitrée en » avant, qu'il y a même une sécrétion instantanée d'hu- » meur aqueuse, et en même temps une légère diminution » des diamètres transverses de l'œil, de sorte que le vide se

» trouve tout à fait rempli. On rencontre souvent des per-
» sonnes faibles et délicates chez lesquelles, après une opé-
» ration bien faite d'ailleurs, ce vide ne se remplit point :
» cette action tonique dont je viens de parler n'a pas lieu,
» et la cornée reste affaissée et plissée; il y a un creux
» au lieu d'une surface arrondie et convexe, et les mala-
» des ne voient point: les lèvres de la plaie ne se trouvent
» plus alors en contact, l'humeur aqueuse s'écoule à mesure
» qu'elle est sécrétée. Il s'ensuit une inflammation consi-
» dérable et la perte irrémédiable de l'œil.

» Le 6 octobre 1829, j'ai opéré l'œil gauche de M. Mil-
» let, en faisant une incision en demi-cercle à la partie
» inférieure et un peu externe de la cornée, comprenant à
» peu près les $\frac{4}{5}$ de sa circonférence: j'ai coupé la capsule
» du cristallin avec une aiguille à cataracte, et cette len-
» tille est sortie au moyen d'un léger frottement. La pu-
» pille est restée d'un beau noir et parfaitement intacte;
» mais les chambres antérieure et postérieure ne se sont
» pas remplies, et la cornée s'est affaissée et ridée: quel-
» ques bulles d'air ont pénétré dans la chambre anté-
» rieure, et le malade n'a point vu. Ma première idée a été
» fort triste, et j'ai regardé cet œil comme perdu! Un
» instant après, j'ai conçu la pensée de remplir cette ca-
» vité; j'ai envoyé chercher de l'eau distillée chez le
» pharmacien le plus voisin; j'ai fait chauffer cette eau au
» bain-marie, puis renversant en arrière la tête du malade,
» que j'avais fait coucher sur le dos, j'en ai rempli la ca-
» vité de la région orbitaire; je lui ai fait alors ouvrir les
» paupières, puis, soulevant légèrement le lambeau de la
» cornée, l'eau a pénétré dans toutes les cavités accessi-
» bles de l'œil, et les plis de la cornée ont disparu. Le
» malade a tenu les yeux fermés pendant quelques mi-
» nutes, et lorsqu'il les a ouverts, j'ai trouvé celui que je
» venais d'opérer dans l'état le plus satisfaisant. Il a eu le
» plaisir de distinguer nettement tous les objets qui lui

» ont été présentés aussi bien qu'après l'opération la plus
» heureuse et la plus exempte de tout accident.

« Je doit faire observer qu'après l'introduction de l'eau,
» le malade éprouva une légère douleur qui a persisté
» quelques heures, mais la guérison a été complète et sans
» entraves. »

On voit par cette relation, à laquelle M. Maunoir a donné, je crois, de plus amples détails dans la bibliothèque universelle de Genève, mais qui y est restée enfouie, puisque les traités d'opérations les plus récents n'en parlent point, on voit, dis-je, que le chirurgien de Genève a su, par une présence d'esprit admirable, remédier à un accident qui aurait certainement fait échouer une opération habilement exécutée.

La section de la cornée est irrégulière toutes les fois que sa forme n'est pas semi-circulaire, et que le lambeau est frangé. Ces deux accidents, d'où résultent, dans la plupart des cas, des cicatrices difformes, sont dus à ce que le couteau n'est pas enfoncé assez verticalement, lorsque l'on pratique le temps de la ponction; ou bien à ce que l'on a trop rapidement ramené la pointe à l'horizon avant d'avoir un peu fait cheminer la lame dans la chambre antérieure. Dans ces deux circonstances l'on a, en apparence, un grand lambeau, et la partie de l'incision qui correspond à la face interne ou concave de la cornée est trop petite, à cause du rebord falciforme, taillé dans ces lames internes. Dans ce cas l'extraction du cristallin est très-difficile et souvent même impossible, car, s'il sort de sa capsule, il s'étrangle entre l'iris et l'incision, où il reste comme enclavé; s'il est dur, l'œil est presque irrévocablement perdu; s'il est mou ou friable, on peut encore espérer de le retirer, mais il reste ordinairement à la partie inférieure une cicatrice leucomateuse qui gêne singulièrement la vision.

Ce dernier inconvénient peut se classer parmi ceux qui

résultent de la position vicieuse de la cicatrice de la cornée. Quand on a vu faire un grand nombre d'extractions de cataracte par les opérateurs qui sacrifient la sûreté, le succès de l'opération à la gloire d'une *prestidigitation* déplorable, on ne tarde pas à se convaincre que la cicatrice de la cornée, qui résulte de l'incision faite selon la méthode de Richter, se trouve placée trop haut, que dans la plupart des cas, elle arrive presque au niveau de la prunelle, et que la vision, s'exerçant plutôt par le bas que par le haut, le bénéfice de l'opération se trouve détruit par l'obstacle matériel que présente la cicatrice.

Le procédé de M. Wenzel peut, à la rigueur, quand il est exécuté dans toute sa perfection, obvier à la plupart des accidents dont je viens de parler. Mais peu de personnes se résoudront à étudier ce procédé et surtout à faire les essais et manœuvres nécessaires pour arriver à la dextérité convenable. La mode est d'ailleurs une souveraine malheureusement très-despote, même dans l'art de guérir : je vois tous les jours les procédés de Richter et de Beer mis en usage, sans que les accidents qu'ils entraînent servent à éclairer les détracteurs de M. de Wenzel.

Cependant, ce dernier opérateur avait bien senti que, dans un grand nombre de cas, sa méthode ordinaire ne paraît pas à tout ; aussi, institua-t-il, pour des cas spéciaux (1), une méthode particulière, préconisée ensuite par Santarelli (2), B. Bell, Richter et Ware. Pendant longtemps ce procédé avait été négligé par les ophthalmologistes de tous les pays, lorsqu'il fut mis en usage avec des modifications particulières par M. Alexandre, oculiste anglais, opérateur aussi habile qu'heureux. On peut prendre une idée de sa méthode, en parcourant la note publiée en 1821 par M. Wagner (3). C'est donc à tort que M. Jøger, de Vienne,

(1) Wenzel, ouvrage cité.

(2) Santarelli, ouvrage cité.

(3) Wagner, *Hecker's Annalen*. D. Ges., 1821.

la revendique pour lui-même; il n'a droit qu'à la modification du couteau de Beer, auquel il a ajouté une nouvelle lame; suivant en cela l'exemple donné par Palluci, qui avait inventé un instrument pour opérer la cataracte en deux temps: cet instrument était composé d'une lance qui servait à pratiquer la ponction, et ayant une coulisse dans laquelle passait une lame qui achevait la section de la cornée.

En suivant la pratique de M. Roux, l'on se convaincra sans peine qu'un grand nombre de ses opérations échouent, parce que la paupière inférieure relève le lambeau de la cornée qui s'enflamme alors d'autant plus facilement que cet accident est favorisé par la méthode défectueuse de pansement adoptée à la Charité, et que nous examinerons en temps et lieu. Mais un mérite incontestable de M. Jøeger, c'est d'avoir généralisé l'emploi de la section par la partie supérieure de la cornée, et d'avoir réduit à un seul temps une opération qui en nécessite plusieurs; l'incision de la cornée avec un lambeau supérieur se recommande par les avantages suivants:

1° Guérison très-prompte et très-facile de la plaie de la cornée par première intention, lors même qu'une réaction inflammatoire assez forte a lieu, et lorsqu'il y a dans les deux chambres formation de pus.

2° Impossibilité physique d'une irritation de la plaie par le mouvement mécanique du bord de la paupière inférieure dont l'action nuisible est bien reconnue.

3° Les larmes plus chaudes, plus âcres et plus abondamment sécrétées, retenues par la jonction des paupières, affectent bien moins la section supérieure de la cornée que l'incision inférieure, le long de laquelle elles sont continuellement conduites et dirigées dans leur écoulement.

4° Une suppuration moins fréquente des bords de la plaie.

5° Une procidence de l'iris bien plus rare, quelque imprudente que soit la conduite du malade.

6° L'écoulement plus difficile de l'humeur vitrée pendant l'acte de l'opération et après.

7° L'affaissement plus rare de la cornée et la régénération plus rapide, ainsi que l'amas plus prompt de l'humeur aqueuse.

8° Enfin une cicatrice moins difforme, moins saillante et moins nuisible aux facultés visuelles que lorsqu'elle existe en bas, puisque dans l'état naturel, la partie supérieure de la cornée est recouverte par la paupière supérieure.

Les détracteurs de cette méthode lui font les reproches suivants :

1° Aussitôt que l'œil est attaqué, il fuit, non-seulement vers l'angle interne, mais encore il se cache en haut, car son mouvement naturel de rotation est plus facile de ce côté; ainsi l'on aura quelquefois à vaincre de grandes difficultés pour terminer la section;

2° L'extraction du cristallin et de ses annexes est plus laborieuse, des larmes âcres et abondantes s'introduisent sous le lambeau et l'irritent, enfin il peut y avoir un hypopion secondaire.

Il est facile de répondre à ces objections fondamentales portées contre la section à la partie supérieure. Celles qui sont secondaires tomberont d'elles-mêmes.

Il est beaucoup moins difficile de suivre les mouvements de l'œil lorsqu'il se porte en haut, que lorsqu'il fuit vers le grand angle; car si la paupière supérieure est relevée avec soin, l'on peut toujours voir le trajet de l'instrument. Si l'opérateur se place comme le fait le professeur Fabini, derrière le malade, il relève lui-même, avec le doigt indicateur, la paupière supérieure et place le *medius* vers le grand angle, pour contenir l'œil de ce côté. Aussitôt que la cornée est transpercée, l'œil est fixé, et la pression doit cesser. La section de la cornée s'accomplit alors en faisant

cheminer le couteau, comme dans l'opération par la section inférieure. Je crois que dans ce cas l'on pourrait retirer de très-grands avantages du mouvement que M. Roux fait exécuter au tranchant du kératotome pour accélérer la section du lambeau.

Pour obvier aux inconvénients du retrait de l'œil en dedans et en haut par la section supérieure, M. Alexandre met en usage un procédé spécial, qui lui est propre et qui consiste à employer deux instruments, dont le premier, effilé et épais, sert à transpercer la cornée; le second tranchant, boutonné, est destiné à former le lambeau. M. Mau noir a vu opérer M. Alexandre et rend pleine et entière justice à son habileté et à ses succès.

Je dois à l'obligeance de M. Chavernac, qui a habité bien longtemps la Grande-Bretagne, d'avoir eu l'occasion d'examiner les yeux d'une demoiselle anglaise, opérée de la cataracte congéniale par l'oculiste dont je viens de parler, et chez laquelle j'ai eu la plus grande peine à trouver la trace des sections de la cornée.

M. Forlenza avait adopté depuis bien des années la section par la partie supérieure, et aussitôt après la ponction des deux points correspondants de la cornée, il appuyait sur celle-ci, dans la partie qui devait former le lambeau, l'ongle de son doigt indicateur qu'il laissait croître, et taillait *ad hoc*.

Cet ophthalmostat d'un nouveau genre, et dont les traducteurs de Scarpa (1) se sont déclarés les ardents défenseurs, remplissait quelquefois son but. Je renvoie, pour les motifs de cette restriction à l'article déjà cité de M. Cas. Broussais. Souvent l'opérateur que nous venons de citer, afin de fixer l'œil avec plus de sûreté, se servait d'un couteau de Wenzel, très-effilé, au moyen duquel il ponctionnait, ainsi que M. Alexandre, les deux points correspondants de la cornée, puis saisissant la pointe de l'instrument

(1) Scarpa, *Maladies des yeux*, traduit par Bousquet et Bellanger.

avec un crochet mousse il la soutenait en place, à mesure qu'il portait la lame en avant, à peu près comme le faisait Sigwart pour son couteau-aiguille (1) dont la pointe allait s'appuyer sur une sonde placée perpendiculairement à l'axe de l'œil, et appuyée sur la joue et le front (2).

Pour pratiquer la section de la cornée à la partie supérieure, Wenzel, Bell, Richter, Forlenza, Græfe, Fabini, Sinogowitz et Maunoir se servaient de leurs kérateotômes ordinaires et avec beaucoup de bonheur. Græfe eut huit succès sur huit opérations, dont une fut pratiquée sur S. A. R. le duc de Cumberland (3). Fabini réussit vingt-deux fois sur vingt-quatre (4), et Sinogowitz deux fois dans des opérations pratiquées dans des conditions tellement défavorables que nous croyons devoir les citer ici toutes deux, bien que l'une ait fini par avoir des résultats peu avantageux.

OBS. I. Un homme âgé de 30 ans, et qui avait, par des remèdes empiriques, supprimé une affection herpétique rebelle, fut affecté peu à peu d'obscurcissement de la vue, et on ne tarda pas à s'apercevoir qu'il était atteint de cataracte aux deux yeux. Un oculiste ambulancier tenta l'opération des deux côtés avec un résultat malheureux; car un œil fut irrévocablement perdu, et l'autre ne fut pas débarrassé de la lentille opaque. Telle était la position de ce malade quand il fut examiné par le docteur Sinogowitz. Comme il percevait encore la lumière, et qu'il désirait recouvrer la vue à tout prix, il se résigna à une troisième opération, l'œil étant cependant dans des conditions peu favorables au succès. Le docteur Sinogowitz, ayant examiné l'organe avec soin, trouva le cristallin beaucoup plus

(1) *Compte rendu des opérations pratiquées à Strasbourg*, rédigé par MM. Flammant et Fodéré, page 9.

(2) *Sicone Ens. historia extractionis*. Tabula IV.

(3) Græfe, Journal cité.

4) Fabini, Journal cité.

plat qu'une lentille saine, et tremblant à tous les mouvements de l'œil, sans cependant changer de place; le globe oculaire était petit, enfoncé dans l'orbite. M. Sinogowitz crut devoir pratiquer la dépression, dans la crainte de voir surgir, après une nouvelle opération, des accidents graves. Celle-ci fut faite avec facilité; le malade s'écria qu'il voyait distinctement les yeux de l'opérateur, qui enleva l'aiguille avec précaution; la pupille était nette. Cet homme était si heureux de voir, qu'il promit d'être excessivement docile, et il resta huit jours couché sur le dos. Ce terme passé, on examina l'œil et l'on trouva le cristallin dans le lieu qu'il occupait avant l'opération.

Cette opération, n'ayant été suivie d'aucun accident et d'aucune douleur, elle pouvait être considérée comme non avenue. On fit subir un traitement anti-herpétique au malade, et l'on se décida à une quatrième tentative. Ainsi que nous l'avons dit, l'œil était petit, enfoncé, et les paupières peu fendues: le docteur Sinogowitz, convaincu que la mobilité du cristallin serait un obstacle à son broiement, se décida, malgré les circonstances défavorables, à pratiquer l'extraction par la section de la cornée à la partie supérieure, d'autant plus que le malade étant tailleur, il était important pour lui que le segment inférieur ne portât pas de cicatrice.

Le malade, après avoir été placé sur un lit haut et étroit, l'opérateur, prit place vers le coin, immédiatement derrière la tête du malade, un aide fut placé en face de l'opéré avec mission d'enfoncer, au grand angle de l'œil, à une demi-ligne de la cornée, le dard de Pamard, au même instant où le docteur Sinogowitz percerait la cornée du côté opposé. De la main gauche l'opérateur soulevait la paupière, tandis que, de la même main, l'aide contenait l'inférieure. L'incision fut faite avec le couteau de Beer, mais comme l'œil était très-petit, le couteau se trouva trop long, et l'aide dû t enlever très-vite le dard, afin de pouvoir un peu laiss-

ser le couteau porter l'œil en dehors, pour achever la section qui fut très-régulière; mais le couteau coupa à ras quelques cils de la paupière supérieure, sans cependant intéresser celle-ci.

Pendant la section, l'œil était agité de mouvements convulsifs, et les larmes coulaient en abondance. En retirant le couteau, il s'échappa un peu d'humeur vitrée; l'opérateur ferma promptement l'œil, le nettoya à l'extérieur, puis, quand le malade fut un peu remis, il porta, dans la solution de continuité, de petites pinces au moyen desquelles il retira la lentille opaque, qui portait l'empreinte des corps ciliaires, et qui était un tiers plus petite que dans l'état ordinaire. L'opération fut peu douloureuse, mais des suites assez graves en compromirent le succès, malgré le traitement habilement combiné qu'on leur opposa.

Obs. II. Un homme d'une cinquantaine d'années, vigoureux, adonné à la boisson, souvent tourmenté par la goutte, avait les yeux bleus, saillants, et offrait, sur tous deux, les traces d'un ptérigion commençant : l'iris jouissait de toute sa mobilité : quelques gouttes de solution d'extrait de belladone furent instillées dans l'œil, et le lendemain on trouva les pupilles largement et uniformément dilatées.

Le docteur Sinogowitz crut devoir, dans ce cas, pratiquer la section de la cornée dans son segment supérieur. L'incision fut donc faite de la même manière que dans le cas précédent, avec la seule différence qu'il fit usage d'un kératotome plus court et plus large. L'instrument, de cette manière, n'approche pas trop du grand angle de l'œil, et le lambeau fut exactement semi-lunaire. A peine fut-il terminé que le cristallin tomba de lui-même sur la paupière inférieure. Il ne sortit point de corps vitré, et la pupille étant très-nette l'œil fut recouvert d'un bandeau.

L'opérateur fut frappé de l'indifférence du malade, qui distingua plusieurs objets qu'on lui montra, sans témoigner

aucune joie, d'où il conclut qu'il avait déjà spéculé sur sa cécité, comme moyen de terminer sa vie dans l'oisiveté (1). Le lendemain matin il était sans douleur. Le soir légères douleurs dans l'orbite, calmées par des fomentations froides. Le 3^e jour il a plusieurs selles, et se promène beaucoup dans sa chambre. On soupçonne qu'il a fait quelques écarts de régime et on en acquiert la certitude. Avec un malade aussi peu raisonnable que celui-là, on devait craindre de fâcheux contre-temps; ils ne se firent point attendre. Il survint des accidents inflammatoires consécutifs, un hypopion secondaire qui fut très-avantageusement combattu par des frictions mercurielles, mais qui provoqua une légère adhérence de l'iris à la partie supérieure de la cornée, ce qui eût été sans doute un obstacle à la vision, si l'incision eût été faite par le segment inférieur de la cornée. Le malade, au reste, voyait très-bien; il était facile de s'en convaincre, quoiqu'il ne l'avouât pas volontiers.

Jøger, voulant donner à la méthode qu'il remettait en usage une sûreté plus grande dans les moyens d'exécution, et voulant surtout détruire l'objection la plus raisonnable faite à son procédé, la mobilité de l'œil, et partant, la difficulté de faire une section convenable, a imaginé un couteau à deux lames, qui est sans aucun doute le plus simple des instruments compliqués, destinés au même objet. En se servant de cet instrument, l'opérateur peut, à volonté, se placer derrière le malade ou se mettre en face de lui pour opérer.

Cet instrument, qui a la forme d'un kératectome ordinaire de Beer, est composé de deux lames posées l'une sur

(1) Cette réflexion me rappelle avoir opéré, il y a quelques années, un mendiant : l'opération fut très-heureuse ; cependant, il prétendit que je lui avais rendu un mauvais service. Une autre fois, deux frères qui spéculaient sur la cécité de leur cadet, atteint de cataracte congéniale, le cachèrent plusieurs jours dans les bois pour que je ne pusse l'opérer, afin de conserver ainsi, disaient-ils, un gagne-pain pour trois.

l'autre, et mises en contact par des surfaces planes très-unies, tandis qu'à l'extérieur elles sont convexes. La plus grande des lames est fixée sur son manche et immobile; la seconde, plus petite, est placée dans une coulisse; sa tige métallique, en faisant ressort, la maintient en place, et se porte en avant ou en arrière au moyen d'un bouton dont le mécanisme ressemble un peu à celui des canifs à coulisse. Cet instrument demande une très-grande perfection dans la construction: la petite lame doit être si exactement posée sur celle qui la déborde, que l'instrument puisse être promené sur la pulpe du doigt sans offrir la moindre aspérité. Sans cela, au moment où les lames fermées sont près de traverser la cornée, la lame interne pourrait s'ouvrir une fausse voie à travers les couches de celle-ci, et ainsi mettre le chirurgien dans l'impossibilité de terminer l'opération. Je ne sais si cet inconvénient a été observé sur le vivant, mais il arrive bien souvent en opérant sur le cadavre.

Pour opérer, on plonge le kératotome dans la cornée, on pénètre dans la chambre antérieure, le tranchant tourné en haut, on le porte en avant, comme pour le procédé ordinaire. Pendant ce temps de l'opération, l'œil fuit vers le grand angle, et cherche à se porter en même temps en haut; mais en renversant légèrement la main en arrière, on suspend ce mouvement; la grande lame tient l'œil immobile; alors sans faire d'effort, on pousse, avec le doigt *medius*, le bouton de la petite lame, pour porter celle-ci en avant, de manière à ce qu'elle dépasse la première et achève la section. La parfaite coïncidence des deux lames du kératotome double, permet d'inciser avec netteté et précision, aussi facilement qu'avec un kératotome simple, et la paupière est préservée de toute atteinte à cause de la fixité de l'œil, obtenue au moyen de la grande lame.

Quand M. Koreff publia dans la *Lancette française* une note sur le kératotome double, M. Jøger affirmait avoir pratiqué quarante fois, dans l'espace de six mois, la section

par la partie supérieure de la cornée, avec plus ou moins de succès.

Ainsi que nous l'avons dit, Græfe s'est aussi servi huit fois avec succès de cette méthode, entre autre sur S. A. R. le duc de Cumberland, qui n'avait plus que l'œil droit (1). Mais il se servait d'un kératotome ordinaire, ainsi que le professeur Fabini de Pesth, qui, sur 107 opérations de cataracte par extraction, en a pratiqué 24 par incision supérieure, et se trouve très-bien de ce procédé (2), qui réussissait fort bien aussi entre les mains de M. Forlenza.

La rupture de la pointe du kératotome est un accident d'autant plus fâcheux, qu'il arrive à une époque où l'opération est peu avancée. Ainsi, si l'extrémité du kératotôme se rompt de suite en arrivant dans la cornée, il n'y a pas moyen de passer outre, et l'opération doit être suspendue. L'opérateur doit alors chercher s'il est possible d'extraire le fragment de lame, ce qui est parfois assez difficile. Il essaie d'abord de le saisir avec de petites pinces; s'il ne peut réussir, il cherchera à le retirer au moyen d'un petit crochet particulier, de mon invention, figuré sous le n° 17 de la planche I.

L'instrument se rompt très-souvent au moment où il est sur le point de traverser la cornée vers le grand angle; dans ce cas, il faut retirer l'instrument, agir comme si l'on avait affaire à une incision trop étroite et ne pas chercher à extraire le fragment, pour peu qu'on éprouve de difficulté. Les manœuvres faites pour enlever les corps étrangers sont souvent plus dangereuses que leur présence. J'ai été témoin d'un accident de cette nature, arrivé il y a bien des années à feu M. Duchelard, oculiste du roi de Naples, chez un vieillard qu'il opéra à

(1) Græfe, Journal cité.

(2) Fabini *Journal complémentaire du Dictionnaire des sciences médicales*, tome XLI.

Genève, à l'hôtel des Balances, en présence de MM. Jurine, Maunoir, Terras père et Veillard. La pointe de l'instrument éclata au moment où elle attaquait la surface interne de la cornée, vers le grand angle de l'œil. L'opérateur termina l'opération avec les ciseaux de Daviel, et obtint facilement l'extraction du cristallin. Mais il s'entêta, malgré les conseils des assistants, à chercher le fragment du couteau, et l'introduction réitérée des curettes, des pincettes et du crochet détermina des accidents qui occasionnèrent la perte de l'œil dans vingt-quatre heures.

Le même accident se présenta quelques années après à M. Maunoir, qui, se gardant bien de chercher la pointe de l'instrument, termina l'opération avec les précautions usitées en pareil cas et avec un succès complet : je rapporte ici ce fait, comme très-propre à fixer l'attention des jeunes chirurgiens. Les mêmes conseils peuvent être donnés pour les cas où la pointe de l'instrument se fausse, ce qui arrive quelquefois en suivant le procédé de M de Wenzel, lorsque l'on rencontre un cristallin très-dur.

Si, dès le début de sa pratique, Daviel eut à lutter contre la difficulté de faire une section uniforme, il eut aussi à combattre la trop petite dimension de l'ouverture. Pour obvier à cet accident, après avoir ouvert la cornée avec son couteau à lance, il dilatait l'incision à droite ou à gauche, avec son couteau mousse quand il y avait peu à ajouter à la solution de continuité ; mais il avait recours à ses ciseaux quand il fallait l'agrandir de beaucoup. Cette pratique a été, pendant longtemps, suivie par la plupart des chirurgiens qui pratiquent l'extraction ; mais pour peu que l'on réfléchisse à la manière d'agir des ciseaux, il est facile de se convaincre qu'ils agissent en contondant, et qu'après s'en être servi pour opérer la section de la cornée, l'on obtiendra plus difficilement la réunion par première intention, vu que les bords de la plaie seront plus sujets à tomber en suppuration. Un autre inconvénient, c'est qu'en se servant

des ciseaux de Daviel, on ne peut pas prendre un point d'appui sur la joue du malade, et que l'opérateur doit alors opérer la main en l'air. Pour remédier à ce défaut, A. G. Richter se servait des ciseaux plus petits et dont les branches étaient assez coudées pour lui permettre de s'appuyer sur la joue, et d'éviter ainsi les accidents que produirait le défaut de sûreté dans la main de l'opérateur. M. Maunoir est tellement convaincu des dangers de l'emploi des ciseaux, que depuis longtemps il les remplace par une petite lame mince, tranchante d'un seul côté et mousse. M. Forlenza mettait en usage, à cet effet, un couteau particulier.

Depuis quelques années, j'avais pensé pouvoir remplacer les ciseaux de Daviel et ceux de Richter par les ciseaux légèrement courbés, coupant en dehors au moment où ils s'ouvraient, comme le lithotome double de Fleurant, mais sans gaine. Cet instrument avait l'avantage de couper en retirant, sans contondre; on pouvait par un curseur, borner l'étendue de l'incision. Il était possible, cependant, d'obtenir quelque chose de plus parfait: des essais, que j'avais fait faire, soit à Vienne, soit à Londres, n'avaient point répondu à mes espérances: c'est à M. Charrière, dont je ne saurais assez proclamer l'habileté et le désintéressement, que je dois l'exécution parfaite d'un petit instrument qui remplit tous mes désirs. On peut voir à la planche n° 1, une copie fidèle de cet instrument très-simple qui peut agrandir l'incision à volonté, sans avoir les inconvénients des ciseaux de Daviel ou de Richter, tout en en conservant les avantages.

C'est ainsi qu'on le voit: un petit lithotome ayant à peine 5 ou 6 lignes de longueur, large de deux, s'ouvrant par un léger mécanisme à bascule, se fermant à ressort, et assez courbé sur son plat pour inciser en demi-cercle la partie de la cornée que l'on veut agrandir. Pour rendre son action plus sûre, on peut en avoir plusieurs, trois au moins: le premier coupant à droite, le second à gauche, et le troi-

sième de deux côtés. Lorsqu'il est fermé, les larmes étant mousses, on peut l'introduire sans blesser l'iris : au moyen de sa forme particulière, on réduit les portions de cette membrane qui tendraient à faire hernie.

Si je ne me laisse éblouir par le mérite de mon invention, je crois pouvoir affirmer que ce petit instrument rendra de grands services dans l'opération de la cataracte par extraction.

Dans un grand nombre de cas difficiles, on pourrait pratiquer, avec beaucoup d'avantage, l'opération en deux temps, en ponctionnant d'abord la cornée avec le couteau de Daviel, perfectionné par Jøger, puis en agrandissant l'incision avec mon instrument. Ce procédé sera d'autant plus facile, surtout pour inciser la cornée à sa partie supérieure, que le danger de blesser l'iris, accident si fréquent par le procédé de Daviel, sera complètement évité par la dilatation de la pupille, avantage précieux, mais qui était inconnu au chirurgien de Marseille.

Quand on pratique l'extraction, il est un écueil qu'il est important d'éviter, et dont la fréquence et les dangers méritent un examen tout particulier : c'est la blessure de l'iris. Si cet accident est souvent produit par des causes indépendantes de la volonté, il est bien plus fréquemment encore le résultat du manque de précaution ou de la transgression d'un grand nombre de principes que le chirurgien ne doit jamais perdre de vue.

On blesse l'iris quand on n'a pas soin de dilater la pupille au moyen de l'extrait de belladone, premièrement dans le temps de la ponction de la cornée, ensuite lorsque l'humeur aqueuse, s'écoulant rapidement par l'effet de la mauvaise construction du couteau ou de la pression exercée sur l'œil, le cristallin chasse l'iris en avant sur la pointe du couteau, avant que celle-ci ait été ramenée parallèlement à cette membrane. Enfin, lorsqu'on ne peut pas empêcher l'œil de fuir vers le grand angle, ou lorsque l'aide qui main-

tient la paupière la laisse tomber par maladresse ou parce qu'il s'évanouit : cet accident est arrivé chez six aides différents du professeur Fabini, sur 107 opérations qu'il a pratiquées (1).

Il n'est pas rare de voir blesser l'iris quand on va ouvrir la capsule du cristallin avec le kystitome de La Faye ou l'aiguille de Beer.

Depuis longtemps, la plupart, j'oserai même dire tous ceux qui pratiquent l'extraction de la cataracte (2), dilatent la pupille avec l'extrait de belladone. M. Roux seul s'entête à rejeter ce moyen sans que les nombreux accidents qui lui arrivent aient pu lui arracher une concession ; cependant sur 179 cas d'opérations pratiquées pendant les années 1830, 32 et 33, à l'hôpital de la Charité par ce chirurgien, l'iris a été blessé 21 fois et si cet accident, que l'expérience m'a appris être du plus mauvais augure, n'entraîne pas la perte entière de la vision, il reste au moins une confusion dans la vue, et souvent une adhérence qui fait perdre tous les avantages de l'opération, ainsi que cela est arrivé aux huit malades couchés dans les salles de la clinique chirurgicale de la Charité. Je n'ai point l'injustice d'attribuer à M. Roux seul de semblables revers ; M. Mau noir, malgré son excessive habileté, éprouve quelquefois ce contre-temps, à l'œil droit surtout, et M. Fabini, dont tout le monde s'accorde à reconnaître les talents, a blessé l'iris neuf fois ; mais, ainsi que je l'ai dit, six fois ses aides avaient été pris de défaillance.

Malgré la dilatation artificielle de la pupille, la section des nerfs communs à la cornée et à l'iris, produit la contraction instantanée de cette membrane, qui se porte au-devant de la pointe du couteau, laquelle en est quelquefois coiffée, au point qu'en poussant l'instrument en avant, on court

(1) Fabini, Journal cité.

(2) Fabini, Journal cité.

le risque de blesser l'iris en plusieurs points de sa circonférence. Wenzel (1) conseille de suspendre alors l'opération, sans retirer le couteau, et de placer la main devant l'œil pour obtenir, au moyen de l'obscurité, la dilatation pupillaire. Ware (2) recommande, quand ce moyen échoue, de légères frictions avec la pulpe du doigt sur la cornée. Il ordonnait à son aide de laisser tomber la paupière pendant quelques instants, et ne continuait l'opération que lorsque l'obscurité avait dégagé la pointe du couteau.

Marc-Antoine Petit, de Lyon, qui avait pratiqué l'extraction de la cataracte avec de très-grands succès, recommandait au contraire de retirer un peu le couteau, afin de dégager peu à peu l'iris, alors les deux doigts qui sont chargés d'assujétir la paupière inférieure, frictionnent la cornée. Dans la plupart des cas ce moyen suffit; mais il échoue presque toujours chez les sujets scrofuleux qui ont la cornée très-saillante et l'humeur aqueuse très-abondante. En effet, dans ce cas l'humeur aqueuse s'échappe avec force, sous forme de jet, et la pointe du couteau est tellement embarrassée par l'iris, qu'il est impossible de la dégager.

La plupart des auteurs conseillent, dans cette circonstance, d'abandonner l'opération et d'y revenir quand la cornée est cicatrisée, ou de recourir à l'abaissement. M. A. Petit, au contraire, dit qu'il faut suspendre momentanément l'acte opératoire, puisque une demi-heure environ après, lorsque le spasme de l'iris est calmé, et l'humeur aqueuse sécrétée de nouveau, il faut introduire l'instrument dans la solution de continuité, et terminer l'opération (3).

M. Guthrie, chirurgien anglais d'un rare mérite, et qui préfère l'extraction dans tous les cas à l'abaissement, a été dans plus d'une circonstance, arrêté par la contraction de l'iris sur la pointe du couteau. Pénétré surtout de l'insuf-

(1) Wenzel, ouvrage cité, page 77.

(2) Ware, ouvrage cité.

(3) Marc Antoine Petit, ouvrage cité, page 73.

fisance des moyens employés pour dégager cette cloison mobile, il tourna ses méditations et ses recherches vers un système d'instrument qui pût, dans toutes les circonstances, obvier à ce fâcheux accident. Après une série d'expériences, il s'arrêta à un kératotôme de Ware (1), qu'il fit construire à deux lames, dont l'une plus longue, en acier, en recouvrait une mobile, en argent, que l'on pouvait, au moyen d'une coulisse, porter à volonté en avant, ce qui éloignait l'iris de la pointe tranchante de l'instrument. Au moyen de ce couteau, on peut éviter tout à fait cette membrane, en ayant soin, aussitôt que l'on est arrivé dans la chambre antérieure, de faire légèrement saillir la lame d'argent à mesure que l'on ramène le kératotome au parallélisme avec l'iris, et jusqu'à ce que la lame de celui-ci soit parvenue à la place qu'elle doit perforer pour sortir. Je m'étonne que M. Velpeau, dont on vante généralement l'érudition, ait omis de parler de cet instrument, qui est décrit et figuré dans l'ouvrage du docteur Guthrie, dont la seconde édition a paru à Londres, en 1830.

Ce double couteau, dont l'application est très-facile, nécessite, dans sa confection, des précautions très-grandes, afin que les lames soient exactement appliquées l'une sur l'autre, et que la mobilité de celle d'argent, ne nuise en rien à son parallélisme et à son ajustement avec celle en acier.

C'est autant pour obvier aux accidents de l'irrégularité de la section de la cornée, que pour éviter la blessure de l'iris, que M. Alexandre se sert de deux couteaux, ainsi que nous l'avons dit plus haut. Ce praticien, employant l'extraction, même pour les cataractes congéniales, était très-exposé à blesser l'iris; car dans le plus grand nombre des cas, la bourse, extrêmement ténue, qui contient l'humeur laiteuse, se rompt aussitôt que l'équilibre produit par la fuite de l'humeur aqueuse est détruit, et toute la

(2) Guthrie, *on the operative surgery*, page 192.

chambre antérieure est obscurcie par un épanchement albumineux; alors l'opérateur le plus habile risque de commettre de graves désordres. C'est dans ce cas surtout qu'il est dangereux de blesser l'iris, quand on pratique l'opération selon le procédé de Richter et de Beer. Il semblerait, à la rigueur, que le procédé de Wenzel devrait exposer, plus que tout autre, à la lésion dont nous venons de parler. Cependant les choses ne se passent pas ainsi; car le kératotome, obturant exactement l'ouverture qu'il fait à la cornée, a le temps de parvenir à la partie inférieure par laquelle il doit sortir, avant que le déplacement de l'humeur aqueuse ait permis au liquide latigineux d'envahir entièrement la chambre antérieure.

CHAPITRE IV.

DES BLESSURES DE L'IRIS, SON DÉCOLLEMENT ET SA HERNIE.

Malgré toutes les précautions dont nous venons de parler, il arrive quelquefois que l'opérateur blesse l'iris dans le premier temps de l'opération. Cet accident a surtout lieu lorsque l'on pratique l'extraction de la cataracte sans avoir préalablement dilaté l'iris avec les extraits de la belladone ou de jusquiame: M. Roux, ainsi que l'avons dit est surtout fort exposé à cet accident. Ceux qui seraient tentés de pratiquer l'opération selon le procédé de M. de Wenzel, auraient les mêmes chances défavorables à subir, s'ils n'employaient point la dilatation artificielle de la pupille. Il est d'autant plus important de se pénétrer de ce précepte, que l'expérience m'a appris à regarder la blessure de l'iris comme un accident fâcheux et qui, non-seulement peut produire des troubles secondaires dans la vision, mais en-

core des accidents spasmodiques ou inflammatoires qui peuvent compromettre les succès de l'opération.

L'iris, divisé pendant le premier temps de l'opération, peut se réunir quelquefois après sa division. J'ai observé souvent ce fait dans la pratique de feu le professeur Volpi; et M. Théodore Maunoir, qui marche dignement sur les traces de son oncle, a publié un certain nombre de faits analogues, recueillis dans le service de M. Roux, à la Charité. Malheureusement les choses ne se passent pas toujours ainsi. La blessure de l'iris ne se cicatrise pas; et, selon sa conformation, elle forme tantôt une pupille irrégulière, immobile ou contractile, tantôt c'est une petite ouverture fenêtrée avec un lambeau flottant. La plupart de ces accidents gênent plus ou moins la vision et produisent souvent ou une amblyopie, ou une diplopie extrêmement fatigante. Mais de tous les accidents, les plus redoutables sont, sans contredit, l'iritis et l'iridio-spasme; car l'hémorragie n'est qu'un accident secondaire dans l'opération par extraction, tandis que le contraire a lieu quand on pratique l'abaissement. Nous avons parlé de l'iritis et de son traitement dans l'article concernant les accidents communs à toutes les espèces de méthodes employées pour opérer la cataracte. Nous nous occuperons de la contraction spasmodique de l'iritis, en traitant de l'extraction de la lentille et de ses annexes.

C'est surtout quand on cherche à inciser la capsule avec le kystitome de La Faye ou la lance de Beer, que l'on court risque de blesser ou de décoller l'iris. Ce second temps de l'opération est fort périlleux pour ceux qui ne dilatent point la pupille avec l'extrait de belladone. A peine l'humeur aqueuse s'est-elle échappée, que dans la plupart des cas le cristallin se porte en avant, contre l'iris, qui se coarcte alors avec force; l'ouverture pupillaire est souvent imperceptible et persiste, malgré les frictions sur la cornée, parce que l'iris est comme enchatonnée sur le cristallin. Pour peu que celui-ci soit entouré de mucosité, la pupille de-

viendra presque invisible. Si l'on porte sur elle un instrument tranchant, on est presque sûr de blesser l'iris, ce qui souvent augmente encore sa contraction. Si, au contraire, l'on introduit un instrument mousse, recouvrant une lame, il n'est pas rare de voir cette manœuvre refouler l'iris en arrière et produire son décollement dans quelque point de sa circonférence. Quelque ingénieux que soient les instruments proposés par La Faye et Bancal, ils sont évidemment trop volumineux, je les ai toujours remplacés avec avantage par une aiguille à coulisse, dont j'ai donné la description dans un Journal de médecine (1). Je crois que dans toutes les circonstances il faut éviter les instruments dangereux, et l'usage de la lame du kératotome, qui a servi à inciser la cornée, doit être proscrit dans tous les cas, puisque c'est l'instrument qui expose le plus aux diverses lésions de l'iris. Les opérateurs qui redoutent les instruments compliqués seront moins exposés aux inconvénients dont nous venons de parler, en se servant du kystotome de M. le professeur Boyer, ou de celui, plus simple encore, de M. Rey, ancien chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

L'iris, divisé par accident dans le premier ou dans le second temps de l'opération, peut se réunir après sa division. C'est un fait qui a été constaté dans tous les pays et par tous les opérateurs. J'ai observé moi-même plusieurs fois des cas de cette nature, et je me suis aussi convaincu que, dans un grand nombre de circonstances, il n'y avait qu'un simple rapprochement invisible à l'œil nu, mais très-appréciable avec une forte lentille. Ce n'est pas ici le lieu de discuter la validité des opinions émises par M. Maunoir, sur la muscularité de cette membrane; mais je puis affirmer, qu'en maintenant la pupille dilatée pendant plusieurs jours, au moyen de l'application de l'extrait de belladone, on obtient la réunion des parties divisées, lors même que cette cloison est divisée avec un petit lambeau.

(1) *Gazette médicale*, 1831.

La hernie de l'iris se présente rarement dans le premier temps de l'opération, si ce n'est quand on a affaire à une cataracte molle qui se rompt aussitôt que l'humeur aqueuse est évacuée, ou lorsque l'on rencontre une cataracte tremblante, dont le cristallin, racorni et atrophié, chasse l'iris au devant de lui, sous la forme d'un sac herniaire, qui est aussitôt étranglé, et qu'il est souvent fort difficile de réduire. J'ai vu cet accident arriver une fois à M. Milloz, un des chirurgiens divisionnaires de l'armée d'Égypte; il ne put terminer l'opération, et l'œil fut irrévocablement sacrifié. C'est en vain que je proposai d'inciser le sac herniaire pour en extraire le cristallin qui s'opposait à sa réduction, il ne voulut jamais y consentir. Il se manifesta des symptômes inflammatoires très-graves, une suppuration des bords de la plaie, et l'œil fut malheureusement perdu. Cependant mes conseils n'étaient point déplacés, puisque Marc-Antoine Petit (1), dont nous aimons si souvent à invoquer l'autorité et l'expérience, ne faisait point de difficulté d'exciser un lambeau de l'iris, toutes les fois que cette cloison mobile le gênait dans l'extraction du cristallin; ou lorsqu'il éprouvait l'impossibilité de réduire la partie qui avait fait hernie (2); en procédant, disait-il, comme s'il eût eu affaire à une pupille artificielle, compliquée de cataracte.

Les staphylômes de l'iris surviennent plus ordinairement lorsque l'opération est terminée. Ils sont plus fréquents quand l'iris a été lésé ou décollé dans sa grande circonférence. Abandonnés aux forces de la nature, ils peuvent guérir quelquefois; mais dans le plus grand nombre des cas, ils entraînent des accidents graves qui compromettent plus ou moins le succès de l'opération, et qui malheureusement, dans beaucoup de circonstances, suspendent entière-

(1) Marc-Antoine Petit, *Op. Cit.*, page 82.

(2) M. Petit, ouvrage cité, page 80.

ment la vision. En effet, dès que la hernie de l'iris est un peu considérable, la pupille se déforme, devient irrégulière en guise de larme ou de raquette; pour peu que le staphylôme augmente, les deux bords opposés de l'iris se trouvent en contact; alors il n'y a plus de vision possible, l'iris s'enflamme et il se forme des pseudo-membranes à sa partie postérieure, qui peuvent contracter des adhérences avec les rebords pupillaires qui se greffent l'un contre l'autre. La présence de l'iris dans la plaie de la cornée entraîne de son côté des accidents qui, unis à ceux que nous venons de décrire, font considérer par tous les opérateurs la hernie de l'iris comme un accident capable de compromettre, dans la plus grande majorité des cas, le succès d'une opération. Je crois donc qu'il est important de s'occuper des moyens de remédier à cette fâcheuse complication, qui d'ailleurs cède facilement aux médications employées contre elle en temps utile. Ainsi la plupart de ceux qui ont écrit sur la cataracte, Beer, entre autres, recommandent de repousser la partie herniée avec une aiguille d'or mousse, en même temps que l'on fait une légère friction sur la cornée transparente avec la pointe du doigt indicateur. Quelques praticiens ont conseillé de soulever avec une curette le lambeau de la cornée et de toucher simultanément la partie de l'iris herniée avec une petite parcelle de nitrate d'argent fondu. Ce moyen réussit quelquefois, mais, dans la plupart des cas, il entraîne une iritis consécutive, suivie bien souvent d'une oblitération complète de la pupille. Quant à moi, j'ai employé avec succès le galvanisme produit par l'action d'une pile voltaïque dont les disques renfermés par un cylindre, à la manière de Le Baillif, donnent un courant que l'on peut graduer à volonté. Dans les staphylômes légers qui se manifestent aussitôt après l'opération de la cataracte, il y a un moment où l'on peut espérer obtenir quelques avantages d'une compression douce, exercée sur le globe de l'œil pour mainte-

nir en contact les lèvres de la plaie et empêcher une nouvelle sortie de la cloison mobile qui nous occupe. Mais dès que cette pression devient douloureuse, il faut la suspendre, car elle pourrait causer des accidents. Marc-Antoine Petit pense même qu'au moyen d'un appareil méthodiquement appliqué, l'on pourrait obtenir peu à peu la réduction d'un staphylôme. M. Maunoir, dont nous aimons à invoquer la longue expérience, a employé un moyen ingénieux dont la réussite a été complète, et qui se rattache, pour son exécution, aux idées qu'il a émises sur la structure de l'iris. Ce praticien, ayant opéré par extraction un homme qui n'avait plus qu'un seul œil, vit le succès de son opération tout à fait compromis par une hernie très-volumineuse de l'iris, contre laquelle échouèrent les tentatives de réduction les plus habilement dirigées.

Le staphylôme était si volumineux que la pupille avait entièrement disparu. C'est alors que le chirurgien genevois imagina de pratiquer immédiatement une pupille artificielle, selon son procédé. D'une main, il souleva le lambeau de la cornée, et de l'autre, saisissant ses ciseaux à pupille artificielle, il en enfonça la branche affilée dans la grande circonférence de l'iris, le plus près possible des lèvres de la plaie de la cornée, tandis que la pointe mousse était dirigée sous le lambeau de celle-ci. Il commença par faire une première section parallèle à l'axe du corps, et par retirer l'instrument pour en pratiquer une seconde oblique, lorsqu'il s'aperçut qu'une contraction brusque de l'iris, produite par son contact avec l'instrument tranchant, avait amené la réduction du corps hernié. Le malade y vit distinctement aussitôt à travers une pupille en forme de larme, dont la pointe était en bas. L'opérateur ayant rempli son but, jugea la seconde section inutile. Le malade fut replacé dans son lit, et rien n'entrava désormais le succès de cette opération, lequel fut complet. Dès lors, M. Maunoir a plusieurs fois répété le même pro-

cédé, et toujours avec des avantages aussi signalés. Je l'ai employé aussi moi-même, et je le considère comme un perfectionnement important apporté à l'opération de la cataracte par extraction. Il remplacera avantageusement l'excision du staphylôme, recommandée et pratiquée si souvent par Petit. Il offre sur la méthode du chirurgien de Lyon de très-grands avantages, parce qu'une simple incision de l'iris, parallèlement à l'axe du corps n'emporte qu'une légère irrégularité de la pupille, tandis que l'excision, selon la méthode de Petit, occasionne une déformation dont on ne peut pas calculer l'étendue. En outre, si l'incision première, recommandée par Maunoir, n'était pas suffisante, en en pratiquant une seconde oblique, comme pour son procédé de la pupille artificielle, on serait sûr de réussir.

Il est une espèce de hernie de l'iris qui se forme plusieurs jours après l'opération et qui est occasionnée par la non-réunion d'une partie ou de la totalité du lambeau de la cornée. Dans ce cas, l'humeur aqueuse s'échappe à mesure qu'elle se sécrète, entraîne quelquefois avec elle une partie de l'iris qui constitue alors un staphylôme secondaire, prenant différents noms à raison de sa forme. Pour peu que l'iris reste étranglé dans la plaie, il y détermine des accidents inflammatoires qui, lorsqu'ils sont légers, se bornent à établir des adhérences entre la partie étranglée et l'ouverture qui lui donne passage. Mais dans le plus grand nombre des cas, l'inflammation se propage aux parties profondes de l'œil, à la suite de quoi celui-ci est presque toujours perdu. Si l'on a soin d'examiner, ainsi que nous l'avons dit, et avec précaution l'œil opéré, on peut, aussitôt que l'on commence à apercevoir la descente de l'iris, qui se révèle par une petite bande ou un petit point noir, remédier à cet accident, non-seulement en faisant prendre aux malades, intérieurement, quelques gouttes de teinture de belladone, mais encore en pratiquant à la base de l'orbite des frictions avec l'extrait de cette plante. Par ce

moyen, on obtient une dilatation grande et énergique de la pupille, ce qui, dans la plupart des cas, fait disparaître la hernie commençante. Cet état de l'iris devra être provoqué et maintenu pendant plusieurs jours sans accidents à redouter de cette médication. Pendant ce temps, on cherchera à obtenir par tous les moyens possibles l'adhérence ou la cicatrisation de la cornée.

Toutes les fois que la hernie de l'iris existe depuis quelques jours, ce moyen est inapplicable, parce que les adhérences anormales s'opposeraient à son effet ; les mêmes causes s'opposeraient encore à l'application de la compression, selon le procédé de Petit. Il ne reste donc dans ce cas que l'emploi des caustiques tels que le nitrate d'argent ou le beurre d'antimoine. A l'aide de la cautérisation on opère la mortification et la chute de la partie herniée ; d'où il résulte deux avantages : le premier c'est que la partie herniée se détachant spontanément, on peut obtenir une cicatrice non-vicieuse, tandis qu'en abandonnant ce travail aux seules forces de la nature, on a à craindre une seule déformation considérable de la cicatrice, produite non-seulement par les pseudo-membranes qui se forment sur l'iris herniée, mais encore par les adhérences qu'elles contractent avec le feuillet de la conjonctive qui tend à les recouvrir. Secondement, l'action du caustique en même temps qu'elle occasionne la chute du corps qu'il touche, produit une inflammation adhésive qui s'oppose à une nouvelle sortie de l'iris.

Je vais ici émettre une opinion qui m'est personnelle, et qui n'est basée encore que sur un petit nombre de faits. C'est la combinaison de l'excision et de la cautérisation applicable à tous les cas de staphylôme de l'iris secondaire. J'aime à croire que l'expérience sanctionnera cette pratique par un plus grand nombre de succès, et je serai très-reconnaissant à ceux de mes confrères qui voudront bien me transmettre le résultat de leurs observations à cet égard.

Je m'étais convaincu que dans un grand nombre de hernies de l'iris, survenues par suite de la perforation de la cornée, faite avec des corps piquants ou coupants, ou bien produite par les exulcérations qui suivent les pustules varioliques développées sur la cornée, la cautérisation ne remédiait, dans la plupart des cas, qu'à la difformité externe, tandis que l'occlusion ou la déformation absolue de la pupille, persistait et entraînait après elle de grands désordres dans les facultés visuelles. J'avais vu le professeur Scarpa arrêter des ulcérations perforantes de la cornée à l'état aigu, en les cautérisant avec un crayon de nitrate d'argent. Je me demandais donc si la méthode que le professeur de Pavie employait pour s'opposer à l'évacuation complète de la chambre antérieure et aux accidents qui en dérivent, ne pourrait pas être appliquée à la cicatrisation ou à l'oblitération du trou de la cornée, qui avait donné passage à la hernie de l'iris, lorsque celui-ci aurait été excisé. Voici le premier fait où le procédé en question fut mis en usage.

Obs. I. En 1820, le fils du portier de la maison que j'habitais à Turin, rue Madone-des-Anges, n° 37, reçut à la partie inférieure de l'œil droit un coup d'alène plate et tranchante, en voulant arracher cet instrument à son frère. L'humeur aqueuse fut évacuée en totalité, et lorsque je rentrai chez moi, je trouvai une hernie de l'iris assez considérable pour avoir fait disparaître entièrement la pupille. Je pratiquai inutilement des tentatives de réduction : la belladone prise à l'intérieur et administrée en friction, à doses assez grandes pour produire des phénomènes nerveux, ne put nullement opérer la réduction de l'iris. La vision était donc irrévocablement compromise dans cet œil, et je pouvais sans inconvénient, tenter l'excision de la partie herniée. L'opération fut faite le lendemain en présence des docteurs Garneri, Averardi et Ventura. Je saisis l'iris avec l'érigne de Beer, et avec un kératectome très-affilé, je

retranchai tout ce qui sortait de l'iris, ayant eu la précaution d'exercer une légère traction, afin de dégager ce qui était étranglé dans la plaie. A peine l'incision fut-elle faite, que nous aperçûmes une pupille très-noire, mais fort irrégulière. Dans le but d'obtenir une constriction sur les lèvres de la plaie de manière à obvier à une nouvelle hernie, je la touchai avec un petit pinceau imbibé d'acide phosphorique allongé (1).

Le malade éprouva instantanément une douleur très-vive, accompagnée de larmolement aux deux yeux. Là se bornèrent tous les accidents. En moins de huit jours la cicatrisation fut complète, la vision de cet œil intègre, et le léger albugo situé sur la cicatrice, grâce à l'instillation graduée de diverses espèces de laudanum, n'existait plus six semaines après.

Mes opinions sont tout à fait arrêtées sur les hernies primitives et traumatiques de l'iris; je les ai développées dans un journal périodique de médecine (2), et mes doutes ne reposent que sur l'application de ce moyen aux hernies secondaires. Voici cependant deux faits que je livre aux méditations des praticiens.

Obs. II. Je fus consulté en 1827, pour une petite fille âgée de six ans, qui, à la suite d'une ophthalmie variolique, avait été atteinte d'une ulcération perforante de la cornée, qui avait donné passage à une petite portion de l'iris, et qui formait un staphylôme de l'espèce dite myocéphalon. Quelque petite que fut la hernie, elle avait été plus que suffisante pour détruire presque en entier l'espace pupillaire qui se trouvait réduit à une ligne microscopique immobile et insensible à la lumière.

La hernie durait depuis huit-jours environ, et paraissait avoir déjà contracté quelques adhérences. L'application

(1) *Acidum phosphoricum dilutum pharmacopecæ Borussiae.*

(2) *Bulletin thérapeutique, 1834.*

de la belladone n'ayant produit aucun effet, je pensai que l'excision du staphylôme ne pouvait aucunement aggraver la position de la malade, puisque, dans l'état où elle se trouvait, la vision était abolie à tout jamais dans l'œil affecté. Je m'empressai donc d'y recourir en suivant le même manuel opératoire. A peine l'extrémité saillante et un peu altérée au dehors du myocéphalon fut elle coupée, que l'iris entra tout à coup, et qu'on ne tarda pas à apercevoir une pupille très-noire, très-ample, mais un peu frangée. Le trou qui avait donné passage à l'iris était deux fois plus petit que la partie qui faisait saillie extérieurement. Il s'écoula quelques gouttes d'humeur aqueuse par ce petit pertuis, mais l'ayant mis en contact avec un crayon de nitrate d'argent fondu, il se ferma aussitôt. La cicatrisation alla s'opérant peu à peu, et il ne resta de l'opération qu'un petit leucôma qui se dissipa en quelques mois sous l'influence d'insufflation de poudre composée de sucre candi et de suie.

Obs. III. Un homme âgé de vingt-six ans, ayant reçu un coup de fouet sur l'œil, il se forma dans la chambre antérieure de celui-ci un épanchement sanguin assez abondant pour faire craindre que la résorption n'en serait point complète. On avait donc à redouter les accidents graves que nous signalerons plus tard (1). Je me rappelai que feu le professeur Penchienati et son élève M. Rossi (2) premier chirurgien de S. M. le roi de Sardaigne, avaient observé un grand nombre de cas de cette nature, et où la présence du caillot sanguin avait produit des désordres. Le résultat de leurs observations les avait conduits à recommander d'évacuer toujours les collections sanguines traumatiques ayant leur siège dans la chambre antérieure de l'œil. J'y procédai donc, en faisant à la partie inférieure de la cornée une petite incision avec le couteau de Daviel. Le sang

(1) Voyez les *Accidents hémorrhagiques*, page 81.

(2) Rossi, *Éléments de médecine opératoire*, p. 284, t. I.

épanché s'échappa en même temps que l'humeur aqueuse; la chambre antérieure fut désobstruée; la pupille apparut très-noire. Cette opération qui ne fut que peu douloureuse, se passa sans accidents jusqu'au cinquième jour; à cette époque l'œil devint le siège d'une douleur assez vive, et les bords de la plaie, qui semblaient réunis par première intention, se tuméfièrent et devinrent le siège d'une légère suppuration. Deux jours après, l'angle externe de la solution de continuité était complètement ulcéré et donnait passage à un myocéphalon, à la suite duquel la pupille disparut entièrement. Quelques saignées générales et l'application des ventouses scarifiées à la nuque maîtrisèrent les symptômes inflammatoires et calmèrent la douleur. Il ne restait que le staphylôme de l'iris dont on pouvait espérer la résolution. Enhardi par le succès obtenu dans l'observation qui précède, j'en pratiquai l'excision de la manière accoutumée, en la faisant immédiatement suivre d'une cauterisation assez énergique. Le même succès couronna cette médication et me donna de plus en plus confiance en elle pour l'avenir.

CHAPITRE V.

DE LA CHUTE DE L'HUMEUR VITRÉE ET DES ACCIDENTS SPASMODIQUES DE L'OEIL ET DE SES ANNEXES PENDANT L'OPÉRATION.

Un accident qui a des résultats non moins fâcheux, concernant la réussite de l'opération de la cataracte est l'issue d'une partie du corps vitré, soit qu'elle ait lieu dans le premier temps de l'opération soit qu'elle arrive dans le second. Après avoir examiné un certain nombre de cas où cet accident avait été observé, j'ai été surpris de voir qu'elle avait été l'influence funeste qui en résultait. M. Maunoir

neveu a constaté à la Charité que sur dix-neuf opérations pratiquées par M. Roux, dans lesquelles l'on avait observé la chute de l'humeur vitrée, six seulement avaient été suivies de succès. Cet accident est, dans la plupart des cas, produit par la pression imprudente et trop longtemps continuée par les doigts de l'aide et de l'opérateur au moment où le couteau achève la section de la cornée. La sortie de l'humeur vitrée est surtout à craindre chez les individus dont la peau est vulnérable, le tempérament scrofuleux, et dont les yeux sont gonflés et saillants. Chez les individus éminemment irritables tous les muscles de l'œil se contractent à la fois, attirent cet organe au fond de l'orbite, agissant comme le muscle orbito-scléroticien des animaux, qui est la cause principale de l'impossibilité de pratiquer l'opération de la cataracte par extraction chez la plupart des quadrupèdes.

On est vraiment étonné de voir que les auteurs attachent si peu d'importance à l'évacuation de l'humeur vitrée lorsque celle-ci n'a pas été évacuée en quantité suffisante. Mais l'étonnement s'accroît encore quand on voit Beer, qui avait la réputation d'un observateur judicieux et habile, formuler la quantité nécessaire de cette évacuation qui doit avoir lieu pour produire tel ou tel accident. Ainsi selon le professeur de Vienne, la sortie d'un huitième ou même d'un quart de l'humeur vitrée, n'a pas ou presque pas d'influence sur la vision : si l'évacuation de ce liquide est portée à un tiers, la vision sera moins parfaite, et courra des chances graves si l'évacuation a été portée jusqu'à la moitié. Je sais, au reste, que pour son compte personnel, il redoutait singulièrement cet accident, quelque léger qu'il fût; bien différent en cela du professeur Roux qui prétend que la perte d'une certaine quantité de l'humeur vitrée n'entraîne point de conséquences fâcheuses, surtout si les yeux sont gros. Les faits tirés de la pratique de ce professeur sont tout à fait opposés et contradictoires à ses opinions. Quant

à moi, l'expérience m'a convaincu que l'issue du corps vitré est toujours un accident d'autant plus à redouter, que lorsqu'il a lieu, on ne peut en borner l'étendue ; les cellules une fois rompues, l'œil peut se vider entièrement, ainsi que je l'ai vu arriver plusieurs fois au professeur Volpi (1).

Quand la sortie de l'humeur vitrée a lieu dans le second temps, elle est le plus souvent produite par la pression que l'on exerce sur l'œil pour faire sortir le cristallin. Cet accident est aussi occasionné par la contraction spasmodique des paupières après l'opération et ainsi que je l'ai dit plus haut, j'ai vu l'œil droit où l'opération avait été pratiquée sans accident, se vider par l'action du blépharospasme pendant que l'on faisait des efforts pour extraire le cristallin adhérent dans l'œil gauche. Au demeurant, cet accident est beaucoup plus commun quand on opère le malade assis, parce que les cellules de la hyaloïde ne sont pas suffisantes pour empêcher que l'humeur qu'elles contiennent ne suive les lois générales de la pesanteur.

Quoiqu'il en soit, la perte d'une certaine quantité d'humeur vitrée fait percevoir au malade la sensation d'un vide dans l'œil lorsqu'il fait quelque mouvement avec la tête. On distingue, lorsqu'on examine cet organe, une espèce de tremblement qui se communique à l'humeur aqueuse. Quelquefois il ne se forme qu'une simple hernie de l'humeur vitrée, qui s'oppose pendant quelques jours à la cicatrisation de la cornée ; mais celle-ci finit par l'étrangler et la fait tomber en eschare en produisant sur elle l'effet d'une ligature. L'expérience a prouvé que son excision était sans résultats avantageux parce qu'elle se renouvelait presque toujours immédiatement et qu'en cherchant à l'extraire avec des pinces, on produisait des tiraillements sur l'humeur vitrée, lesquels peuvent occasionner des accidents très-graves.

(1) Volpi, *Op. cit.*, p. 21.

Quand on opère des hommes nerveux, des femmes hystériques, il n'est pas rare de voir survenir, pendant l'opération, une contraction spasmodique involontaire des paupières, connue sous le nom de blépharospasmes et qui met des entraves souvent sérieuses à la terminaison de l'opération. Ce spasme des paupières ressemble assez à celui dont sont atteints les enfants affectés de photophobie scrofuleuse, et qui contractent d'autant plus vivement les paupières qu'on leur recommande de ne pas le faire. Cette contraction des paupières pendant l'opération de la cataracte, est une des causes qui produisent bien souvent l'expulsion partielle ou en totalité du corps vitré; et quand on opère les deux yeux à la fois, j'ai vu bien souvent l'œil gauche se vider pendant qu'on opérant le droit, et *vice versa*. Cet accident dont nous avons déjà parlé ne suffirait-il pas pour engager les opérateurs à ne tenter l'extraction que sur un seul œil à la fois?

Lorsque le blépharospasme est violent, il ne faut point s'entêter à poursuivre l'opération : si la section de la cornée est accomplie, il faut attendre que le calme soit revenu pour inciser la capsule, et extraire le cristallin. Il faut tranquilliser le malade, appeler son attention sur des objets étrangers à sa position, lui donner quelques cuillérées de potion calmante, et enfin lui placer à la nuque des linges imbibés dans l'eau très-fraîche. J'ai vu ce moyen réussir plusieurs fois. Tout ce que nous venons de dire s'applique aussi aux mouvements rotatoires de l'œil qui ne sont dangereux qu'autant qu'on veut les vaincre instantanément.

CHAPITRE VI.

DES DIFFICULTÉS QUE L'ON RENCONTRE DANS L'EXTRACTION DE LA CATARACTE ET DE SES ANNEXES.

Lorsque la section de la cornée est achevée, il faut procéder à l'incision de la capsule du cristallin, toutes les fois que l'on n'a pas exécuté ce temps de l'opération en incisant la cornée selon le procédé de Wenzel père. Cependant un grand nombre d'oculistes pensent que cette partie de l'opération est inutile, parce que, dans un grand nombre de cas, le cristallin se présente spontanément de lui-même à l'ouverture de la cornée, tandis que d'autres fois la plus légère pression suffit pour arriver à ce but. Dans d'autres cas, au contraire, la membrane cristalline est très-forte et très-épaisse, et les efforts qui sont nécessaires pour la rompre, sont de nature à produire l'évacuation de l'humeur vitrée, la dilacération ou le décollement de l'iris et de sa hernie. D'ailleurs, ces efforts mêmes ne sont pas toujours couronnés de succès, et l'on peut quelquefois occasionner tous les accidents dont nous venons de faire mention sans obtenir l'extraction du cristallin. Nous croyons donc qu'il est nécessaire, dans tous les cas, d'ouvrir la capsule du cristallin, en l'attaquant non point comme on le fait généralement, en l'incisant crucialement, mais en agissant dans la plus grande circonférence. Par ce moyen on extrait en même temps que la lentille une grande partie de son enveloppe. Pratiquée avec le kystitome de Boyer, ou celui de Bancal, cette opération ne serait point sans danger pour l'iris, vu le volume de l'instrument, mais en se servant de l'aiguille de Hilmer, ou de celle que j'ai fait construire et qui est renfermée dans une gaine mousse, on ne court aucun risque. Beer conseillait d'attaquer profondément le cristallin avec son aiguille à lame, et d'imprimer par ce

levier des mouvements de bascule et de rotation, pour extraire en même temps le cristallin et ses annexes. Cette pratique est généralement abandonnée aujourd'hui même par les opérateurs de Vienne.

En général quand la section de la cornée transparente a été faite avec promptitude et netteté, rien n'est plus facile que d'aller ouvrir la capsule : mais quand le premier temps de l'opération a été difficile, lorsque l'on a affaire à des individus nerveux irritables, au moment où l'on cherche à pratiquer le second temps, l'œil fuit au-devant de l'instrument, et en introduisant celui-ci de pointe on risque de blesser l'iris. Pour éviter les divers accidents, le professeur Jüngken recommande d'introduire d'abord sous le lambeau de la cornée la tige de l'aiguille parallèlement à l'axe transversal de la section : par ce moyen on fixe l'œil, on le calme, puis en retirant peu à peu le manche de l'instrument, la pointe entre sous le lambeau, et ce n'est que lorsque l'on est arrivé au centre de la pupille que l'opérateur écarte le manche, le porte en avant, présente et engage la lame dans l'espace pupillaire.

Quand l'œil est très-irrité et que les mouvements rotatoires sont très-violents, on peut alors saisir le lambeau de la cornée avec les brucelles fenêtrées de M. Maunoir, et donner ainsi un temps d'arrêt à l'organe, tandis que l'on incise la capsule. Cette manœuvre est sans danger, toutes les fois qu'elle est exécutée avec précaution.

Malgré la dilatation opérée sur la pupille au moyen de l'instillation de la belladone, la pupille se contracte quelquefois avec force, et il est assez difficile d'inciser la capsule. Dans ce cas, il faut produire pendant quelques instants de l'obscurité dans la chambre, et la pupille ne tarde pas à s'ouvrir.

Dans le plus grand nombre des cas, le cristallin s'échappe aussitôt que la cornée et la crystalloïde sont incisées. Cela se passe ainsi en général, lorsque l'incision de la cornée

est très-large, et lorsque l'aide ou l'opérateur ont un peu pressé sur l'œil.

Mais lorsque la cornée a été ouverte dans les cinq sixièmes de sa circonférence, le cristallin ne sort point seul; il faut, dans ce cas, presser légèrement et graduellement sur l'œil, recouvert de sa paupière à sa partie supérieure, avec le manche du kératotome ou celui de la curette, alors on voit la lentille opaque se présenter à l'ouverture pupillaire qui se dilate comme un sphincter et lui donne passage: cette pression continue le fait parvenir à la solution de la cornée où elle s'engage et s'étrangle quelquefois. Toute pression continuée est alors dangereuse; il vaut mieux saisir le corps opaque avec un petit crochet, et mieux encore avec les pinces à lentille de M. Maunoir, ou celles à crochet du même chirurgien. J'ai dit ailleurs (1) que cet habile opérateur en faisant une incision, en général plus petite que le corps à extraire, opérant un véritable accouchement. Son expérience et ses succès l'autorisent à persister dans cette pratique. Dès la publication que je lui ai adressée, il a eu de nouveaux faits heureux qui sanctionnent une manœuvre que je n'hésiterais pas à taxer de dangereuse dans des mains moins habiles et moins exercées que les siennes.

Il est des circonstances dans lesquelles le cristallin ne change pas de place en dépit de la largeur de l'ouverture de la cornée et de la pression, même assez forte, exercée sur la partie supérieure de l'œil. Cet accident est dû dans le plus grand nombre des cas : 1° à la contraction spasmodique de l'iris ou iridio-spasme; 2° à l'adhérence du cristallin, à l'uvéa ou à l'iris; 3° à la fuite du cristallin à la partie supérieure de l'œil.

Dans le premier cas l'on conseille en général de mettre

z (1) Carron du Villards, *Lettre au professeur Maunoir, sur un nouvel instrument destiné à agrandir ou à rectifier l'incision de la cornée.*

les malades dans l'obscurité, et de frictionner légèrement les paupières : mais ces moyens échouent souvent, et il faut alors abandonner l'opération, si Marc-Antoine Petit (1), à qui la chirurgie oculaire doit de si heureux perfectionnements, n'avait donné un conseil dont j'ai été à même de vérifier l'importance, et qui consiste à inciser l'iris perpendiculairement à l'axe du corps, dans la partie supérieure. Cette opération s'exécute facilement en introduisant entre le cristallin et l'iris, des ciseaux à pupille artificielle, et alors rien n'est plus simple que d'extraire le cristallin en pressant légèrement sur l'œil, ou en saisissant la lentille avec les pinces à lentilles ou à ressort.

En parlant de pression, je ne saurais trop blâmer ceux qui compriment l'œil très en arrière, parce qu'alors l'effort a lieu sur les cellules hyaloïdiennes qui peuvent se rompre et jeter l'humeur vitrée à la suite du cristallin.

Toutes les fois que les efforts de pressions porteront le cristallin en haut, en bas ou de côté, il faudra les suspendre crainte d'évacuer l'humeur vitrée, et se décider à changer le cristallin avec la curette. Cet instrument dont l'usage a été si général n'en est pas moins défectueux : c'est pour cette raison que je le remplace toujours par les brucelles à lentilles de Maunoir, qui remplissent toutes les indications.

Quand on se sert de la curette, il faut avoir soin au moment où on la porte dans la chambre postérieure pour changer le cristallin, de la porter de bas en haut, pour ne point précipiter la lentille dans les cellules du corps vitré, où il serait assez difficile de l'aller chercher.

Lorsque le cristallin est entouré de mucosités, M. A. Petit, recommande de ne pas hâter sa sortie par de fortes pressions, parce qu'alors le cristallin plus consistant et d'une forme glissante s'échappe seul, les accompagnements restent, et ne peuvent être enlevés que par de nouvelles manœuvres et par l'usage de la curette.

(1) Marc-Antoine Petit, ouvrage cité, p. 75.

Quand on comprime le cristallin, il arrive souvent qu'il se porte à droite ou à gauche, et par un mouvement pendule, à chaque mouvement, la pupille s'éclaircit pour redevenir ensuite opaque : il faut dans ce cas inciser la bride, on y arrive facilement en introduisant des ciseaux à cataracte, ou l'instrument que je nomme *kyotome*. Souvent cette bride est suffisante pour s'opposer à l'extraction, et il faut abandonner l'opération.

J'ai vu un grand nombre de cristallins qui n'avaient pu être extraits, être abaissés facilement dans des opérations subséquentes : le fait suivant est trop important pour que je le passe sous silence.

Obs. Etienne Magrotti, âgé de 60 ans, atteint de cataracte, livré à des travaux extrêmement pénibles, se fit opérer l'œil droit par le professeur Morigi, qui employa avec succès la dépression, en l'an 1816. Deux ans après, il s'aperçut que l'œil gauche s'obscurcissait, et en peu de temps la vision fut abolie. Le 23 avril, il entra dans la clinique ophthalmologique de Pavie, où je l'examinai avec soin. La pupille était suffisamment dilatée et impressionnable à la lumière : l'œil était convenablement saillant, la cornée était saine et bien conformée, le malade distinguait parfaitement le jour de la nuit, et il était plus que probable que la cataracte était lenticulaire.

Le 9 mai, mon savant ami, le professeur Panizza se décida à pratiquer l'extraction, uniquement pour montrer ce procédé aux élèves. Elle fut faite selon le procédé de Beer, et avec son couteau. Le premier temps de l'opération fut admirablement exécuté, mais quand vint celui d'extraction, il fut impossible d'y parvenir ; les pressions réitérées ne servirent qu'à produire une hernie du corps vitré, sans pouvoir changer de place le cristallin. Le professeur Panizza abandonna alors toute tentative et recouvrit l'œil de compresses imbibées d'eau froide. Quatre jours après, la

réunion de la cornée était complète et le malade sans fièvre ni douleur.

Quelques jours, après, l'œil étant parfaitement guéri, M. Panizza tenta l'abaissement, et au moment où il y procédait, il reconnut que le cristallin était adhérent à sa partie supérieure. Il présenta alors à cette bride le crochet tranchant de l'instrument et il sépara l'adhérence au moyen de la manœuvre que j'ai indiquée. La guérison fut complète et radicale. Ce fait, dont j'ai été témoin, est inséré dans l'ouvrage de M. Panizza (1).

Quand le cristallin est adhérent dans plusieurs points de sa circonférence, Marc-Antoine Petit (2) déclare qu'il faut renoncer à l'espoir de l'extraire, mais que l'incision de la cornée étant faite, il faut enlever un lambeau triangulaire de l'iris et obtenir ainsi une pupille artificielle, opération sans danger et qui rend alors la vue.

Il n'est pas rare, dans les tentatives d'extraction du cristallin, d'être forcé de renoncer à l'espoir d'extraire le corps opaque, parce qu'il fuit tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, et qu'en s'entêtant à le poursuivre, on court la chance de vider l'œil. C'est alors le cas de pratiquer la réclinaison antérieure pour précipiter le cristallin dans le corps vitré. Marc-Antoine Petit (3), de Lyon, après avoir conseillé cette opération et l'avoir souvent mise en pratique, déclare que, presque toujours, dans ce cas, le cristallin remonte, ou l'œil se fond par la suppuration; si l'expérience des oculistes arabes contemporains (4) n'était pas là pour combattre l'opinion de Petit, je pourrais lui opposer encore un certain nombre de faits qui me sont propres, ou dont j'ai été témoin, et qui prouvent que la kération-réclinaison antérieure peut être, dans ce cas, un auxiliaire aussi pré-

(1) B. Panizza, *Opera citata*, p. 103.

(2) Marc-Antoine Petit, ouvrage cité, p. 80.

(3) *Idem*, p. 179.

(4) Pariset, *Correspondance d'Égypte*, Monttour, 1829.

cieux que puissant pour abattre un cristallin errant. A l'appui, je crois devoir rapporter le fait suivant.

Antoine-Marie Robaglia, chevalier de la légion d'honneur et de la couronne de fer, né et habitant la rivière de Gênes, commandant un corsaire régulier, avait perdu l'œil droit à la suite d'une blessure. Le gauche, atteint d'ophtalmie égyptienne, contractée à Malte, était affecté d'occlusion complète de la pupille. La cornée transparente était saine; la chambre antérieure intacte, le malade distinguait parfaitement le jour de la nuit; il avait même la connaissance des couleurs éclatantes, tout faisait donc espérer que l'opération serait heureuse. J'y procédai le 1^{er} février 1820, en présence d'un grand nombre de médecins, dont les principaux étaient, Delgreco, des îles Ioniennes, Sismonda, de Turin, et le professeur Garneri. L'opération fut pratiquée suivant le procédé du professeur Maunoir; mais comme je pensais rencontrer un cristallin entièrement sain, la solution de continuité de la cornée fut aussi petite que possible. A peine la double incision de l'iris eût-elle donné lieu à une pupille suffisamment ample que je reconnus une erreur de diagnostic matérielle, car le cristallin avait un commencement d'opacité, s'étendant à toute sa surface. Il ne me restait à faire que son extraction ou son abaissement. Ce dernier parti me parut le plus convenable, d'autant plus que la déperdition de substance faite sur l'iris, permettait à l'aiguille d'abaisser plus profondément le cristallin. Le succès répondit parfaitement à mes espérances et le cristallin n'est jamais remonté.

En 1829 je pratiquai une opération analogue, à l'Hôtel-Dieu de Bourg en Bresse, en présence de MM. Guillaumeau et Bien-Aymé. Le cristallin fut complètement abaissé, mais l'ouverture pupillaire n'ayant été faite que sur une partie de l'iris sans déperdition de substance, la plaie se cicatrisa quelques jours après et fit perdre tout le bénéfice de l'opération.

Lorsque le cristallin est mou, il se brise quelquefois dans la tentative d'extraction, et l'introduction réitérée de la curette produit alors des accidents plus ou moins fâcheux. C'est pour y obvier que le docteur Forlenza faisait dans l'œil de légères injections avec de l'eau distillée, tiède, qui avait l'avantage d'entraîner les détritits du cristallin et de ses annexes. J'ai vu souvent employer ce procédé, et je n'ai qu'à me louer personnellement de son usage. Il est cependant des cas où il échoue : il faut alors, avec une aiguille tranchante, broyer tout ce qui reste, déchirer la capsule postérieure et abandonner le tout à l'absorption, en ayant soin de maintenir la pupille dilatée pendant les premiers jours qui suivent l'opération.

Lorsque le cristallin est très-petit, pierreux, et qu'il s'engage dans l'iris en formant une poche avec cette membrane, il faudra suivre les principes que j'ai émis plus haut.

CHAPITRE VII.

DE LA CATARACTE CAPSULAIRE PRIMITIVE ET SECONDAIRE.

Nous avons déjà prouvé qu'il y avait erreur matérielle de la part de ceux qui avouent que les cataractes capsulaires sont très-fréquentes, et en rétablissant la véritable proportion, il sera facile de se convaincre qu'il n'y a pas d'erreur possible parce que nous l'avons établi dans les cas où l'on avait pratiqué l'extraction.

Je me suis aussi convaincu que la fréquence des cataractes consécutives était due principalement à la manière dont quelques opérateurs pratiquent l'extraction, ainsi cette terminaison de l'opération par ce procédé, qui en fait perdre presque tous les avantages, est très-fréquent dans la pratique de M. Roux, tandis que celle de M. Maunoir aîné

n'offre que très-rarement une complication de cette nature. Une différence aussi tranchée dans les résultats est évidemment due à une cause spéciale que nous examinerons plus tard. Veut-on avoir une idée de la fréquence des cataractes capsulaires, à la Charité: voici des chiffres: sur 167 opérations l'on trouva 15 cas de cataractes membraneuses bien tranchées, sans déformation de la pupille; 6 dans lesquels le champ de la pupille était envahi par un corps opaque qui était évidemment produit par les accompagnements du cristallin resté en place.

Or, cette fâcheuse terminaison de la cataracte, est dans la proportion suivante: 21 : 169 :: 1 : 8. Je me suis convaincu postérieurement que si l'on pouvait examiner les malades plusieurs mois après, la proportion défavorable augmenterait encore. Il est évident pour moi, et tous ceux qui ont vu opérer M. Roux, sont convaincus aussi qu'il faut attribuer à la manière dont ce chirurgien exécute le manuel opératoire, la cause de tant de cataractes capsulaires, et qui rendent si souvent infructueuse une opération qu'il pratique avec une dextérité si remarquable, enviée par tous ceux qui pratiquent la chirurgie oculaire: en effet, si on se rappelle que M. Roux ne dilate point la pupille avec l'extrait de belladone, et qu'il ne fait à la crystalloïde antérieure qu'une simple incision, d'autant plus difficile à pratiquer, que le spasme de l'iris a rendu la voie plus étroite, les résultats de cette manière de faire, sont évidents. Dans un grand nombre de cas, il n'y a qu'une simple énucléation du cristallin, et la capsule peut rester dans l'œil et y devenir opaque. Ce contre-temps n'arrive point lorsque l'on a largement dilaté la pupille, et que par ce moyen on a attaqué la capsule sur plusieurs points, comme le conseille Beer, ou comme je l'ai indiqué plus haut, en l'incisant dans sa grande circonférence. Dans cette manière de procéder, la capsule antérieure est presque toujours entraînée par la hernie du cristallin. Aussitôt que le cristallin est sorti, il faut en-

core inciser la capsule postérieure, car je partage l'avis de la plupart des anatomistes, et je crois qu'elle existe indépendamment de la hyaloïde qui forme le plancher de la fossette destinée à contenir la lentille. Peut-on pour empêcher la formation d'une capsule secondaire employer le procédé de M. Rognetta qui n'est autre chose qu'une emporte-pièce qui fonctionne à la manière des instruments dont les pharmaciens se servent pour couper les tablettes.

Veritablement quand on considère cet instrument, et le service que l'on réclame de lui, il faut se demander, pour qui nous prend M. Rognetta, en nous gratifiant, d'un instrument de cette espèce.—Comment peut il agir, sur un corps aussi tenu et aussi fugace que la capsule qui est souvent invisible; comment entrer dans l'œil, un instrument, dont le cubage est deux fois celui de la lentille déplacée, sans faire refluer l'humeur vitrée? C'est comme si dans un verre plein de liquide à raz, vous introduisiez votre doigt!!! Malgré ma répugnance extrême à parler de M. Rognetta, j'ai dû cependant signaler tout ce qu'il y avait de dangereux et d'absurde dans ses prétentions.

Si la fréquence des cataractes capsulaires consécutives à l'extraction du cristallin est un accident fréquent, c'est aussi, sans contredit, un des moins fâcheux, puisqu'il est facilement réparable. Il existe plusieurs procédés pour y remédier; les principaux sont: le broiement sclérotidien, celui pratiqué à la méthode de Giorgi, une nouvelle incision à la cornée, la kératonyxis, enfin le procédé de Luzardi qui consiste à appliquer à la destruction de la capsule, l'instrument qu'il a inventé pour pratiquer la pupille artificielle, et que l'on applique de la même manière.

Nous allons les examiner sommairement. Rien n'est plus facile, en général, que de détruire une capsule opaque en introduisant, par le lieu d'élection pour l'abaissement ordinaire, une aiguille à cataracte, au moyen de laquelle l'on déchire, brise et accroche le voile opaque en le projetant

en divers sens ; mais en général, il reste presque toujours par ce procédé quelques lambeaux suspendus qui fatiguent la vue. C'était pour obvier à cet accident que le chirurgien d'Imola fit construire un couteau-pince, dont nous donnerons la description plus tard, et au moyen duquel, après avoir pénétré dans l'œil, il pinçait la capsule, la détachait par de légers mouvements de bascule, et l'attirait au dehors.

Ce procédé est assez facile à exécuter, et il est bien supérieur au précédent. Quant à l'extraction de la capsule, elle n'est point sans danger ; on doit cependant y recourir quand les autres moyens ont échoué : elle fut très-heureusement appliquée et exécutée dans le fait suivant.

Obs. Une jeune fille, nommée Virginie Pollet, âgée de 11 ans, fut atteinte, à l'âge de dix-huit mois, d'une double cataracte ; à quatre ans elle fut admise à l'Hôtel-Dieu de Paris, où elle fut opérée par M. Dupuytren, aux deux yeux. Elle retira peu de bénéfice de ces deux opérations, car elle y voyait à peine pour se conduire : l'œil droit était affecté de cataracte capsulaire complète, tandis qu'à l'œil gauche, elle n'était que partielle. M. Dupuytren tenta de nouveau de détruire l'opacité secondaire ; l'opération n'eut aucun résultat apparent. Une troisième opération eut le même sort, et la capsule de l'œil droit devint de plus en plus opaque. Ainsi que nous l'avons dit, la vision de l'œil gauche était tout au plus suffisante pour guider ses pas. Elle resta dans cet état pendant sept ans. Il y a trois ans environ qu'elle fut reçue dans le service de M. Velpeau, à l'hôpital de la Pitié. Le 3 décembre de cette année (1831), ce chirurgien, après avoir fait à la partie inférieure de la cornée une légère incision, introduisit à travers cette ouverture une petite pince à crochet et fit l'extraction de la capsule opaque. L'opération fut longue et laborieuse, mais son résultat fut assez avantageux pour la jeune fille, le 3 janvier 1832 : elle sortit de l'hôpital avec une assez bonne vue.

Toutes les fois qu'il n'existe pas d'adhérences entre la capsule et l'iris il faut, pour détruire celle-là, pratiquer la kératonyxis avec l'aiguille tranchante d'Adams. Après avoir dilaté l'iris autant que possible, on introduit du côté externe de la cornée, dans son diamètre transversal et à deux lignes de son union au tissu scléreux, l'instrument dont nous venons de parler; alors l'opérateur en décrivant un grand cône, dont la pointe est au point d'entrée de l'aiguille et la base dans la chambre postérieure, attaque la grande circonférence du voile opaque et le détache: ceci terminé il le prend avec le tranchant, et le porte dans la chambre antérieure, où il ne tarde point à être complètement absorbé. L'aiguille d'Adams est si déliée, si tranchante, que son introduction se fait avec la plus grande facilité et sans danger. J'ai été à même de mettre souvent ce procédé, qui m'est propre, en pratique, et cela avec un succès complet.

CHAPITRE VIII.

DE L'INTRODUCTION DE L'AIR DANS L'OEIL.

L'introduction de l'air dans l'œil pendant l'opération de la cataracte par extraction est toujours un accident assez fâcheux auquel il est facile de remédier avec un peu d'attention. Il est plus fréquent qu'on ne le croit en général, et il se présente sous la forme d'une bulle qui nage dans la partie inférieure de la chambre postérieure. Le malade éprouve dans l'organe une vascillation fatigante, qui dure souvent plusieurs jours. Puis, au moment où il y pense le moins, il lui semble que son œil s'affaisse, puis l'air s'échappe avec un léger crépitement accompagné de blépha-

rospasme et de photopsie (1) très-fatigante, qui se renouvelle à la sortie de chaque bulle d'air. Au moment où cette décharge d'air a lieu, il peut se former une hernie de l'iris, qui n'est point reconnue en temps utile, et alors la cicatrisation de la cornée est entravée.

Aussitôt que l'on a reconnu l'introduction de l'air dans un œil opéré, il faut pratiquer avec la seringue de Forlenza de petites injections d'eau tiède, et on ne tardera pas à voir s'échapper l'hôte incommode. Quand on n'a pas l'instrument nécessaire à cette opération, il fut faire coucher le malade sur le dos, introduire dans l'œil de l'eau distillée comme le fait M. Maunoir dans le cas de flétrissure de la cornée transparente.

CHAPITRE IX.

DE L'HYPŒMION CONSÉCUTIF A L'EXTRACTION.

Lorsque l'opération de la cataracte a été laborieuse, dans le second temps surtout, il se manifeste souvent des phénomènes inflammatoires de l'iris, ou de la capsule de l'humeur aqueuse, à la suite desquels il se forme dans la chambre antérieure, une exsudation tantôt lymphatique, tantôt purulente : cette accumulation d'un produit inflammatoire sécrété, est toujours une complication fâcheuse, et qui mérite d'être traitée avec soin. Dans d'autres circonstances la collection est produite par la suppuration des bords de la plaie ; alors l'aspect floconneux du liquide épanché indique assez sa nature. Dans tous les cas, cette sécrétion anormale est toujours accompagnée de phénomènes inflammatoires assez intenses, qu'il faut prendre en

(1) Photopsie, symptômes consistant dans la vue d'étincelles, de flammes ou de fusées.

considération. Dans l'état aigu, il faut recourir aux saignées générales et aux révulsifs aux pieds, puis aux ventouses scarifiées à la nuque et au tempes : quand l'inflammation est un peu ralentie, on administre, alors avec avantage, les frictions mercurielles sur le front, sur le pourtour de l'orbite : si le canal intestinal est en bon état, on peut recourir au calomel en doses réfractées : l'expérience des chirurgiens allemands et anglais, a prouvé que cette médication avait de très-grands effets pour activer la résorption du liquide épanché : dans ce cas, ils avaient coutume de pousser les mercuriaux jusqu'à la salivation.

J'ai été à même de vérifier les avantages que l'on retire de ce traitement; mais je ne conçois point la théorie sur laquelle nos confrères d'outre-mer et d'outre Rhin, basent l'action de mercuriaux dans cette occurrence : je veux dire leur action sur la plasticité du sang.

Il est des cas où la collection purulente est si abondante qu'il faut chercher à l'évacuer avant qu'elle se soit elle-même fait jour, à travers la cicatrice qu'elle rompt et déforme alors, au point que la perte de la vision en est presque toujours la suite. Cette petite opération se fait en soulevant une partie du lambeau semi-adhérent de la cornée avec une petite spatule en or : le pus sort alors facilement, le malade est soulagé, et quelque temps après on peut injecter dans la chambre antérieure quelques gouttes d'eau distillée, tiède.

Mais lorsque l'hypopion purulent se forme après la cicatrisation complète de la cornée, il faut alors recourir à une légère ponction pour évacuer la collection purulente; cette petite opération, doit se pratiquer alors avec précaution au côté externe de l'ancienne incision, avec le couteau à pupille artificielle de Jøger. C'est le seul moyen de sauver l'œil des accidents de la suppuration. Je ne puis passer sous silence le fait suivant :

OBS. M. Warms, Américain, me fut adressé au commen-

cement de 1832, par un parent de la jeune espagnole qui fait le sujet de l'observation citée plus haut. Ce monsieur portait deux cataractes aride-siliqueuses, produites par une violente ophthalmie blennorrhagique. Je l'opérai quelques semaines après son arrivée, en présence de MM. Bennati, Schmith et Branzeau : l'opération pratiquée aux deux yeux à la fois, par la volonté expresse du malade, fut heureuse ; la cataracte gauche fut cependant un peu difficile à extraire à cause d'une bride restante que je détruisis avec mon kyotome. Douze jours après, le malade ayant commis quelques imprudences, il se manifesta une inflammation très-violente de l'iris de l'œil droit : le traitement le plus énergique fut mis en pratique pour arrêter la violence des symptômes : j'atteignis en partie à ce but, mais il y eut dans la chambre antérieure une exsudation purulente qui m'occasionnait des craintes sérieuses. La ponction fut résolue pour sauver l'œil : je la pratiquai comme je l'ai indiqué plus haut, avec un plein succès, en la faisant suivre d'une ou de deux injections : le malade guérit parfaitement, et partit, sans nous remercier, le docteur Bennati et moi!!

Dans quelques cas, si l'exsudation s'est formée lentement, si elle est de nature lymphatique et si elle ne s'accompagne pas de symptômes inflammatoires et douloureux, on peut alors attendre que l'absorption se fasse : il est souvent nécessaire de la faciliter en mettant le malade à l'usage des boissons diurétiques. J'ai vu obtenir de très-bons effets de l'emploi de la teinture de digitale pourprée, administrée en lavements, concurremment avec l'eau distillée de laurier-cerise. Si l'on a affaire à un individu atteint de maladie rhumatismale, on remplacera la digitale par la teinture de colchique. On verra les effets de cette substance dans l'excellent mémoire couronné par l'Athénée de médecine de Paris (1).

(1) *Considérations sur l'action thérapeutique du colchique automnal*, par le docteur Kuhn, de Strasbourg ; *Revue médicale*, 1830.

En même temps l'on administre sur l'œil, au moyen de l'ingénieuse mécanique d'Hymly (1) ou avec celle plus utile et plus simple de M. Charrière (2), des douches tièdes d'eau simple, puis coupée avec un peu d'eau minérale de Pymont : peu à peu, l'on augmente la dose de celle-ci, jusqu'à ce que l'œil puisse la supporter pure. On seconde ce traitement par l'application de vésicatoires aux tempes, derrière les oreilles : c'est ici le cas de tenter la pommade de Gondret et son collyre ammoniacal.

La ponction n'est autorisée dans cette espèce d'hypopion, que lorsque tous les autres moyens ont échoué.

CHAPITRE X.

MAUVAISE MÉTHODE DE PANSEMENT APRÈS L'EXTRACTION.

J'aborde ici une question du plus haut intérêt, que je ne saurais cesser de recommander aux méditations de mes lecteurs. Elle soulèvera sans doute quelques amours-propres blessés; peut-être lui fera-t-on les honneurs d'une réponse, tant mieux, dans l'intérêt de la science. Je suis prêt à entrer en lice.

Je commence donc par poser en fait que les succès de l'opération de la cataracte par extraction sont en raison directe des soins pris pour obtenir une prompte réunion par première intention. C'est ce but, avoué et reconnu par les plus grands chirurgiens, qui a fait varier à l'infini les moyens de pansements pour obtenir la réunion la plus complète et la plus prompte.

(1) Hymly, *Introduction à l'étude de l'ophtalmologie*, ouvrage qui ne se vend pas. Göttingue, 1830.

(2) *Notice sur les instruments présentés à l'Institut*, par M. Charrière.

Ainsi, il est des oculistes qui, aussitôt que l'opération est faite, recouvrent l'œil de bandelettes agglutinatives, dans plusieurs points de son diamètre transversal : il en est d'autres qui placent sur l'œil opéré un petit coussinet de coton, imbibé d'eau fraîche. Van de Wy (1) recommandait de petites compresses, imbibées d'eau de Goulard ; Jung (2) faisait mettre une solution astringente. Demours (3) jeune, une petite cuvette en plâtre ou en cire. Wenzel, dans le principe, recouvrait tout l'œil d'un diachylon gommé, et Forlenza d'une petite lamelle de plomb très-flexible. David van Gesscher veut que l'on recouvre l'œil de linge imbibé d'eau vulnéraire (4). Enfin Ten Haaf (5) recommandait de panser l'œil avec une compresse imbibée d'un mélange de miel rosat, de sirop de sucre candi et de baume du Pérou.

Un grand nombre d'opérateurs anciens et modernes, se bornent à recouvrir l'œil avec un linge fin et à le serrer modérément avec une bande pour en diminuer la mobilité. Depuis un grand nombre d'années, le frère Pasquale de Macolsa ne place sur les yeux que des compresses sèches : il a été conduit à cette médication parce qu'il avait observé que les affusions froides prédisposaient aux affections catarrhales surtout chez les vieillards.

Il en est d'autres qui ne font aucun pansement : ainsi à la Charité, par exemple, aussitôt après l'opération, on applique sur les yeux une compresse de toile blanche, recouverte d'un bandeau de soie noire, que l'on assujétit avec des épingles derrière le bonnet. Les malades conservent cet appareil jusqu'au cinquième jour, quoiqu'il arrive : à cette époque le linge est partout imbibé de sérosité sécrétée

(1) *Nouveau moyen d'extraire la cataracte*, Arnheim, 1792.

(2) *Methode den Grauen Staar auszuziehen*, etc., etc. Marburgi, 1791.

(3) *Sicone ens. Op. Cit.*, p. 66.

(4) David van Gesscher, *Recherches sur l'extraction de la cataracte*, Amsterdam, 1786.

(5) Ten Haaf, *Op. cit.*

par la muqueuse oculaire et quelquefois par la solution de continuité. Cette sérosité se coagule, durcit la compresse, avec d'autant plus de facilité, que les malades se lavent les yeux avec de l'eau fraîche, aiguisée avec quelques gouttes d'eau de Goulard, et que les solutions saturnines, en contact avec ces substances, les rendent plus fermes. Ce pansement, en général, met les opérés dans une position fatigante, irritante même, et que la présence du vésicatoire à la nuque tend à rendre insupportable. Il résulte de cette méthode de pansement des inconvénients majeurs qui se convertissent souvent en accidents irrémédiables.

1° Les yeux n'étant aucunement fixés, les malades les ouvrent à chaque instant, soit parce qu'ils souffrent, soit par une tentation irrésistible de s'assurer s'ils voient : alors la paupière inférieure heurte le lambeau de la cornée, l'irrite, l'enflamme, s'oppose à sa réunion immédiate ; de là, les cicatrices difformes si fréquentes chez les opérés, même l'opacité complète de la cornée, terminaison que l'on observe si souvent dans le service de M. Roux, que sur 179 opérations, cet accident est survenu 17 fois.

2° En se lavant continuellement les yeux, les malades renouvellent les mouvements palpébraux ; l'eau fraîche éguisée produit du blépharospasme, et la hernie de l'iris ou de l'humeur vitrée peut avoir lieu secondairement.

3° Les malades ne sont pas assez garantis de la lumière, et c'est à ce défaut de soin qu'il faut attribuer les iritis et les rétinites, si fréquentes à la Charité, et qui, amenant la suppuration de l'œil (14 sur le nombre cité ci-dessus), font souvent succomber les malades.

En comparant ces résultats avec ceux obtenus par M. Mannoir, aîné, on peut se convaincre que les succès sont à l'avantage de ce dernier. A quoi attribuer un semblable résultat, si ce n'est aux soins consécutifs à l'opération ; car personne ne rend plus de justice que moi à l'habileté manuelle de M. Roux, et il y aurait mauvaise grâce d'ailleurs

à contester ce qui est généralement connu. Mais quand l'opération est accomplie, il y a bien des choses à faire.

Le parallèle entre le résultats de M. Roux et de M. Mau noir, reçoit un nouveau degré de force, en y adjoignant celui de la pratique de MM. Delpech et Delmas. Tous deux praticiens habiles, tous deux professeurs à la même école, tous deux enfin partisans de l'extraction, offraient aux élèves qui suivaient leur pratique, des points de comparaison qui ont toujours été à l'avantage de M. Delmas; et cependant ceux qui ont vu opérer Delpech, savent comme moi, combien peu d'hommes ont eu une dextérité supérieure à la sienne. Je parle ici des résultats positifs examinés avec soin par mon ami Serre (1) dont l'esprit observateur se révèle en plus d'une circonstance et qui aujourd'hui est devenu le collègue de ceux dont il fut l'élève. La raison de la différence énorme dans les résultats de ces deux professeurs de Montpellier, n'est due qu'au pansement et au traitement consécutif. Voici comment s'exprime M. Delmas fils (2), en parlant de la méthode de pansement adoptée par son père. « Les principales indications sont, de favoriser la » réunion des lèvres de la plaie et de prévenir l'inflammation » de cette dernière ou du globe de l'œil. Le pansement » qu'emploie mon père me paraît propre à remplir la pre- » mière indication : en effet, dès que l'opération est » terminée, il fait fermer les paupières des deux yeux, soit » qu'un seul ou tous les deux aient été opérés. Il veut em- » pêcher que la lumière ne les frappe, et pour cela, il se » garde bien d'imiter l'exemple de quelques praticiens, » qui, pour jouir d'avance d'un succès qu'ils regardent » comme certain, et qui quelquefois n'est que trop chanceux » malheureusement, s'appliquent à faire distinguer les ob-

(1) *De la réunion immédiate*, page 321.

(2) Polydore Delmas, *Dissertation sur la cataracte*, p. 49, n° 30 de la *Collection des thèses de Montpellier*.

» jets aux malades. Les yeux étant fermés, il place sur eux
» une petite compresse fine et ronde, de deux pouces
» de diamètre, ou du moins assez grande pour recouvrir
» toute la base de l'orbite. Au devant de cette compresse,
» se trouve un petit gâteau fait avec du coton non filé qui
» est plus moelleux et moins pesant que la charpie. L'é-
» paisseur de ce gâteau varie suivant la saillie ou l'enfon-
» cement du globe de l'œil : ce gâteau est encore recouvert
» d'une compresse triangulaire qui s'étend de l'un à l'au-
» tre œil ; et enfin le tout est maintenu par un bandeau
» médiocrement serré que l'on applique derrière le bon-
» net du malade. L'application de ce bandage suffit pour
» rendre les paupières immobiles, et par ce moyen les
» lèvres de la plaie faite à la cornée étant continuellement
» maintenues en contact, la réunion a lieu le quatrième ou
» le cinquième jour. »

La méthode suivie par M. Delmas est parfaitement convenable ; je n'ai qu'un reproche à lui faire : c'est d'être quatre jours en place sans être changée. Quant à moi, j'emploie un pansement peu différent, seulement, les vingt-quatre premières heures expirées, je regarde s'il n'y a pas hernie de l'iris, et je replace mon appareil : cette précaution est dictée par quelques hernies consécutives que j'ai observées dans les premières heures après l'opération.

Voici comment je m'y prends. Je place sur l'œil opéré une compresse très-fine et fenêtrée, et je la recouvre d'un gâteau de coton cardé ; j'assujétis le tout avec un bandage échancré qui laisse passer le nez et qui contient les deux yeux dans une douce immobilité. Vingt-quatre heures après, j'examine l'œil, et je replace mon appareil.

Quelques chirurgiens allemands placent au point correspondant de la cornée, une petite bandelette de taffetas anglais gommé qui traverse l'œil perpendiculairement à l'axe du corps. Ils disent que par ce moyen la réunion se fait très-

bien et que les humeurs et les sécrétions peuvent s'écouler facilement sur les côtés.

Quand on pratique l'opération de la cataracte dans la pratique civile, rien n'est plus facile que d'entourer le malade de soins et de précautions convenables. On le place dans une obscurité convenable à l'abri du bruit et des commotions : son lit préparé avec soin, et garni d'oreillers, lui permet de tenir la tête haute, et il peut, sans trop se fatiguer, rester les quatre ou cinq premiers jours couché sur le dos ; mais quand on opère dans les hôpitaux, on a à lutter contre des éléments d'insuccès qui se présentent à chaque pas, et qu'il est inutile d'énumérer ici : ils sont trop connus. Le principal, c'est de ne pouvoir mettre le malade dans une obscurité convenable, sans entasser autour de son lit des rideaux de diverses couleurs et épaisseur et qui maintiennent l'opéré dans une atmosphère trop chaude et dans un air qui ne se renouvelle pas assez souvent. J'ai vu des conjections sanguines survenir bien souvent, et n'avoir d'autres causes probables que celles que je viens d'indiquer. Il y a bien longtemps que j'avais observé ce fait au grand hôpital de Turin, et le docteur Pertutio jeune, chirurgien de mérite, m'a assuré qu'il avait observé les mêmes effets.

Ceux qui s'irritent rien qu'à la pensée de services spéciaux dans les hôpitaux, n'ont qu'à visiter les hôpitaux exclusivement consacrés aux maladies des yeux, et ils resteront convaincus de la supériorité des succès obtenus dans ces établissements pour l'opération de la cataracte.

La philanthropie éclairée de Marie-Thérèse, a doté l'Autriche, d'établissements modèles en ce genre, et les universités de Pavie, de Padoue sont maintenant en possession de services spéciaux dont tous les chirurgiens de bonne foi s'accordent à proclamer les heureux résultats. J'ai dit plus haut qu'il y avait une chambre dite des opérés, et que là les malades se trouvant dans la même condition que ceux opérés en ville, on y trouvait les mêmes éléments de succès.

CHAPITRE XI.

DES CICATRICES DIFFORMES DE LA CORNÉE ET DU STAPHYLÔME.

Les soins les plus assidus, le pansement le plus régulier, ne suffisent pas toujours pour obtenir une réunion de la cornée par première intention. Souvent les deux lèvres de la plaie ne se trouvent pas en rapport assez immédiat; il en résulte alors une cohésion vicieuse qui produit une cicatrice plus ou moins difforme. Dans d'autres circonstances la paupière inférieure, ainsi que nous l'avons dit, irrite le lambeau et l'enflamme. Les bords suppurent et les tissus indolaires qui forment la cicatrice laissent un leucoma qui est toujours un obstacle très-grand à la vision. En effet, en examinant avec soin la figure 20 de la deuxième planche, il est facile de voir que si l'incision était faite à la partie supérieure de la cornée, cet accident serait peu de chose, tandis que la solution de continuité à la partie inférieure met la vision dans des conditions inverses.

Il arrive assez souvent que le lambeau s'enflamme, alors il s'hypérémie, et il existe à la partie inférieure de l'œil une espèce d'escalier qui, vu en biais, offre une saillie assez remarquable. Cette hypercératose partielle est sans inconvénient lorsque la cornée a conservé sa transparence. Mais son opacité est un grand obstacle à la vision.

Nous avons vu plus haut, que sur 179 opérations, M. Roux avait eu 19 opacités complètes de la cornée. A quoi attribuer un résultat aussi inouï, si ce n'est à la trop grande dimension de l'incision de la cornée, qui ne peut se réunir par première intention, et qui s'enflamme et s'obscurcit par l'épanchement d'une matière lymphatique entre les larmes de la cornée. En lisant les comptes rendus des cliniques ophthalmologiques de Vienne, Berlin et Pavie on ne voit rien de semblable. Cette fâcheuse terminaison de la cataracte remplace tout à fait la mortification de la cor-

née, que M. Maunoir a vue suivre les larges incisions kératomiques.

Dans un grand nombre de circonstances on peut combattre les leucoma de la cicatrice de la cornée, par un traitement convenable : quand l'œil est en position de supporter les astringents, on administre de légers collyres vitriolés, albumineux, puis on passe à mesure que la *tolérance* s'établit, aux instillations de laudanum de Sydenham. Depuis quelques années, j'emploie avec avantage l'huile de foie de morue (*oleum jecoris Azelli*), appliquée sur la cicatrice avec un pinceau à miniature ; et j'ai vu le docteur Clésius de Coblenz, mettre en usage avec un égal succès, le suc de grillon domestique écrasé (*grillus domesticus Linnæi*) et placé sur la taie avec un petit pinceau ou avec des barbes de plumes. Ce praticien recommande de n'employer que le suc récent : M. J. J. Virey, a, du reste consacré une note sur cette médication, dans un ouvrage périodique (1) : quant à moi, je n'ai jamais employé ce moyen seul, mais j'ai souvent guéri des taies par l'instillation de la vieille huile de noix : de même que je me suis convaincu qu'en touchant les obscurcissements de la cornée avec de l'huile de cantharides, on y réveille une vitalité qui est souvent suivie de la disparition de l'épanchement inter-lamellaire.

Lorsque ces divers moyens ont échoué, il faut recourir aux instillations de laudanum de Rousseau, puis à celui de Jæger, et à celui selon ma formule : mais ces deux dernières préparations d'opium sont très-énergiques, et il faut se borner à les appliquer avec un petit pinceau. L'inutilité de ces moyens oblige alors de recourir à l'acide phosphorique allongé de la pharmacopée de Berlin qui a fourni à M. Græfe de si beaux résultats (2). Enfin à la cautérisation

(1) J.-J. Virey, *Journal de pharmacie*, 1827, p. 346.

(2) Ritter Carl Græfe, *Op. cit.*

de la cicatrice avec le nitrate d'argent fondu, médication énergique dont le professeur Lallemand, de Montpellier, a retiré de si brillants succès dans le traitement des taies de la cornée (1). Depuis quelques années on vient en foule à l'Hôtel-Dieu pour se faire guérir les taies de la cornée par la méthode de M. Dupuytren : je renvoie pour les détails de cette médication, au formulaire des hôpitaux et hospices de Paris. Ce traitement ne pourrait-il pas être employé aussi contre les taies traumatiques ? c'est ce que je me propose d'essayer.

Chez les individus à tempérament mou et scrofuleux, il se manifeste souvent une augmentation de volume de la cornée, connu sous le nom de staphylôme de la cornée. Cette maladie connue aussi sous celui de propulsion de la cornée, peut être partielle ou générale, sphérique ou conique. Les ophthalmo-pathologistes allemands lui ont donné le nom générique d'hypercératose. Cette difformité, quoique l'œil n'ait point perdu de sa transparence, diminue singulièrement les facultés visuelles : il faut donc de bonne heure lui opposer un traitement convenable. Dans le principe, c'est le même que pour les taies ou les cicatrices hyperémées. Mais quand le malade est rebelle, il faut recourir à la compression, lente, graduée. J'ai vu Forlenza en retirer de très-grands avantages. Voici comme on procède : On fait fermer l'œil malade, et l'on place sur la paupière des rondelles d'amadou ou de peau de castor ; puis, on place sur ce petit appareil une petite plaque de plomb, cousue dans de la peau ou du velours : après quelques jours on supprime les rondelles et on place le plomb compresseur sur les paupières.

J'ai, dans quelques circonstances, pratiqué sur la cornée de légères mouchetures, suivant en cela les préceptes don-

(1) *Bull. thérap.*, 1832.

nés par les anciens et n'ayant qu'à me louer d'avoir suivi leur exemple (1).

La propulsion conique ou sphérique de la cornée tient souvent à une augmentation de l'humeur aqueuse qui occasionne une hydropisie antérieure de l'œil, avec refoulement et déformation de la cornée. Il faut alors recourir à l'évacuation répétée de l'humeur aqueuse, en suivant les préceptes que j'ai donnés dans la *Gazette médicale*, et que mon expérience a précisément justifiés. L'autorité de Langenbeck et de Lyall (2) vient encore légitimer ce que j'avance ; mais il faut en même temps associer un traitement interne capable d'activer les fonctions du système absorbant. Il est du reste indispensable de recourir plusieurs fois à la ponction de la cornée pour obtenir une cure radicale.

CHAPITRE XII.

DES ACCIDENTS PROPRES A LA KÉRATOMIE SCLÉROTIDIENNE OU SCLÉROTICOTOMIE.

Frappé des nombreuses altérations que l'incision de la cornée transparente apportait à l'état de cette membrane, Benjamin Bell conçut le premier l'idée d'extraire la cataracte par la sclérotique. Pour arriver à ce but, il institua sur le cadavre des expériences nombreuses, qui toutes parlèrent en faveur de la méthode qu'il venait de proposer. Soit par timidité ou toute autre raison, il ne la tenta point sur le vivant. Cet honneur était réservé à Earl, habile chi-

(1) Hampe, *De scarificatione oculi Hipocraticâ*, Duisbourg, 1721, Zach. Platner, *De scarificatione oculorum recto usu*, Lipsiæ, 1735.

(2) *Commentatio de hyperceratosi*, Auctore Wimmer, Lipsiæ, p. 16.

rurgien anglais (1), qui exécuta le procédé opératoire de Bell; mais il ne tarda pas à se convaincre qu'il était défectueux, en ce qu'il s'écoulait un temps assez long entre l'incision de la sclérotique et l'introduction de l'instrument qui devait saisir le cristallin, et que pendant cet intervalle, il s'écoulait une assez grande quantité d'humeur vitrée, ce qui produisait un léger affaissement de l'œil, et un déplacement du cristallin qui s'opposait à ce que l'on pût convenablement le saisir. Il pensa donc remédier à cet accident en faisant construire un instrument qui fût à la fois couteau et pincettes, et qui pût, aussitôt après l'incision de la sclérotique, se développer et saisir le cristallin. Ces expériences furent heureuses en général, mais il n'y donna pas suite. Les essais de Lebel ne furent aussi pas assez nombreux. Cette méthode serait probablement tombée dans l'oubli, si Quadri ne s'en fût occupé avec le zèle et la chaleur aventureuse que tout le monde lui connaît. Voici comment il procède: avec un kératotome de Wenzel, il ouvre la sclérotique à l'angle extérieur de l'œil et à deux lignes de son insertion: l'incision de la sclérotique est parallèle au bord de la cornée et de la grandeur du tiers de la circonférence de la sclérotique. Il introduit alors par cette ouverture un instrument en forme de pincette (*agogete*), avec lequel il saisit et extrait la lentille opaque, ainsi que sa capsule. Quand Quadri fit insérer la description de son procédé dans la *Gazette de Salzbourg*, il comptait vingt-cinq opérations et vingt-un succès (2).

Dès-lors il a pratiqué un grand nombre d'opérations avec le même avantage, et le professeur Jüngken, dont tout le monde connaît l'admirable savoir et la probité scientifique, confirme les assertions du professeur de Naples.

J'ai tenté plusieurs fois cette opération sur le cadavre,

(1) James Earl, *An account of a new methode of operation for the removal cataract*. London, 1801.

(2) *Journal de Græfe et de Walther*, t. 1, p. 516.

un plus grand nombre de fois sur les lapins ; mais je n'y ai eu recours qu'une seule fois sur le vivant. Du résultat de ces expériences et de ce que j'ai lu dans le mémoire de Quadri, il est facile de se convaincre que la scléroticotomie offre les inconvénients suivants :

1° Après l'incision de la sclérotique l'œil, peut se vider instantanément.

2° Le cristallin fuit dans l'intérieur de l'œil, ne peut être extrait, et passe très-souvent dans la chambre antérieure.

3° Il se manifeste souvent une hémorrhagie qui peut produire une cataracte grumeuse (*cataracta grumosa secundaria*).

4° La suppuration de la plaie amène la fonte purulente de l'œil.

A. Ceux qui ont assisté aux opérations pratiquées par Quadri, ont vu l'œil se vider plusieurs fois dans le premier temps de l'opération, et le docteur Herbeer a été témoin de ce fait : cet accident doit être encore plus fréquent que dans la kératomie ordinaire, parce que dans ce cas la cornée étant divisée en forme de lambeau, elle donne lieu à une espèce d'opercule qui obture plus ou moins exactement l'ouverture qui a donné passage au cristallin. Nous avons indiqué ailleurs les moyens d'y remédier ; mais ils ne sont presque pas applicables à la scléroticotomie, parce qu'une pression, même très-modérée, augmente la sortie de l'humeur vitrée, au lieu de la suspendre. Je crois que si la kératomie sclérotidienne est destinée à devenir une méthode usuelle, ce ne sera que lorsqu'on y procédera par une section supérieure, ainsi que dans la méthode de Wenzel et de Santarelli pour l'incision de la cornée.

B. En examinant la nature des efforts et des moyens employés pour extraire le cristallin par l'ouverture sclérotidienne, on ne tarde pas à se convaincre que la puissance qui cherche à le saisir n'ayant pas une action uniforme, il

s'ébranle avant d'être saisi convenablement : cela est d'autant plus facile à comprendre que l'on doit embrasser avec les deux branches de la pince un corps dont les attaches ne sont pas suffisantes pour résister aux manœuvres faites par l'opérateur, pour placer l'instrument extracteur dans une position convenable, et saisir la lentille dans son diamètre antéro-postérieur.

C. Ou l'opérateur a dilaté la pupille avec de l'extrait de belladone, ou il ne l'a pas fait : dans le premier cas, le cristallin passera facilement dans la chambre antérieure, et il sera difficile de l'en extraire sans vider l'œil, ainsi que cela est arrivé plusieurs fois à Earl (1). Nous avons signalé ailleurs les dangers de son séjour dans cette partie de l'œil, et les moyens d'y remédier; mais ceux-ci sont pour la plupart inapplicables dans la scléroticotomie jusqu'à ce que la blessure soit cicatrisée

Si l'opérateur, pour obvier à cet accident, n'a point dilaté la pupille, la manœuvre pour saisir la lentille devient non-seulement plus difficile, parce que les moyens visuels de l'opérateur sont plus bornés, mais encore, parce qu'il accroche l'iris avec les branches de la pince, et qu'il le déchire quelquefois : enfin pour peu que le cristallin, bascule, et que la pupille se contracte, il est réduit à manœuvrer à tâtons. J'abandonne aux opérateurs les conséquences à tirer de ce fait.

D. De tous les accidents qui se manifestent à la suite de la scléroticotomie, le plus fréquent et le non moins grave, est sans contredit, l'hémorrhagie produite par la section d'un grand nombre de rameaux de l'artère ciliaire longue. Si la lésion d'un simple rameau peut, dans la scléroticonyx, occasionner un épanchement sanguin capable, ou de faire suspendre l'opération, ou de donner lieu à une cataracte sanguine secondaire : qu'en adviendra-t-il quand l'hémorrhagie sera telle qu'elle pourra remplir entièrement les

(1) Earl, ouvrage cité.

deux chambres et y déposer un caillot, que les forces absorbantes de l'œil ne pourront point détruire, et qui produira les accidents observés par le professeur Rossi (1), et qui, s'ils ne compromettent point, l'état de l'œil compromettront la vision, et nécessiteront une nouvelle opération.

E. Enfin la suppuration de la plaie, suite inévitable de la réunion par seconde intention, se répand dans l'œil et y détermine des accidents qui amènent très-rapidement la fonte purulente de cet organe. J'ai vu cet accident survenir bien souvent après de légères blessures de la sclérotique.

Dans d'autres circonstances, il ne se forme qu'un simple hypopion, mais il ne s'absorbe que difficilement, et l'opéré reste bien longtemps à attendre les bénéfices de son opération.

D'après tout ce que nous venons de dire, la scléroticotomie doit encore être étudiée avec soin, et j'engage ceux qui sont dans des positions favorables à cette étude, à s'y livrer avec attention.

CHAPITRE XIII.

ACCIDENTS DE LA KÉRATOMIE-RÉCLINAISON, DITE MÉTHODE ÉGYPTIENNE.

L'opération de la cataracte est encore pratiquée en Égypte et dans la plus grande partie de l'Orient par des hommes spéciaux, qui se sont, de père en fils, livrés à la profession d'opérateurs ambulants. La méthode qu'ils emploient de préférence, et à laquelle j'ai donné le nom de kératomie-réclinaison, s'exécute en faisant une ouverture à

(1) Ouvrage cité.

la partie inférieure de la cornée et en déprimant le cristallin avec une petite spatule d'or. Voici comment le procédé s'exécute. Je transcris les détails du *Manuel opératoire* tels qu'ils m'ont été transmis par mon ami le docteur Herbeer qui avait habité bien longtemps l'Orient. J'ai été heureux de rencontrer une description analogue dans les lettres écrites du Caire par le savant et spirituel secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

Le malade est assis sur une chaise un peu haute. L'opérateur commence par lui appliquer plusieurs tours d'une bande en linge sur le front : puis il le coiffe avec une marmite en fer, du poids de plusieurs livres : par ce moyen la tête du malade est fortement portée en arrière, et le malade pour lutter contre ce renversement, raidit les muscles antérieurs du col, ce qui donne à la tête un degré de fixité assez grand pour que l'opérateur puisse se passer d'un aide : saisissant alors une lancette à grain d'orge, il fait, à la partie inférieure de la cornée, une ponction dans le même lieu que Daviel et à la même distance de l'union de la cornée à la sclérotique. Aussitôt que l'ouverture est faite, il présente sur le plat de l'instrument tranchant, une petite spatule en or très-ductible, et l'introduit dans l'œil au moment où la lancette est retirée de la plaie. L'opérateur la dirige ensuite dans l'espace pupillaire vers la partie supérieure du cristallin, et pressant légèrement sur celui-ci, le plonge dans l'humeur vitrée.

Ce procédé est quelquefois modifié par quelques opérateurs qui font l'incision à la sclérotique dans le lieu d'élection pour l'abaissement, proprement dit, et qui abattent ensuite le cristallin avec la spatule ou un stylet mousse, introduit comme dans le premier procédé. Cette demi-méthode est la même, à peu de chose près, que celle que les Indous mettent encore en pratique, ainsi qu'on peut le voir dans le mémoire publié par le docteur Scott (1), avec

(1) *The third number of the journal of science and the arts*, p. 68-89.

la seule différence que, lorsque le cristallin avait de la tendance à remonter, les oculistes indiens laissaient dans l'œil une petite aiguille à tête plate pour le maintenir en place.

Les faits avancés par M. le docteur Souty, de la marine royale, confirment l'authenticité des assertions de M. Scott, que plusieurs personnes n'hésitaient pas à taxer d'invéraisemblance.

Mon ami le docteur Herbeer avait vu pratiquer le procédé que nous avons décrit plus haut, dans vingt cas et par trois opérateurs différents. Sur le nombre, il n'y eut que deux succès : l'un, dû à une hernie de l'iris, l'autre à une opacité de la cornée; rarement le cristallin remonte, parce que l'opérateur le tient en général très-longtemps abaissé, avant de retirer sa petite spatule. Aussitôt que l'opération est faite, on réunit les paupières avec un petit gâteau de charpie, ou de filasse fine, imbibée de blanc d'œuf, battu avec de la poudre d'alun.

Burkard, qu'une fin prématurée à enlevé aux sciences, donna ensuite des détails circonstanciés au docteur Herbeer: son long séjour dans l'Orient, sa grande connaissance de la langue arabe et surtout ses fonctions religieuses l'avaient mis à même de les rendre très-intéressants.

D'après ces renseignements, et ceux donnés par l'opérateur, les accidents les plus fréquents à la suite de son procédé, étaient la hernie de l'iris, la suppuration de la plaie, le décollement de l'iris à sa partie supérieure, produite par la pression de la tige de la spatule sur le bord libre de la prunelle : rarement on avait à redouter la réascension du corps opaque.

Ce procédé qui montre à l'évidence que l'incision de la cornée, pratiquée sur la fin du premier siècle, par Antyllus et par Haly, fils d'Abbaz (1), s'est transmise de main en main jusqu'à nous; ce procédé, dis-je, n'est applicable qu'à

(1) Prat. Lib. IX. c. 28, f. 1. Venet. editio 1492.

des cas spéciaux : par exemple, lorsque l'on aurait tenté l'extraction et que l'incision serait tellement petite qu'elle ne permettrait pas l'introduction des instruments propres à la dilater : il faut y avoir recours, ainsi que je l'ai dit plus haut, lorsque en pratiquant la pupille artificielle, le cristallin opaque ne peut être extrait par la plaie de la cornée.

MÉTHODE DE J. GENSOUL.

On peut concevoir maintenant, quoiqu'en dise M. Velpeau, que M. Gensoul ait tenté une méthode analogue, car son procédé ne diffère que fort peu de celui des oculistes arabes. De ce qu'il n'a pas réussi dans les mains de M. Roux, il n'en faut pas conclure que la méthode doit être rejetée. Voici du reste comment procède le chirurgien de Lyon.

« Le couteau et la curette dont on se sert dans l'extraction sont nécessaires pour cette opération. Le malade et le chirurgien sont situés comme pour l'abaissement ordinaire.

» L'œil sur lequel on opère est seulement découvert, un bandeau est appliqué sur l'autre ; le chirurgien tient le couteau comme une plume à écrire, de la main qui correspond à l'œil qui va être opéré. Les deux derniers doigts de cette main prennent un point d'appui sur la tempe et la joue ; une incision transversale, longue de deux lignes, est faite à la sclérotique, près de l'extrémité externe du diamètre transverse de la cornée ; elle est commencée à une demi-ligne du point d'union avec deux membranes ; la conjonctive oculaire, la sclérotique, la choroïde et la rétine, sont divisées dans ce premier temps de l'opération. La curette est ensuite introduite dans l'œil, son grand diamètre étant dans la direction de l'incision. Quand la cuiller de la curette a pénétré dans l'œil, on tourne sa convexité en avant et on la porte dans la chambre postérieure ; la cavité est ensuite appliquée sur la partie supérieure de la circonfé-

rence du cristallin qu'elle déprime de haut en bas et un peu d'avant en arrière, de manière à le plonger dans la partie antérieure et inférieure du corps vitré, comme dans l'abaissement ordinaire (1). »

Le procédé de M. Gensoul, ainsi qu'on vient de le voir, n'est qu'une légère modification d'un des procédés égyptiens. Il a été heureux dans ses mains, mais ses avantages ne sont pas assez réels pour le préférer à l'abaissement, proprement dit. Quant à ses inconvénients, ils sont les mêmes que pour les procédés que nous venons d'indiquer et l'on doit y remédier de la même manière.

MÉTHODE DE GIORGI.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, rien n'est perdu pour un homme de génie, et un accident sur les causes duquel on a médité, donne souvent naissance à une méthode ou à un procédé destiné à rendre de grands services.

Le professeur Giorgi, d'Imola, pratiquant une opération à Ficule, territoire de la légation de Pérouse, sur un individu cataracté depuis longtemps, s'aperçut qu'il avait traversé le cristallin de part en part, dans son diamètre transversal, avec son aiguille, et que tous ses efforts n'étaient point capables de la débarrasser ; en sorte qu'il ne pouvait exécuter la dépression. Enhardi sans doute par l'exemple de Beer et Earl, il tenta d'extraire le cristallin par la sclérotique ; saisissant alors un kératotome de Wenzel, il confia l'aiguille à un aide, après l'avoir retirée jusqu'au point où elle était accrochée au cristallin ; puis, faisant à la sclérotique une incision transversale, il tira légèrement sur l'aiguille et amena le cristallin sans accidents. Il s'échappa par la plaie une grande quantité d'humeur aqueuse, quelque peu d'humeur vitrée, mais rien

(2) *La Clinique*, tome I, n° 73.

n'entrava la guérison, et le malade recouvra parfaitement la vue.

En réfléchissant à ce qu'il venait de faire, le professeur Giorgi pensa que, dans un grand nombre de cas, ce procédé serait applicable, surtout si on trouvait les moyens de le simplifier au point de n'avoir besoin que d'un seul instrument. Après avoir mûri cette idée, il fit construire un instrument dont voici la description : « je fis faire, dit-il, une aiguille droite, à deux lames, coupant des deux côtés, unies de manière à représenter une seule lame ; l'une d'elles, immobile et plate, l'autre, mobile et convexe à l'extérieur ; toutes les deux dentelées à la face interne, comme une lime, et portées sur une tige métallique passablement grosse ; la lame immobile porte à sa partie inférieure une ouverture, ou fente, dans laquelle se loge le pied de la lame mobile, qui est plus courte que la lame immobile, de manière qu'elles restent dans un contact parfait.

» Pour séparer ces deux lames, lorsque l'instrument a pénétré dans la chambre postérieure, un ressort courbe, sur lequel pose un ressort droit fixé au manche, que l'index presse, pousse insensiblement le pied de la lame mobile, laquelle fait alors saillie en sens inverse ; un contre-ressort courbe, placé de l'autre côté de l'instrument, maintient le pied de la lame mobile, de manière à ce qu'elle ne puisse pas s'écarter au delà de ce qu'on désire, et régler ainsi l'ouverture formée par l'écartement des deux lames ; il suffit de cesser de presser avec l'index le ressort droit, pour que la lame mobile reprenne sa première position et s'applique exactement sur la lame immobile, comme l'indique la planche gravée, avec le détail nécessaire.

» Ainsi construite, mon aiguille droite me servit d'abord à faire quelques essais sur les yeux des cadavres et des animaux, en y produisant une cataracte artificielle, comme le

prescrit Troja; je l'employai ensuite sur le vivant, avec un succès que prouvent les observations suivantes, où sur dix cataractes et deux pupilles artificielles, la vue a été rendue à neuf individus (1). »

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE.

Après avoir placé le malade dans un lieu convenablement éclairé, l'œil qui ne doit pas être opéré, recouvert avec une compresse retenue par une bande, l'opérateur s'assied devant lui, ayant la tête plus élevée que celle du patient, mais ne faisant pas ombre sur l'œil à opérer, les jambes du malade placées entre les siennes. Un aide, placé derrière le patient, maintient la tête ferme, avec une main posée sur le front et l'autre sous le menton.

En supposant qu'il s'agisse de l'œil gauche, l'opérateur soulève la paupière supérieure avec l'index gauche, et maintient l'inférieure avec le pouce, en appuyant légèrement sur le globe, ou bien il se sert de l'élevateur de Pellier, si l'œil est trop enfoncé, ou le malade trop craintif. Il fait ensuite tourner l'œil vers le nez, et prenant l'instrument des mains d'un aide, l'index posé sur le ressort droit, en sorte qu'il le tienne comme une plume à écrire, il l'introduit par la sclérotique, transversalement, à deux lignes au moins de la cornée; lorsque la pointe a pénétré dans l'œil, il agrandit la plaie de la sclérotique avec le tranchant de la lame fixe, jusqu'à ce que l'incision soit suffisante pour permettre les mouvements de l'instrument et l'extraction du cristallin. Après cela il dirige horizontalement l'aiguille dans la chambre antérieure et porte la lame à plat sur la cataracte; puis il exécute sur elle quelques mouvements accompagnés de pression, comme pour opérer l'abaisse-

(1) *Memoria sopra un nuova istrumento per operare le caterate*, p. 10, Imola, 1822.

ment. Si le cristallin n'a pas contracté d'adhérence avec l'iris, il s'abaisse facilement ; alors l'opérateur fait exécuter à l'aiguille un quart de tour, et portant le tranchant de l'aiguille sur la cataracte, il presse le ressort de manière à détacher la lame mobile, et à produire entre elle et la lame fixe, une ouverture suffisante pour y comprendre le cristallin, derrière lequel se placera celle-là, tandis que la lame fixe viendra devant la lentille opaque, entre sa capsule et l'uvée ; cessant alors de presser le ressort, il saisit la cataracte avec la capsule cristalline, et l'entraîne au dehors par l'ouverture de la sclérotique.

Si la cataracte adhère à l'iris, l'opérateur l'en sépare avec le tranchant de l'aiguille, puis remonte l'instrument pour abaisser le cristallin et l'extraire, par le procédé qu'on vient de lire.

Comme il se pourrait que, par l'incision faite à la sclérotique avec le tranchant de la lame, il sortît une portion d'humeur vitrée avec l'humeur aqueuse, la grosseur de la tige qui porte la lame, empêchera cet effet, en remplissant presque totalement l'ouverture.

L'opération étant terminée, on ferme l'œil, et on y applique une compresse de toile souple, trempée dans l'eau commune, tandis qu'on recouvre l'autre œil d'une compresse sèche ; l'une et l'autre sont maintenues par une petite bande qui ne porte que sur le front. Le malade, placé dans son lit, et dans une chambre obscure, pourra s'y tenir dans la position qui lui plaira, sans être obligé d'avoir la tête soulevée et immobile. Ordinairement, il n'est pas nécessaire d'employer d'autre topique, il suffit de renouveler, toutes les 24 heures, la compresse humide, jusqu'au cinquième jour. S'il ne se manifeste point d'inflammation, le malade quittera son lit au bout de huit ou dix jours, espace de temps suffisant pour la cautérisation de la sclérotique.

A cette époque, on couvrira l'œil d'un taffetas noir, et l'on permettra l'introduction d'une faible lumière dans la

chambre, dont l'opéré ne sortira qu'au bout d'une vingtaine de jours après l'opération; alors on substituera un taffetas vert au noir, et le malade le portera quelque temps encore.

Voici maintenant quelques observations à l'appui du procédé du professeur Giorgi, d'Imola.

Obs. I. Au mois de juin 1817, je fus appelé, dit le docteur Giorgi, chez le noble marquis Guadagni, de Monteschi, en Toscane, âgé de 60 ans, d'une complexion robuste, et aveugle depuis cinq ans. Je reconnus que son infirmité tenait à une amaurose de l'œil droit, tandis que le gauche était affecté de cataracte avec immobilité de l'iris, ce qui me laissait craindre, ou complication amaurotique, ou une adhérence morbide considérable de l'iris avec le cristallin : mes présomptions étaient partagées par MM. les docteurs Vignini et Fusioli. Ainsi j'étais peu désireux de tenter cette opération : ce ne fut qu'après avoir été vivement ébranlé par les vives supplications du malade, que je me décidai à y recourir. L'opération fut faite avec facilité, malgré les nombreuses adhérences de l'iris avec le cristallin; elle ne fut suivie d'aucun accident : mais, ainsi que je l'avais prévu, le malade n'y vit point.

Obs. II. Je fus consulté au mois de juillet 1819, par un capucin, âgé de 50 ans, d'une bonne constitution et affecté de cécité produite par l'opacité du cristallin, qui datait de deux ans. L'œil était en bon état et le malade distinguait facilement le jour de la nuit. La cataracte de l'œil droit se trouvant plus avancée que l'autre, je commençai par celle-ci, l'opération fut parfaitement heureuse.

Un an après, l'œil gauche étant complètement cataracté, il fut opéré à son tour; mais le cristallin se trouvant très-mou, il se brisait chaque fois que la pince cherchait à le saisir : je me décidai donc à le projeter dans la chambre antérieure, pour le livrer à l'action de l'humeur aqueuse dans laquelle il fut promptement détruit.

Je pourrais ici grossir le nombre des faits relatifs au procédé du professeur Giorgi, mais je renvoie pour cela au petit opuscule qu'il a publié à ce sujet. Ainsi qu'il l'avait prévu, son procédé peut servir indistinctement pour l'abaissement et pour l'extraction. Il offre les accidents réunis de la scléroticonyx et de la kératomie réclinaison. Ils doivent donc être combattus par le même traitement.

Les avantages de ce procédé ne sont point supérieurs aux autres méthodes, mais je crois que dans les cataractes capsulaires secondaires, il peut être avantageux pour extraire la capsule devenue opaque. C'est ici le cas de parler de la méthode de Bergeon qui n'est qu'une sclérotome réclinaison, et qui pratiquée avec un instrument particulier nommé réclinateur, n'offre aucun des avantages de la méthode de Giorgi, et en possède tous les inconvénients.

En effet le diamètre de l'aiguille de Bergeon est le même que celui du couteau aiguille de Giorgi. Les accidents du côté de la sclérotique sont les mêmes, les suites analogues, et on n'a pas la facilité d'extraire les fragments du cristallin ou la capsule opaque.

CHAPITRE XIV.

PROCÉDÉ MIXTE DE QUADRI.

Il nous reste maintenant à examiner le procédé mixte de Quadri, qui consiste à inciser la partie inférieure de la cornée en même temps que l'on introduit une aiguille par le point d'élection pour la scléroticonyx. Ce procédé, déjà imaginé par Adams, fut abandonné par cet opérateur, en ce qu'il n'offrait pas de plus grands avantages que l'extraction et qu'il pouvait en même temps donner lieu simultanément aux accidents produits par la kératomie ordinaire,

et ceux occasionnés par l'abaissement proprement dit : les énumérer serait tomber dans une répétition fatigante pour nos lecteurs.

CHAPITRE XV.

ACCIDENTS PROPRES A LA KÉRATONYXIS.

La kératonyxis a été mise en pratique il y a bien longtemps, et la citation suivante sera plus que suffisante pour réduire à leur juste valeur les prétentions de ceux qui en réclament l'invention : *Mulier angla oculista vidente Mylor Rich, filio comitis Warwick jam aperuit corneam supra pupillam et humorum aqueum exhausit, sive effluere sivit, qui turbidus et obscurior factus visionem imminuerat, ita, ut æger quasi per velum se omnia confuse cernere crederet* (1).

Mais il s'est écoulé un grand nombre d'années avant que l'opération que nous venons d'indiquer ait pris rang dans la science comme méthode d'opérer la cataracte. Accueillie avec engouement, elle a eu le sort de la plupart des découvertes humaines, c'est d'avoir eu de nombreux détracteurs, après avoir été extraordinairement vantée. Ce n'est qu'aux efforts de Burchorn, Saunders, Farre, Langenbeck et Dupuytren, qu'elle a pu résister aux attaques violentes dirigées contre elle. De cette bouillante controverse, il résulte que les principales causes qui font échouer la kératonyxis, sont :

1° L'inflammation de la cornée et son ulcération, et l'évacuation de l'humeur aqueuse ;

2° L'inflammation et l'obscurcissement de la tunique de

(1) *Mayerne Turquet loco cit. Hecker's Annalen. D. Ges., Band. III, st. IX,*

- l'humeur aqueuse, et l'exsudation lymphatique anormale;
- 3° L'iritis aigu et chronique;
 - 4° La réascension du cristallin;
 - 5° Enfin le staphylôme partiel de la cornée et l'albugo.

Quel que soit le point de la cornée attaqué par l'aiguille dans la kératonyxis, il est bien reconnu aujourd'hui qu'il peut survenir, à la suite de la ponction de cette membrane, une inflammation qui peut quelquefois occasionner des accidents graves, ou des désordres sur la cornée. Personne ne les révoque en doute; mais de bonne foi on les a exagérés. Quoi, une simple ponction, pratiquée avec un instrument bien coupant, pourrait occasionner plus d'accidents qu'une section de la cornée qui comprendrait les $9/16$ de sa circonférence !! Cependant nous voyons tous les jours des lésions traumatiques de la cornée accidentellement produites, souvent avec perte de substances, et l'œil n'être point perdu. Dans le siècle où nous vivons, les attaques et les louanges sont facilement réduites à leur juste valeur. Les hommes de bonne foi sont les premiers à revenir de leurs opinions exagérées. Ainsi, Langenbeck, après avoir vanté outre mesure la kératonyxis, a professé dans la suite des idées plus en harmonie avec les faits observés. Je suis loin de me déclarer le partisan de cette méthode, mais je crois qu'elle a fourni de trop beaux résultats pour n'être pas étudiée avec soin. En effet, Smaltz (1), Saunders (2), Jøger (3), Langenbeck et Dupuytren (4), ont été excessivement heureux dans l'emploi de la kératonyxis.

Comme méthode générale, l'opération de la kératonyxis, est limitée à la destruction de la cataracte congéniale, et ses

(1) Velpeau, *Médecine opératoire*, p. 716.

(2) Saunders, *A treatise in some principal points relating to the diseases of the eye*.

(3) *Dissertatio de keratonyxididis usu*. Vienne, 1802.

(4) *Bibliothèque ophthalmologique de Guillié*, premier fasc.

plus chauds partisans, Jøger et Langenbeck ne la mettent en usage que dans des cas d'exception. Lorsque l'engouement qu'elle avait excité a eu subi le contrôle du temps, on n'a pas tardé à se convaincre qu'elle ne pouvait pas être applicable à tous les cas, et que même elle ne remplaçait pas l'abaissement proprement dit.

CHAPITRE XVI.

DE L'INFLAMMATION DE LA CORNÉE ET DE SES ANNEXES.

Les plaies de la cornée sont, en général, peu dangereuses, cependant Langenbeck, et avant lui Schindeler, avaient observé qu'après l'opération de la kératonyxis, cette partie s'enflammait, devenait trouble, et souvent conservait pour toujours une teinte grisâtre qui rendait l'opération presque infructueuse. Après avoir vu faire plusieurs opérations de kératonyxis, Schindeler demeura convaincu que la fréquence de cette inflammation était due aux causes suivantes, qui rendaient la blessure de la cornée bien plus grave que dans un cas fortuit :

Ainsi 1° quand la cornée a été traversée, l'humeur aqueuse s'échappe toujours, la chambre antérieure se trouve alors diminuée, et l'iris est refoulé par le cristallin contre la cornée, où sa présence n'est pas sans danger pour l'opérateur quand il retire l'aiguille, ce qui nécessite souvent une manœuvre qui n'est pas sans inconvénient pour l'iris et la cornée.

2° Quand l'opérateur divise le cristallin et cherche à faire passer les morceaux dans la chambre antérieure, la plaie de la cornée est tirillée en tous sens, et en ramenant les fragments à travers la pupille on les fait heurter avec force la tunique de l'humeur aqueuse.

3° Si au contraire on pratique le renversement, la solution de continuité de la cornée sert inévitablement d'hypomocion à l'aiguille, et les efforts toujours répétés que l'on est obligé de faire pour abattre le cristallin n'en tourmentent que plus le point d'appui de l'aiguille. Je suis convaincu que dans le plus grand nombre des cas l'inflammation de la cornée n'est que sympathique de celle de l'iris et celle de la tunique de l'humeur aqueuse. En effet, quand on a étudié avec soin la marche des symptômes, si surtout l'on a vu la maladie à son début, on restera convaincu que l'obscurcissement de la cornée a surtout son siège dans sa partie concave. Et en comparant ces phénomènes à ceux décrits par Wardrop, pour l'inflammation spéciale de la tunique de l'humeur aqueuse, on restera convaincu de ce que je dis, ce que nous examinerons ci-après.

Quant à l'évacuation de l'humeur aqueuse, Saunders y avait remédié par l'usage d'une aiguille épaisse, cylindrique, qui avait la facilité d'obturer en entier la plaie de la cornée, et de s'opposer à la sortie de l'humeur.

Ce n'est pas tout : rien n'est plus fréquent que de voir la cataracte fixée à la pointe de l'aiguille, suivre obstinément tous ses mouvements, et n'en pouvoir être détachée qu'au moment où l'on retire l'instrument. Cet accident est surtout fort commun lorsque l'on se sert d'une aiguille à pointe recourbée. Il résulte de ce contre-temps que la cataracte peut être ramenée dans la chambre antérieure, y être maintenue par un iridio-spasme et y déterminer les accidents que nous avons décrits pour la scléroticonyxis. Si elle reste à cheval sur l'iris elle y produira des phénomènes morbides graves : enfin, son arrêt dans la chambre postérieure fera perdre en partie les bénéfices de l'opération. Alors une seconde opération deviendra indispensable.

Dans quelques cas, la plaie faite par l'aiguille, s'enflamme, suppure et on voit tout à coup surgir une petite

hernie de l'iris connue sous le nom de myocéphalon, qu'il est important de suivre de près, sans quoi la vue serait compromise d'une manière plus ou moins grave : on en peut juger par le fait suivant :

Un jeune homme, âgé de 17 ans, portait à l'œil gauche une cataracte accidentelle, et dont il était bien aise d'être débarrassé, en courant le moins de chances possible. On pensa que la kératonyxis pourrait remplir ce but, d'autant plus facilement que les signes rationnels et physiques faisaient espérer que la cataracte était molle. L'opération fut pratiquée par mon ami le docteur Mortier, chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et qu'une mort prématurée a enlevé à la science. Présent à l'opération, il me fut facile de voir que toutes les prévisions avaient été mises en défaut ; car la cataracte, non-seulement était dure, mais encore accompagnée d'une opacité de la partie postérieure de la crystalloïde. Il fut donc indispensable de multiplier les manœuvres, de doubler les efforts pour déprimer la lentille que l'on n'avait pu rompre, et pour broyer la capsule qui aurait été un nouvel obstacle à la vision. Quoique le malade eut souffert fort peu pendant l'opération, il se manifesta une violente inflammation de l'œil, accompagnée de douleurs lancinantes et de battements très-vifs dans le globe de l'œil : des saignées générales, abondantes, des ventouses scarifiées, appliquées aux tempes et à la nuque, ne furent point suffisantes pour empêcher l'obscurcissement complet de la cornée, une suppuration des bords de la plaie, la sortie de l'humeur aqueuse et une petite hernie de l'iris. Je conseillai alors à mon ami Mortier, d'exciser l'iris et de pratiquer une cautérisation sur la solution de continuité : on y procéda après avoir mis le malade à l'usage intérieur et extérieur de la belladone. Le myocéphalon fut détruit, mais il resta une cicatrice opaque à la cornée qui rendit l'opération presque infructueuse. Souvent la cornée suppure en entier, flétrit et tombe ; j'ai

vu bon nombre d'accidents de ce genre chez des malades opérés par M. Sichel qui se sert de préférence de ce procédé; et M. Deval qui a suivi avec persévérance les consultations publiques de M. Sichel m'a affirmé avoir été témoin d'une assez grande quantité de revers de cette nature.

L'inflammation de la tunique de l'humeur aqueuse a été pendant longtemps révoquée en doute; mais grâce aux recherches de Wardrop, elle est aujourd'hui admise par tous les ophthalmologistes. Cette maladie est toujours d'une nature fort grave, soit parce qu'elle détermine un obscurcissement de la cornée à sa partie interne, soit encore parce qu'elle est presque toujours suivie d'exsudations lymphatiques ou purulentes, de productions membraneuses et d'iritis consécutif.

Trois ou quatre jours après et même moins, après que la cornée a été blessée, il se manifeste dans l'œil un sentiment de plénitude, de tension qui accroit avec une grande rapidité. Cet état est accompagné d'une sensation de poids et de resserrement fort incommode, aux tempes et sur le front. Ces douleurs cessent brusquement, puis reviennent tout à coup, et le malade fait des soubresauts dès leur retour, comme si on lui enfonçait des aiguilles dans l'œil ou les pourtours de l'orbite. Dans la plupart des cas, il ne se manifeste aucun signe d'inflammation de la conjonctive ou de la sclérotique; mais on aperçoit dans l'intérieur de la chambre antérieure de l'œil, un léger obscurcissement, accompagné de reflets chatoyants, produits par la transparence extérieure de la cornée. Peu à peu l'humeur aqueuse perd de sa transparence et paraît avoir une teinte opaline. Il devient alors assez difficile de s'assurer de l'état de l'iritis, qui paraît comme entouré d'un nuage floconneux. Les douleurs intenses qui accompagnent cet état pathologique revêtent quelquefois une forme périodique assez semblable aux accès des névralgies que nous avons décrites dans la première partie de cet ouvrage. Pour peu qu'elles soient

intenses et rebelles, elles provoquent presque toujours des symptômes d'affections gastriques.

Ce n'est en général que lorsque la maladie commence à prendre un peu d'intensité que la photophobie prend un caractère prononcé : dans le commencement la réaction inflammatoire se transmet à la glande lacrymale qui sécrète alors une grande quantité de larmes chaudes et âcres. Si la maladie persiste, la cornée s'entoure d'un cercle de vaisseaux qui n'arrive qu'à cette époque de la maladie; symptôme caractéristique différentiel de l'inflammation syphilitique dans laquelle le lacis des vaisseaux apparaît en même temps que les signes généraux et constitutionnels de l'affection spécifique. Cette maladie ne peut durer longtemps sans se propager à l'iris, alors apparaissent tous les symptômes propres à cette affection, tels que la déformation de la pupille, la décoloration de la membrane, les exsudations lymphatiques, symptômes admirablement décrits par Schindler dans sa *Dissertation* (1).

L'inflammation de l'humeur aqueuse est en général plus à redouter que celle qui affecte simplement l'iris, il est donc fort important de l'attaquer d'une manière très-active. C'est ici le cas de recourir aux saignées générales aux pieds et à la jugulaire. Je ne saurais assez recommander de ne pas recourir à la section d'un rameau de l'artère temporale, parce que le bandage en nœud d'emballeur, que l'on est forcé de placer pour arrêter le sang, comprime la tête, entrave la circulation, et augmente presque toujours les douleurs. Après les déplétions générales on passe aux locales, à l'application des ventouses scarifiées à la nuque et aux tempes : puis l'on recourt aux applications froides d'eau distillée de laurier-cerise, lorsque l'œil peut supporter le froid : dans le cas contraire, on emploie l'eau distillée de cette substance, chauffée au bain-marie. Il est des cas où

(1) Schindler, op. cit.

toutes les applications humides sont intolérables, on les remplace alors par des compresses fines, chaudes ; on élève la température de la chambre. Souvent on se trouve très-bien de l'application de petits sachets contenant des fleurs d'arnica et des feuilles de jusquiame.

Il faut administrer intérieurement l'eau distillée de laurier-cerise, la teinture de digitale pourprée : si l'estomac est fatigué on donne cette dernière en lavement ; enfin, on insiste sur le traitement indiqué pour l'iritis phlegmoneux.

Tous ces moyens sont loin souvent d'arrêter les progrès du mal, et de la rapide augmentation de l'humeur aqueuse qui fait éclater la cornée. Pour remédier à cette funeste terminaison, il faut se hâter de recourir à l'évacuation de l'humeur aqueuse ; en suivant les préceptes que j'ai donnés dans la *Gazette médicale* (1), pour que cette opération se fasse sans danger, et puisse être renouvelée selon l'occurrence, car l'humeur aqueuse se régénère très-facilement.

CHAPITRE XVII.

RÉASCENSION DU CRYSTALLIN.

Ce que nous avons dit de la rareté de la réascension du cristallin, pour l'abaissement proprement dit, ne s'applique pas du tout à la kératonyxis. C'est par la fréquence de cet accident dont elle est suivie, qu'elle mérite surtout la défaveur dans laquelle elle est tombée.

Par ce procédé, les moyens d'immersion sont tout différents quand on veut précipiter un cristallin dur dans l'humeur vitrée. En effet, au moment où l'on présente l'ai-

(1) *Gazette médicale* citée.

guille sur la face supérieure du cristallin pour le récliner, rien n'est plus fréquent que de le voir tourner sur lui-même et échapper à plusieurs reprises à l'action de l'instrument.

Dans ces diverses tentatives, la cornée est très-fatiguée, et c'est pour remédier à cet accident que Langenbeck (1) recommande d'appuyer l'aiguille sur le doigt qui est le plus voisin de celui qui abaisse la paupière. Par ce moyen l'hypomochlion se trouvant plutôt sur le doigt que sur la plaie, les accidents sont moindres. Aussitôt que l'on est parvenu à ensevelir le cristallin dans les cellules hyaloïdiennes il faut l'y maintenir un instant, puis ramener lentement l'aiguille dans le centre de la pupille, et alors en lui faisant décrire des cônes en divers sens, non-seulement l'on détruit les cellules de l'humeur vitrée, pour empêcher la réascension du cristallin comme dans la scléroticonyx, mais encore on brise la membrane crystalloïde, et l'on évite par là la cataracte capsulaire secondaire. S'il est impossible de l'abaisser, il faut chercher à le briser et à le faire passer au moins en partie dans la chambre antérieure.

Dans la kératonyxis, la discision étant moins facile, les fragments du cristallin sont plus gros et plus difficiles, par conséquent, à être absorbés. On dit que le docteur Werneck (2) recommande d'évacuer alors l'humeur aqueuse, et qu'à la suite de cette opération il se manifeste dans l'organe un surcroît d'activité qui fait accélérer la dissolution des fragments du cristallin. Je ne puis nullement me prononcer sur le mérite de cette méthode que je n'ai jamais vue employer.

(1) Voyez son journal, tome III, p. 418.

(2) Werneck, *In Journal de Langenbeck*. Weller, ouvrage cité, tome I, p. 336.

CHAPITRE XVIII.

DU STAPHYLÔME PARTIEL DE LA CORNÉE ET DE L'ALBUGO.

De même qu'à la suite de la scléroticonyxis il se manifeste, dans le lieu blessé par l'aiguille, une petite tumeur de la sclérotique : de même après la kératonyxis on voit surgir peu à peu une tumeur de la cornée, qui ne tarde pas à être un staphylôme. Cette maladie peut quelquefois prendre un accroissement assez considérable, qui fatigue la vision et entrave le mouvement des paupières.

Il faut donc, en temps utile, s'occuper de cette hypercératose, et opposer le traitement que nous avons déjà indiqué pour celle qui succède à la cataracte par extraction.

Pour ce qui est de l'albugo, nous croyons avoir suffisamment indiqué son traitement à l'article *Cicatrice vicieuse de la cornée*. Les taches de la cornée à la suite de la kératonyxis sont tellement fréquentes, qu'elles constituent un des plus grands inconvénients de cette méthode. Tous les opérateurs en général recommandent de choisir pour lieu de la ponction, la partie la moins centrale de l'œil. Croirait-on que M. Sichel (1) recommande de la ponctionner au centre, par la raison futile que l'aiguille peut faire de plus grands mouvements. J'ai dit raison futile, car pour de minces avantages l'on a à craindre un grand nombre d'accidents dont un albugo est le moindre.

Me voici arrivé à la fin d'un travail que j'ai dû restreindre en raison du changement de forme qu'il a subi ; parce qu'un grand nombre de détails locaux qui étaient d'un plus haut intérêt pour le professeur Scarpa, et par la ré-

(1) Sichel, supplément à Weller, p. 580.

ponse qu'il y aurait fait, cessent d'avoir une aussi grande importance depuis sa mort. J'ai émis mes opinions avec franchise, et je crois avoir fait tous mes efforts pour arriver au but que je m'étais proposé.

On me demandera peut-être pourquoi je ne me suis point occupé du procédé d'Adams qui consiste à couper le cristallin en tranches pour en faciliter l'absorption, ou bien pour quelle raison, je me suis dispensé de parler de la méthode de Bowen. La réponse est facile : le procédé d'Adams a été jugé par le professeur Scarpa et par tous ceux qui l'ont examiné après lui ; il n'offre aucun avantage sur la scléroticonyxis : l'instrument tranchant dont se servait Adams n'était autre chose que l'aiguille de Saunders, ainsi que l'on peut s'en assurer en consultant son ouvrage (1).

Quant au procédé de Bowen, si quelque chose pouvait compromettre l'avenir de l'opération de la cataracte par abaissement, ce serait sans doute la méthode du charlatan écossais. En effet, pour peu que le cristallin soit mou, l'opérateur n'a plus de prises sur lui et perd par là les avantages du broiement. Dès lors, il devient impossible de projeter les fragments dans la chambre antérieure, et son immersion dans le corps vitré n'est facile que lorsque l'humeur aqueuse reste limpide. Si celle-ci devient trouble, l'opération ne peut plus être continuée avec sûreté et il est très-probable que l'iris sera blessé.

Si j'avais voulu faire un traité de l'opération de la cataracte, il est une foule de détails dans lesquels j'aurais dû descendre ; mais je n'ai dû considérer que les causes des revers dans les résultats de l'opération. Ma tâche arrive à sa fin. Il me reste à entrer dans quelques considérations sur la cataracte congéniale, ce sera le sujet du petit travail qui va suivre. Je terminerai par les règles générales à suivre dans les diverses opérations, et dans l'application des lunettes à cataracte.

(1) F.-C. Saunders, ouvrage cité.

TROISIÈME PARTIE.

CHAPITRE PREMIER.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE CONGÉNIALE ET SES CAUSES D'INSUCCÈS.

Grâce aux recherches de Saunders, (1) les praticiens sont fixés sur la nécessité d'opérer de bonne heure la cataracte congéniale qui, jusqu'à lui, n'avait été considérée que comme une variété de la cataracte. C'est pour cette raison que l'on remettait toujours l'opération, jusqu'à ce que l'enfant fut parvenu à l'âge de raison. L'opérateur anglais, en consacrant à l'opacité de naissance de la lentille cristalline, un traitement spécial, a donc rendu un grand service à la science. Car l'opération faite à une époque très-reculée de la naissance, réussit en général beaucoup moins bien que dans les premiers mois de la vie, de six mois à deux ans; la cause de cette différence entre les résultats aux deux époques, réside presque toujours dans le travail qui s'est opéré dans le cristallin; travail qui a singulièrement modifié les conditions physiques et patho-

(1) Nous n'attribuons à Saunders que l'honneur d'avoir établi en règle générale, la nécessité d'opérer les enfants en bas-âge; car le professeur Scarpa, dans la première édition de son *Traité des maladies des yeux*, imprimé en 1801, indiquait la méthode à suivre pour la pratiquer, et Saunders ne publia son livre qu'en 1806.

logiques du corps opaque. En effet, dans une cataracte congéniale, aussitôt que le cristallin est devenu opaque il se ramollit presque toujours en totalité : puis il s'absorbe graduellement. Les lames de la capsule se réunissent entre elles et finissent par ne plus former qu'une seule et unique cloison opaque, blanche, nuancée et très-adhérente aux procès ciliaires. L'on voit donc, que de lenticulaire qu'elle était, la cataracte est devenue capsulaire. Tout ce qui a pu être absorbé, l'a été, mais la capsule dans son intégrité, par la solidité de ses adhérences, est à l'abri des effets de l'absorption. Je me suis convaincu, par de nombreuses dissections, de la vérité des faits avancés par Saunders. Il n'y a pas deux ans que j'ai eu à disséquer un œil cataracté de naissance chez un enfant de huit ans qui avait succombé à la scarlatine, et je conçois que Saunders ait pu dire qu'à cette époque de la vie tout travail d'absorption était terminé et que la capsule renfoncée par son union antéro-postérieure, ne pourrait être *ni extraite ni abaissée*.

Il est une espèce de cataracte qui, par sa nature et sa manière d'être, diffère de ce que nous venons de dire, c'est la cataracte congéniale centrale : dans cette espèce de cataracte, tout le cristallin est diaphane, excepté au centre où il existe un ramollissement plus ou moins prononcé, mais qui, dans tous les cas, est un obstacle à la vision : dans ce cas le cristallin conserve sa forme et sa densité pendant plusieurs années. Si on l'attaque avec l'aiguille sans le déplacer, en moins de deux jours il devient complètement opaque, et alors commence pour lui comme pour les autres cataractes congéniales, le travail d'absorption. D'après tout ce que nous venons de dire, l'on conçoit qu'il y ait dans quelques circonstances des cristallins non encore entièrement absorbés et flottants dans un liquide latigin eux, ainsi que l'avaient observé Saunders et Marc-Antoine Petit.

Quand on réfléchit à l'importance des fonctions oculai-

res, à leurs résultats sur l'économie, à leur influence sur le moral, on ne saurait trop s'appliquer à rendre facile et sûre l'opération qui rend la moitié de l'existence à un aveugle-né : ce qui pourrait justifier en partie la devise du fameux Taylor, *qui lucem dat, vitam dat.*

On se rappelle les transports d'admiration qui accueillirent Cheselden pratiquant l'opération de la pupille artificielle et rendant la vue à un aveugle-né. Saunders a donc autant de droits à nos éloges que son illustre compatriote et confrère ; car au moment où une mort prématurée l'enlevait à la science, il avait déjà fait soixante opérations de cataracte congéniale, et avait obtenu cinquante-deux succès complets (1).

Dès lors cette opération a été faite un grand nombre de fois par ses successeurs, dans l'infirmerie qu'il avait fondée, au point qu'en l'an 1829 on en comptait cent vingt-trois, qui avaient été pratiquées dès le 25 mars 1805, jusqu'au 31 décembre 1829 (2). Quoique M. Lusardi ait compromis son beau talent par une vie nomade et aventureuse, je suis convaincu, par des renseignements authentiques, qu'il a dit la vérité en affirmant qu'il avait opéré cent cinquante-huit aveugles-nés, des deux sexes. J'ai été moi-même assez heureux pour en pratiquer plusieurs, et M. Forlenza a rendu la vue à un bon nombre : mais ce dernier n'opérait que dans un âge de raison très-prononcé, par la raison toute simple qu'il n'employait que l'extraction, et que cette méthode n'est pas du tout applicable aux enfants cataractés de naissance. Tandis que Saunders opérait dans les premières années de la vie, et ses succès étaient bien supérieurs à ceux des autres opérateurs ; car nous avons vu ci-dessus la proportion des succès ; et M. Lusardi sur 138

(1) Saunders, *On the diseases of the eye*. London 1806.

(2) *Twenty-fifth annual report on the London, ophthalmic infirmary*, 1830, page 5.

opérations, eut les admirables résultats suivants : 103 succès complets, 14 demi-succès et 13 non-succès. Le hasard m'a fait rencontrer en France plusieurs succès indiqués par lui à Lyon, à Bourg, à Macon, et je me suis convaincu que la vision s'exerçait parfaitement.

Le général don José Castellar, dont j'ai eu l'honneur de guérir la fille, et les docteurs Velasques et Roja, que j'ai connus pendant leur émigration en France, m'ont affirmé avoir vu, à Barcelone, à Madrid, des enfants opérés avec succès par M. Lusardi : ils avaient surtout remarqué les neuf enfants guéris dans l'hôpital de Vittoria. Cependant les résultats de M. Lusardi sont encore bien éloignés de ceux de M. Saunders, en les établissant dans la proportion suivante : 52 succès sur 60 opérations.

Il faut attribuer cette différence à la diversité des procédés opératoires employés par les deux oculistes.

La troisième partie de ce mémoire a pour but principal de fixer les opérateurs :

1° Sur l'âge où il est plus utile d'opérer les aveugles cataractés de naissance.

2° Sur le procédé le plus convenable, et qui fournit les meilleurs résultats.

3° Enfin sur la position la plus favorable à leur donner, pour pratiquer l'opération.

Saunders s'est chargé de répondre avant moi, à la première catégorie des trois questions qui précèdent, car il posa en règle générale, que l'opération devait être pratiquée à deux ans, terme intermédiaire; mais que l'on pouvait aussi la faire à six semaines.

J'adopte entièrement l'opinion de Saunders, excepté pour les premiers mois de la vie, car il faut que l'enfant ait au moins seize mois, ou deux ans. En analysant l'ouvrage de Lawrence (1), sur les maladies des yeux, j'ai

(1) Lawrence, *Traité des maladies des yeux*, analysé par Carron du Villards. *Gazette médicale de 1831*.

donné les raisons pour lesquelles, je considérais l'opération comme dangereuse, dans les premiers six mois : je les résume ici en peu de mots. La cornée n'est point encore assez convexe à sa partie externe et son tissu est encore trop mou : la chambre antérieure de l'œil n'existe presque pas, soit par la trop grande convexité naturelle de l'iris, soit parce que le cristallin hydatiforme le projette en avant : enfin, parce que dans les premiers six mois l'iris n'a presque pas de mobilité, et qu'il devient assez difficile d'avoir une cicatrisation convenable.

Il faut opérer les enfants de bonne heure, parce que leur cristallin n'est encore qu'une bourse muqueuse qui ne contient qu'une sérosité blanchâtre et parce qu'il est plus facile de les contenir. Écoutons Saunders (1) s'exprimant en ces termes : « Les enfants naissent quelquefois frappés » de cécité, et les oculistes n'ont point osé les opérer de » bonne heure en raison de la délicatesse de leurs yeux et » de leur indocilité. En attendant beaucoup plus tard, » on n'en retire pas les bons effets que l'on aurait obtenus » en s'y décidant plus tôt : en attendant que l'âge et la rai- » son puissent venir à leur aide, la vigueur et la beauté de » l'œil se perdent : la vision comme l'intelligence ont be- » soin d'être exercées, et la rétine, privée de l'excitation de » la lumière, se paralyse insensiblement : l'iris qui est le » dispensateur du degré de lumière convenable, tombe » dans la torpeur ; le mécanisme optique qui produit le » rapprochement ou l'éloignement s'abolit faute d'exer- » cice, enfin les mouvements volontaires et sympathiques » s'anéantissent. »

En effet, quand on voit un jeune eatacté dans les premiers mois de la vie, on ne trouve point en lui le besoin d'étudier les objets ambiants si intéressants et si attrayants pour l'enfant qui commence à voir : sans expression, sa

(1) Saunders, ouvrage cité.

figure ne décèle point des sensations qui lui sont inconnues, son œil est fixé par la nouveauté, mais à mesure qu'il prend de l'âge, la lumière étant plus facilement perçue par le côté, il projette ses regards en tous sens pour en recevoir davantage. De là, les mouvements rotatoires si pénibles à voir, dont sont affectés tous les cataractés de naissance qui voient un peu. L'absence de cette rotation est pour moi un mauvais signe qui me fait refuser de pratiquer l'opération, car dans ce cas elle est presque toujours sans succès, la maladie étant compliquée d'amaurose : il faut excepter les cataractes opalines.

Ce que je viens de dire touchant les phénomènes de la rotation est si vrai, qu'aussitôt que la vue est rendue d'un seul côté, la rotation disparaît de ce côté là : observation que personne, je crois, n'avait faite avant moi.

A l'âge de deux ans, les parties de l'œil ont une conformation plus convenable, et l'on n'a point à redouter pour l'iris et la cornée les accidents que j'ai signalés plus haut.

Tout ce que nous venons de dire n'a rapport qu'aux effets physiques; maintenant, si nous abordons les conséquences morales de la cessation de la cécité dans un âge tendre, on ne pourra plus mettre en balance l'opinion de ceux qui veulent attendre l'âge de raison. Si l'histoire nous a conservé les noms de quelques aveugles qui ont acquis par eux-mêmes de grandes connaissances, et qui se sont illustrés par leur savoir, ces remarquables exceptions ne peuvent balancer les fâcheuses et déplorables conséquences de l'aveuglement congénial. Touché de la pitié qu'inspire à tout homme sensible la malheureuse situation des aveugles, un grand nombre de philanthropes ont cherché tous les moyens d'améliorer leur sort, et un travail remarquable, sorti de la spirituelle plume de M. Guillié (1), atteste la puissance des efforts faits

(1) Guillié, *Essais sur l'instruction des aveugles.*

pour rendre leur avenir moins pénible et leur présent plus agréable. Mais toutes ces vastes conceptions du génie, tous ces immenses résultats de la patience et de l'observation, que sont-ils en comparaison de la bienfaisante opération qui rend la lumière à un aveugle-né ? Que de sensations diverses n'éprouve-t-il pas ? Je me rappellerai longtemps les éloquentes et touchantes paroles, dictées par la reconnaissance à un cataracté de naissance, âgé de 28 ans, et opéré par le père Capucin de Gênes (1), qui exerce dans cette ville, avec beaucoup de distinction, la profession de Fra de Saint-Yves.

Si, comme le dit M. Guillié (2), c'est la privation de la vue qui dénature et fausse les idées des aveugles ; si c'est la perte de ce sens qui les plonge dans l'ignorance et le malheur, ne doit-on pas s'occuper, le plus tôt possible, de les placer dans des conditions favorables à jouir des avantages et des bienfaits de l'éducation ?

Il est bien peu d'enfants de 7 à 8 ans qui sachent assez se maîtriser pour ne pas reculer devant l'idée de la douleur, qu'ils attachent toujours à l'opération, surtout quand ils ne sont pas assez avancés pour en concevoir tous les bienfaits.

De seize mois à deux ans, au contraire, ils ignorent ce qu'on va leur faire ; et en prenant d'avance les précautions que nous indiquerons plus tard, rien n'est plus facile que de mettre tout chirurgien à même de pratiquer cette opération.

Les causes qui font échouer l'opération de la cataracte congéniale, sont en général les mêmes que pour les autres méthodes ; mais elles se rattachent surtout à l'emploi inopportun de tel ou tel procédé. C'est ici le lieu d'examiner celui qui est le plus convenable et qui réunit les plus grandes chances de succès.

(1) Frater Pascale, *Della cateratta*. Genova, 1826.

(2) Guillié, ouvrage cité, p. 68.

Cet examen comprendra l'extraction simple et modifiée, l'abaissement proprement dit, et la kératonyxis.

Quand on réfléchit à la conformation de l'œil de l'enfant, à la petite quantité de l'humeur aqueuse renfermée dans les chambres, quantité d'autant plus faible que l'enfant est moins âgé; quand on réfléchit, dis-je, à l'étroitesse de la pupille, à la convexité antérieure de l'iris, ce qui le rapproche de la cornée, on se convaincra de tous les dangers de l'extraction, pratiquée sur de très-jeunes enfants : d'ailleurs, chez eux, le cristallin n'est-il pas toujours fluide ? Il sera donc bien difficile de faire la section de la cornée sans intéresser l'iris : et si même l'on parvient à exécuter le premier temps de l'opération, il restera le second et le troisième, qui ne sont pas sans danger. Est-on bien sûr d'extraire le cristallin et surtout sa capsule ? Quand elle est adhérente, il faut, à plusieurs reprises, porter les pinces dans l'œil pour l'extraire par lambeaux, et, pendant cette manœuvre, on est presque sûr de vider l'œil.

Quand l'opération est terminée on n'a pas encore évité tous les dangers : les enfants pleurent, crient ; car pour eux la douleur parle avant tout, et la raison n'est d'aucun poids pour empêcher les malheureux effets du blépharospasme. Il est impossible de faire un pansement convenable ; car, si on leur met le corset de force, ils se démènent comme des forcenés, et l'œil se vide : si on laisse leurs mains libres, ils les portent continuellement aux yeux, ce qui est contraire à la réussite de l'opération : quelquefois, malgré les précautions les mieux prises, ils arrachent tout l'appareil.

Je crois donc, que l'opération par extraction est inapplicable aux enfants cataractés, avant l'âge de sept à huit ans, encore à cette époque, est-elle sujette à de nombreux revers : les muscles de l'œil se contractent avec force, comme chez le cheval, et l'humeur vitrée est projetée avec autant de force, qu'elle s'échappe à plusieurs pieds de dis-

tance. Dans un cas semblable, le professeur Volpi eut sa cravate et son gilet couverts par le corps vitré, au moment même où la section était terminée. Il n'y a pas longtemps, que M. Andral père, a été témoin d'un accident de cette nature, arrivé sur la fille d'un général espagnol, qu'opérait un habile chirurgien.

Quand on veut pratiquer l'extraction de la cataracte sur un enfant aveugle-né, il faut autant que possible faire la section par la partie supérieure : voici comment procède M. Alexandre.

Cet opérateur dont nous avons plusieurs fois eu occasion de louer la dextérité, opère seul et sans aide : il place le malade sur une chaise à bras, et l'œil sain étant bandé, M. Alexandre s'assoit derrière le malade, sur un petit tabouret, écarte les paupières et fait, à la partie supérieure de la cornée, une incision avec un couteau très-effilé ; mais il ne la termine point, et aussitôt que la ponction est terminée des deux côtés, il retire l'instrument : aussitôt que l'humeur aqueuse a été évacuée, il introduit un petit couteau mousse, et termine l'incision du pont ou de la bride. Pour ouvrir la capsule il emploie une aiguille dont la pointe fait un angle droit avec le corps de l'instrument ; à l'un de ses bras sont liées deux aiguilles : l'une en or, est destinée aux cataractes molles, l'autre en acier sert pour les dures. M. Alexandre préfère toujours et dans tous les cas, d'attaquer les cataractes, quelle que soit leur consistance, par la cornée, de préférence à la sclérotique (1).

Quand on réfléchit aux divers temps de l'opération de M. Alexandre, il est facile de se convaincre, que l'incision de la cornée en deux fois a pour but de s'opposer à la sortie brusque et intempestive des humeurs de l'œil, qui se vide si souvent dans l'opération de la cataracte par extraction, surtout quand on opère sur des enfants : en

(1) *The Lancet*, 25 July 1826.

effet, par le blépharospasme, les humeurs sont tellement pressées qu'elles s'échappent par jet. C'est toujours la première impression de l'instrument qui est la plus désagréable : quand on passe au second temps de l'opération, l'œil est plutôt atteint d'un tremblement nerveux, que de blépharospasme.

Tout en accordant à M. Alexandre la justice qu'il mérite, je suis loin d'être aussi convaincu que le rédacteur de la *Lancette anglaise*, de la supériorité de ce procédé, qui d'ailleurs ne lui appartient pas. Car il faut être équitable avant tout, et M. de Wenzel a proposé et décrit ce procédé avec assez de détails dans son ouvrage sur la cataracte.

Pour mon compte, je crois, en me fondant sur ce que j'ai vu, que la méthode par extraction est peu convenable chez les enfants aveugles de naissance, et la preuve de ce que j'avance, c'est que les plus grands partisans de l'extraction la remplacent dans ce cas par la kératonyxis, ou par l'abaissement proprement dit. On me permettra donc de révoquer en doute les succès obtenus par M. Dumont, de Rouen, par l'application de l'instrument de son oncle, qu'il a légèrement modifié.

Je crois avoir démontré par le raisonnement et l'expérience des plus grands opérateurs, les dangers d'un instrument mécanique appliqué à l'opération de la cataracte par extraction sur l'homme adulte. Je demande maintenant quelles ne seront point les chances défavorables qui se rencontreront quand on mettra ce procédé en usage pour des enfants en bas âge, indociles, cataractés de naissance et atteints de mouvements rotatoires de l'œil. Le simple bon sens suffit pour calculer les résultats fâcheux de cette méthode : résultats que la fluidité de la cataracte et le blépharospasme rendront de plus en plus graves.

L'abaissement ne peut offrir de grands succès chez les enfants cataractés de naissance, lorsqu'il est pratiqué dans les premières années de la vie :

1^o Parce que l'œil est très-mobile, et que malgré le petit ongle ajouté par Græfe à la tige de l'aiguille, celle-ci peut occasionner quelque dégat dans l'œil.

2^o Parce que aussitôt que la capsule est touchée, l'humeur aqueuse s'obscurcit complètement, et alors, il devient bien difficile de broyer et de détacher la capsule : ce qui nécessite souvent plusieurs opérations consécutives, ainsi que cela arriva à la jeune fille, dont l'observation est rapportée dans ce mémoire.

Enfin, parce que ce procédé est difficilement applicable aux enfants malgré l'usage du contentif.

M. Lusardi se déclare cependant le champion de cette méthode pour la cataracte congéniale. Voici comment il l'exécute.

« Un aide s'assied sur une table, dont l'un des angles doit
» saillir entre ses jambes qu'il croise sur celles de l'enfant
» placé au-devant de lui et assis sur l'angle de la table qui
» déborde. Supposons que l'on doive opérer l'œil gauche :
» l'aide placera la main gauche sur le menton, et l'autre
» sur le front pour l'appuyer contresa poitrine, sans gêner
» l'opérateur. D'autres aides tiendront les cuisses, et les
» mains : ces dernières ayant été préalablement fixées par
» une serviette pliée en cravate , qui ceindra le corps de
» l'enfant et de l'opérateur, les deux extrémités de ce lien se-
» ront tenues par une quatrième personne. A l'aide de ce
» moyen l'on maîtrise continuellement les mouvements de
» l'enfant et l'on peut opérer avec sécurité. »

M. Lusardi pense que cet appareil est préférable à tous les autres, même au maillot, recommandé par notre illustre maître Scarpa, qui a, suivant M. Lusardi, l'inconvénient d'être long à appliquer, de faire pleurer l'enfant, et d'éloigner l'époque de l'opération.

Je conçois la nature des inconvénients reprochés par M. Lusardi, quand il s'agit d'un opérateur ambulante qui n'a que peu de temps à séjourner dans un pays, et qui veut, ou

doit opérer tout de suite : mais celui qui a du temps devant lui, se trouvera très-bien du maillot en suivant les précautions que nous indiquerons plus tard.

Voici ensuite comment procède M. Lusardi :

« On met le malade dans une position oblique, relative-
» ment à la lumière, et on couvre l'œil droit d'un bandeau.
» L'oculiste est placé vis-à-vis du malade, debout et un
» peu de côté pour ne point intercepter la lumière : il
» écarte la paupière supérieure et inférieure, en se ser-
» vant de son contentif (1), son anneau étant placé sur la
» première pour la pousser en haut entre le globe et l'or-
» bite, il appuie sur l'inférieure avec le *médius* et l'*index* de
» la main droite, pour la placer sous la partie inférieure de
» l'anneau qui la fixe. L'aiguille est tenue jusqu'alors entre
» les dents : l'opérateur la saisit alors comme une plume à
» écrire et la plonge hardiment dans la sclérotique, à deux
» ou trois lignes environ de l'insertion de la cornée trans-
» parente, un peu au-dessous du diamètre transversal de
» la pupille. La convexité de l'aiguille doit être tour-
» née du côté de l'opérateur ; le manche de l'instrument
» doit regarder la tempe, et la main a pour point d'appui
» le petit doigt que l'on fait reposer sur la paumette. L'o-
» pérateur fait divers mouvements pour que la courbure pé-
» nètre avec aisance les membranes ; il pousse l'instrument
» en avant entre le dos de l'iris et la partie antérieure de
» la capsule, jusqu'à ce qu'on l'aperçoive au travers de la
» pupille close ; avec le crochet qu'il porte à la partie su-
» périeure, il pique la capsule qu'il détache, s'il est possi-
» ble, dans toute la circonférence, et il l'enfonce dans le
» corps vitré du côté de l'angle externe, s'il a eu le bon-
» heur de la détacher en entier ; dans le cas contraire, il
» en déchire le plus qu'il peut ; les débris sont poussés au
» travers de la pupille dans la chambre antérieure, sans

(1) Voyez planche I, n^o 29.

» pourtant trop fatiguer l'œil. Lorsqu'on éprouve de la dif-
» ficulté, on laisse ce soin à la nature, à l'humeur aqueuse,
» dont le courant ne manque jamais sous 24, ou 48 heu-
» res au plus tard, de pousser tous les lambeaux dans la
» chambre antérieure. On retire alors l'aiguille en lui fai-
» sant parcourir la même route que celle par laquelle elle
» a été introduite. J'observerai de faire attention de ne
» pas porter trop brusquement en bas la capsule dans le
» corps vitré, de crainte qu'en passant sur la rétine, qui
» est pulpeuse et très-molle, on ne la déchire ou décolle
» de la choroïde, accident qui occasionnerait une inflam-
» mation violente, dont les suites ont toujours une issue fu-
» neste. Outre mon contentif, je me sers, principalement
» pour cette opération, d'une aiguille à cataracte, plus
» courte que celle que l'on emploie ordinairement, tran-
» chante dans sa concavité, comme une serpette, ce qui
» me donne la facilité de briser ladite capsule; ou bien si
» je veux la détacher, je la tourne, et me sers du dos. Deux
» points sur le manche indiquent la convexité de l'aiguille;
» il serait même à propos de lui substituer une ligne de
» couleur différente, qui régnerait dans toute la longueur
» du manche; mais ce qui faciliterait encore davantage
» cette opération, c'est un instrument que je viens d'ima-
» giner pour pratiquer la pupille artificielle, et que je me
» propose de faire bientôt connaître (1).

Je n'ai pas été longtemps sans me convaincre que la po-
sition dans laquelle M. Lusardi place son malade, n'est pas
sans inconvénients, parce que les mouvements du petit ma-
lade se transmettent très-facilement à l'aide qui se trouve
alors dans une position assez défavorable pour conserver
de la fermeté, et en même temps l'équilibre convenable.
Il est des enfants qui sont très-difficiles à maintenir, et il n'y

(1) Lusardi, *Traité de la cataracte congéniale*.

a pas longtemps que je fus obligé d'avoir recours à cinq aides pour un enfant de trois ans.

Voici maintenant la position dans laquelle je les place, et qui me paraît pouvoir obvier à tous les inconvénients de celle de M. Lusardi : il faut avoir une planche un peu plus longue que l'enfant à opérer, une table solide, des bandes roulées, fortes, et quelques vis à bois. Je place l'enfant sur la planche légèrement matelassée, et je fixe celle-ci sur la table par sa partie inférieure, tandis que la supérieure va appuyer sur un tabouret, dans un degré d'inclinaison formant avec l'horizon quarante-huit degrés. Dans cette position l'enfant est tout à fait à la portée de l'opérateur, soit qu'il veuille opérer à droite, ou à gauche; l'opéré ne peut reculer, et si l'on place sous sa tête un coussinet à rondelle matelassée, il ne pourra point la porter à droite ou à gauche, pour peu que l'aide surtout appuie sa main sur le front.

J'ai retrouvé dans cette méthode, les avantages réunis de la position verticale contre le mur, recommandée par Barth, la sûreté du fauteuil de Benjamin Bell, enfin la commodité et la sûreté que peut fournir dans quelques circonstances, l'usage de la position horizontale sur la table adoptée par Saunders.

Mais si l'on ne veut pas avoir de déboires, malgré toutes les précautions prises d'avance, il faut accoutumer le petit malade à se laisser lier et fixer sur la planche, et l'on n'arrive à ce résultat qu'en s'y prenant longtemps d'avance. En même temps par l'appât de petites friandises, ou au moyen de caresses faites en temps utile, on l'habitue à mettre son œil en contact avec le spéculum de Lusardi : c'est pour quelques enfants un jouet qu'ils finissent par demander.

L'instrument consécutif de Lusardi est sans danger, et on peut à volonté soustraire l'œil à son action : je pense cependant qu'il n'est applicable, que dans les cas de kérato-

nyxis, ou scléroticonyxis : car pour l'extraction, quelque étroite que fût l'incision, l'œil se viderait à l'instant, ainsi que cela est arrivé plusieurs fois au docteur Gibson.

Je crois que dans la plupart des cataractes congéniales, il n'y a que la kératonyxis pratiquée à la méthode de Saunders qui puisse être applicable à la première enfance : c'est par ce procédé que j'opère les enfants ayant moins de deux ans, et lorsque j'ai affaire à des individus qui ont passé cette époque je pratique l'abaissement proprement dit, dans le plus grand nombre de cas.

C'est après avoir essayé ces divers moyens que Saunders fixa son opinion sur l'opération par la ponction de la cornée : voici comment il procédait : il faisait placer, quelques heures avant l'opération de l'extrait de belladone dans le pourtour de l'orbite : l'expérience lui ayant enseigné à préférer cette onction, à l'instillation de la solution de cette substance dans l'œil ; puis, il faisait placer et maintenir par des aides forts et intelligents, le petit aveugle sur une table solide, parallèle à la fenêtre, dont l'œil qu'on doit opérer est plus éloigné : alors le chirurgien assis sur une chaise élevée derrière le malade, d'une main saisissait l'élevateur de Pellier, et fixait la paupière supérieure, tandis qu'un aide abaissait l'inférieure : de l'autre main tenant l'aiguille à deux tranchants, il l'enfonçait dans la cornée, à sa partie externe et inférieure en ayant soin de faire glisser l'aiguille parallèlement à l'iris, et de plat, de manière à ne pas intéresser cette cloison mobile. Au moment de pratiquer cette ponction, il appuyait légèrement l'élevateur de Pellier sur le globe de l'œil, pour surmonter un peu l'excessive mobilité de l'organe : mais cette pression, quoique légère, était suspendue aussitôt que l'aiguille avait pénétré.

Saunders avait cru que bon nombre des accidents survenus après l'opération étaient dus à l'épanchement de la matière laiteuse, ou à la dislocation du cristallin lorsqu'il était

opaque ; c'est pour cette raison qu'il crut devoir modifier son procédé, selon que son diagnostic lui faisait présumer qu'il rencontrerait telle ou telle espèce de cataracte. Ainsi, quand il pensait avoir un cristallin opaque et un peu résistant, il recommandait à l'opérateur de bien se garder de plonger l'aiguille hardiment à travers le cristallin, ou d'exécuter quelques mouvements d'abaissement, pas plus que de soulever la capsule avec la pointe de l'instrument, pareille manœuvre *luxerait* le cristallin, le ferait descendre dans la chambre antérieure, ou bien le laisserait appuyant sur l'iris, qu'il pourrait non-seulement déformer, mais encore sur lequel il déterminerait les accidents dont nous avons parlé dans la première partie de ce travail.

Saunders recommande de se borner à de légers mouvements latéraux qu'il exécutait avec la pointe et le tranchant de l'aiguille, sur la surface et le centre de la capsule, dans un espace qui ne dépasse point l'ouverture de la pupille : le but de cette manœuvre est de détruire irrévocablement la membrane dans cette partie, ce qui n'aurait point lieu si on brusquait les mouvements. Quand ce temps de l'opération est achevé, on pousse peu à peu l'aiguille sur la substance même du cristallin, que l'on attaque ensuite avec précaution pour ouvrir son tissu, jusqu'à ce que l'on soit sûr d'avoir perforé tout son diamètre antéro-postérieur. Si, pendant cette manœuvre, l'on incline la main en haut ou en bas, l'humeur aqueuse peut s'échapper et le cristallin se porter en avant, ce qui peut faire contracter l'iris et rendre la manœuvre difficile. C'était dans le but de s'opposer constamment à l'issue de l'humeur aqueuse que Saunders avait fait construire une aiguille légèrement cônica dans sa tige, et qui remplissait exactement la plaie.

Aussitôt que le cristallin est forcé au centre, on retire l'aiguille, l'opération est achevée et l'on recouvre légèrement l'œil ; on doit recourir immédiatement aux onctions

de belladone pour prévenir par la dilatation de l'iris, son adhérence avec les lambeaux de capsule.

Le cristallin foré et dénudé, se trouvant continuellement en contact avec l'humeur aqueuse, celle-ci l'altère et le dissout peu à peu, et on finit par obtenir dans le centre d'une lentille opaque une seconde pupille bien noire qui donne passage aux rayons lumineux, et la vision se rétablit. Nous avons dit plus haut que Heister et Bertrandi avaient recommandé cette perforation du cristallin, dans le cas où il devenait impossible de l'abaisser.

Dans un mémoire lu à la Société royale d'émulation, sciences et arts du département de l'Ain, j'ai prouvé, par une série de faits, que cette opération réussissait très-bien chez les chevaux, et qu'elle était même la seule qui pût donner des succès dans le traitement de l'obscureissement du cristallin chez les solipèdes (1).

Une seule opération réussit quelquefois, et la nature a souvent en quelques semaines opéré l'absorption complète du cristallin, au point qu'il ne reste plus que les deux feuillets de la capsule qui finissent par adhérer l'un à l'autre.

Si l'absorption se fait attendre trop longtemps, il faut recommencer l'opération, une ou plusieurs fois, en mettant au moins quinze jours d'intervalle entre chaque séance.

Je crois que Saunders a fait erreur en pensant que les cataractes congéniales dures étaient plus fréquentes qu'on ne le croit en général : les travaux de Scarpa, de Gibson, de Lusardi, de Lawrence, de Middlemore, et mes propres observations prouvent le contraire. Souvent on vous présente pour des cataractes congéniales, des opacités du cristallin, consécutives à la naissance, qui ont un degré de consistance plus grand que celles qui sont de naissance. J'ai déjà dit dans l'introduction de ce travail que je partageais

(1) *Compte rendu des travaux de la Société, pour 1829.*

entièrement la conviction de mon illustre maître, sur la rareté des cataractes parfaitement solides avant la trente-cinquième année. L'opération de Saunders ne peut donc s'appliquer qu'à des cataractes à consistance peu prononcée ; car pour perforer des cataractes dures, lenticulaires, la force à employer pour y parvenir serait dans le plus grand nombre des cas, plus que suffisante pour rompre la capsule et ses adhérences aux procès ciliaires, avant que le trou fut convenablement pratiqué au centre du cristallin ; dans ce cas l'on échouerait complètement.

Saunders s'est aussi tout à fait exagéré les résultats de l'épanchement de l'humeur laiteuse dans l'œil. Les phénomènes inflammatoires qui avaient suivi l'opération de la cataracte fluide, étaient autant dus à l'irritation de l'iris, ou de la membrane de l'humeur aqueuse, qu'à la formation d'un hypopion accidentel, qui se résorbe avec facilité : le danger le plus réel, c'est l'opacité instantanée de l'humeur aqueuse qui ne permet pas à l'opérateur de suivre les mouvements de son aiguille.

Saunders pensait qu'aussitôt que l'on s'apercevait de l'épanchement du liquide, il fallait se borner à de légers mouvements imprimés à l'instrument et à le retirer aussitôt : ce commencement d'opération convertissant toujours la cataracte fluide en une *cataracte capsulaire*, cette dernière est ensuite, quelques semaines après, attaquée dans son centre, comme dans la cataracte dure, et par ce moyen l'on obtenait une nouvelle pupille dans un rideau opaque.

On verra plus tard que la plupart des craintes de Saunders n'étaient qu'illusoires, et que rien n'est plus facile que d'y remédier ou de les prévenir.

CHAPITRE II.

CAPSULE OPAQUE AVEC UN CRYSTALLIN FLUIDE.

Saunders employait le même procédé que pour les cas ci-dessus, seulement il disait que l'on pouvait donner de plus grands mouvements latéraux à l'aiguille, pour faire une ouverture permanente; car, la détacher de la grande circonférence, serait selon lui une faute qui exposerait à obstruer la pupille et nécessiterait une opération, qui, elle même, serait peu heureuse; car d'un côté la capsule racornie ne s'absorbe jamais, et de l'autre, la capsule détachée en partie n'offre plus assez de prise pour être convenablement saisie.

Quant à moi, je procède justement comme le défend Saunders, sans avoir à me repentir de ce qu'il appelle une imprudence.

Ainsi, quand la cataracte existe sur un enfant ayant moins de quatre ans, je le place dans la position à plan incliné que j'ai indiquée plus haut: je cherche à obtenir le plus grand degré de dilatation de la pupille, et je plonge mon aiguille dans la cornée à deux lignes de son insertion à la sclérotique, une demi-ligne plus haut ou plus bas que dans son diamètre transversal. Cet instrument n'est que l'aiguille droite de Saunders, mais réduite à la plus grande finesse possible. Aussitôt que je suis parvenu au centre du cristallin, je l'incise crucialement et laisse l'instrument en place, immobile; car l'humeur aqueuse est aussitôt envahie et troublée par l'épanchement du fluide laiteux contenu dans la bourse cristalline: la chambre antérieure en est tellement remplie, que l'on croirait voir une opacité complète de la cornée transparente. A peine une minute s'est-elle écoulée que la matière se précipite comme dans un hypopion séreux; alors retirant légèrement l'aiguille,

je la porte entre l'iris et la grande circonférence du cristallin. La capsule se détache facilement et alors elle se roule sur elle-même et rien n'est plus facile que de l'immerger profondément dans le corps vitré; si elle remonte, on la jette dans la chambre antérieure, où elle s'absorbe peu à peu. Ici Saunders a raison, l'absorption est lente; mais elle a lieu cependant.

J'ai employé ce procédé plusieurs fois avec succès, entre autre dans le cas suivant :

Obs. Madame Bebert, couturière, demeurant rue Saint-Denis, à côté du passage du Grand-Cerf, vint me consulter pour un enfant de sa nourrice, qui demeurait dans les environs de Rambouillet, et qui était aveugle de naissance. Je la priai de le faire venir à Paris, et je ne tardai pas à me convaincre qu'il était atteint de cataracte congéniale. Cet enfant, âgé de trois ans, blond, lymphatique, ne marchait point seul, il parlait à peine et avait une intelligence très-peu développée. Ses yeux, assez grands, bruns, étaient continuellement en mouvement de rotation qui augmentait quand on le privait de la lumière éclatante qu'il aimait beaucoup. Son plus grand amusement était de placer ses mains entre le grand jour et ses yeux, et de faire des mouvements de haut en bas, qui lui interceptaient et rendaient alternativement la lumière.

L'iris très-mobile n'adhérait en aucune manière au cristallin et à ses annexes : plusieurs dilatations graduées avec l'extrait de belladone confirmèrent ce diagnostic. L'opération fut pratiquée dans les premiers jours de juillet 1833, en présence de M. le docteur Mamelet, chirurgien, aide-major au 3^e régiment de ligne, et de MM. Branzeau, Pauly, Jules Boumingas, étudiants en médecine : le procédé décrit ci-dessus fut exécuté avec facilité, et la capsule fut immergée dans l'humeur aqueuse. J'avais emmailloté l'enfant selon la manière indiquée par Lusardi, et il nous fut très-difficile de maintenir le petit malade, car il se débat-

tait et rugissait comme un petit lion, avant même qu'il eût été touché. Cependant quatre aides vigoureux, intelligents, paraissaient devoir être plus que suffisants pour comprimer ses mouvements, et ce ne fut pas sans peine que l'opération fut terminée, selon le procédé que j'ai indiqué.

Il ne se manifesta aucun accident et l'œil était parfaitement net vingt jours après l'opération.

On me permettra d'entrer dans quelques détails sur les soins généraux qui furent donnés à ce malade, car j'avais ici à lutter contre une organisation cérébrale excessivement vicieuse, et je ne pouvais rien obtenir de cet enfant, qui put me faire connaître s'il voyait, oui ou non. Il était donc indispensable de le traiter par des moyens analogues à ceux que l'on met en usage pour dresser les animaux, la faim et la soif.

Il ne se manifesta aucun accident après l'opération, et six jours s'étaient à peine écoulés que l'enfant était sur pieds, marchant dans une chambre obscure en se tenant aux chaises. Quand il apercevait un rayon de lumière, il se bouchait les yeux et se mettait à crier. Il était donc certain pour moi qu'il la percevait mieux qu'avant l'opération, peu à peu il la chercha, et plaçant entre la faible lueur qu'on lui permettait, et son œil, une de ses mains, il faisait des mouvements de haut et de bas, qu'il répétait ensuite devant l'œil non opéré, pour établir sans doute la différence qui existait entre les deux yeux. Mais il m'était impossible de fixer sa vue ou son attention sur quoi que ce fût; je résolus donc de placer à l'extrémité de fils suspendus au plafond de la chambre qu'il habitait, des fruits, du sucre, des gâteaux, et autres choses qu'il aimait, après les lui avoir fait toucher et flairer. Le succès couronna mon entreprise, et le petit gourmand était continuellement à la recherche des friandises. Rien de plus drôle que ses hésitations, ses calculs pour reconnaître les distances, sa colère quand ses mesures étaient mal prises. Je me suis dès lors convaincu

que la vision s'exerçait, qu'il ne fallait que du temps pour la rectifier et la fortifier : en effet, l'enfant voit maintenant parfaitement et distinctement.

Dans l'observation du petit malade qui précède, il ne reste plus aucune trace de capsule, elle a été entièrement résorbée : celle-ci ne peut jamais contracter de nouvelles adhérences si elle a été complètement détachée : si elle était difficilement dissoute par l'humeur aqueuse, il faudrait alors procéder à son extraction, comme le faisaient Ware et Gibson, de Manchester (1). Rien n'est alors plus facile, car avec un des plus petits couteaux à pupille artificielle de Jøger, on ferait une petite incision à travers laquelle on introduirait le coréoncion de Græfe, et on extrairait la capsule.

Étonné de la différence qu'il avait trouvée dans la pratique des opérations de cataractes congéniales, Saunders en chercha avec empressement la cause, et crut la trouver dans l'épaisseur de l'aiguille qu'il employait pour percer la cornée et qui, par sa conformation, était destinée à retenir l'humeur aqueuse. En effet, il ne tarda pas à se convaincre que la sortie de cette humeur avait bien moins d'inconvénients qu'on ne le pensait généralement, et que l'aiguille destinée à la retenir en place faisait payer cher cet avantage, en produisant des kératites et des iritis très-intenses. Il fit donc diminuer de beaucoup son aiguille, et dès lors les accidents furent moindres.

Saunders tenta aussi la perforation du cristallin à travers la sclérotique. Il recommande alors d'introduire l'aiguille à une ligne au moins de son union avec la cornée, pour éviter de toucher l'iris, et de le détacher du ligament ciliaire, accident du reste peu dangereux, si on retire de suite l'instrument, mais il renonçait à ce procédé pour les enfants. Aussitôt les tuniques percées, il faut diriger la

(1) Ware, ouvrage cité, page 360.

pointe de l'aiguille vers le bord mince du cristallin, introduire son plat entre la capsule et la lentille, puis arriver au centre de la capsule et l'ouvrir avec toutes les précautions mentionnées pour le premier mode opératoire, en faisant de petits mouvements pour ne pas luxer le cristallin. Dans les opérations subséquentes, on achève l'ouverture de la capsule sans projeter dans la chambre antérieure les portions de cristallin, car l'absorption se fait mieux en place.

Il arrive souvent que les premières tentatives pour opérer la cataracte congéniale non-seulement échouent, mais encore provoquent une inflammation adhésive entre la face postérieure de l'iris et la capsule; il devient alors impossible d'extraire les deux feuillets de la capsule sans courir la chance de détacher l'iris dans sa grande circonférence. C'est alors le cas de faire une légère incision à la cornée; puis au moyen des ciseaux de Gibson ou de Maunoir, pratiquer dans le centre du rideau opaque qui correspond à la pupille, une petite fenêtre. Les fragments sont abandonnés à l'absorption, ou extraits avec la pincette ou le crochet de Gibson, que j'ai toujours remplacé avec un immense avantage par le coréoncion de Græfe.

Il existe souvent entre le cristallin et l'iris une petite tumeur hydatique qui n'a aucune adhérence avec le premier et dont l'existence est souvent indépendante du dernier. Cette petite tumeur anormale ne gêne en rien la manœuvre de l'opération et souvent persiste après elle, sans pour cela mettre un obstacle à la vision. Cette complication est si rare que je crois devoir communiquer celle qu'a rencontrée en Angleterre, mon illustre maître et ami, le professeur Maunoir.

« Anne Baker de Compton, âgée de 13 ans, avait eu, dans sa plus tendre enfance, une ophthalmie violente, qui s'était terminée par la fonte absolue de l'œil droit et une cataracte sur le gauche; elle n'avait pas le souvenir d'avoir jamais

vu ; on pouvait donc la considérer comme aveugle de naissance. Cet œil gauche était très-beau, l'iris d'une grande activité dans ses mouvements de dilatation et de contraction, le cristallin d'un beau blanc laiteux, mais ayant, à peu près sur son centre, un peu à gauche, une petite tumeur du volume d'une grosse tête d'épingle, qui faisait saillie dans la chambre antérieure, et paraissait adhérente à la capsule par un très-mince pédicule.

« Je l'opérai au commencement de février, et je crois devoir donner le détail de mon procédé. Après avoir déterminé la plus grande dilatation de la pupille, au moyen de quelques grains d'extrait de belladone, dissous dans une demi-cuiller à café d'eau distillée, dans laquelle dissolution l'œil fut baigné quelques heures avant l'opération, je fis placer cette jeune fille sur une chaise ; un aide debout derrière elle, tenait sa tête appuyée sur sa poitrine ; de ma main gauche je fixai les paupières et l'œil avec le spéculum orbiculaire ; puis pénétrant avec l'aiguille de Saunders, plate et tranchante des deux côtés, dans la cornée transparente, à une ligne de la sclérotique, et à l'extrémité externe ou temporale de son diamètre transversal, j'en conduisis la pointe vers la partie supérieure du cristallin, et la portant de haut en bas, je fendis la capsule dans cette direction ; puis plongeant mon instrument dans le corps même de la lentille opaque, je la coupai comme je pus, et en amenai dans la chambre antérieure trois ou quatre fragments qui en constituaient peut-être le tiers. La petite tumeur blanche, dont j'ai fait mention, ne parut pas avoir changé de place ; toutes mes tentatives pour la séparer de ses adhérences avec la capsule, furent inutiles ; dès qu'elle était touchée par le tranchant de l'aiguille, elle fuyait dans la chambre postérieure, où elle ne trouvait pas de point d'appui ; et dès que je l'abandonnais, elle revenait à sa place (1).

(1) « J'ai donné des détails sur la manière dont j'ai fait cette opération,

» Le résultat de cette opération, qui fut facile à cause de l'extrême et rare docilité d'Anne Baker, laissa au milieu du cristallin brisé, une petite pupille d'un beau noir : l'œil n'était point fatigué et à peine douloureux. Anne distinguait tous les objets qu'on lui présentait, ne soupçonnant pas du tout ce qu'ils étaient; elle portait les mains en avant pour les saisir, et se trompait sur les distances : elle exprima de l'étonnement et de la joie. Je fermai ses yeux, les couvris d'une compresse trempée dans de l'eau tiède, qui fut fixée par une bande roulée : elle fut soumise à une diète sévère, et à un repos parfait; le bandage fut levé le troisième jour; l'œil était à peine légèrement rose, et nullement douloureux. Les fragments amenés dans la chambre antérieure, étaient floconneux et un peu gonflés; la pupille était moins grande, mais assez pour que la vue existât encore. Appelé à une excursion loin de Farnham, j'y laissai Anne Baker dans cet état satisfaisant, et ce ne fut guère qu'un mois après que je la revis. Pendant ce court intervalle de temps, elle avait *appris à voir*, et elle reconnaissait les objets usuels à la première vue, jusqu'au point de nommer une épingle que je lui montrais entre deux doigts. Cependant la pupille n'était pas très-augmentée, et était entourée d'une assez grande quantité de la matière du cristallin, non-dissous; tous les fragments qui avaient été amenés dans la chambre antérieure avaient disparu. Quelques jours après cette in-

parce que dès lors, j'en ai vu pratiquer une à Paris, par un professeur très-distingué par ses lumières et son adresse, qui, dans l'opération faite d'après ce procédé, a percé la cornée transparente à l'extrémité de son diamètre vertical. Cette manière d'attaquer le cristallin, n'empêche pas d'en couper la capsule, et de la briser facilement; mais elle rend presque impossibles les mouvements de la pointe de l'instrument en avant, pour amener les fragments brisés dans la chambre antérieure. Et en effet, dans cette opération, le cristallin tout entier resta dans la chambre postérieure; or, c'est un fait confirmé par une expérience répétée, qu'il se dissout beaucoup moins vite dans sa capsule, quoique déchirée, que quand il en est extrait. »

spection, je répétai l'opération comme elle avait été faite la première fois, et j'amenai de nouveaux fragments de cristallin dans la chambre antérieure. Les suites de ce second brisement de la lentille opaque furent tout à fait semblables à celles de la première opération; tous les fragments opaques déplacés disparurent dans moins de vingt jours; il en resta très-peu dans le champ de la pupille; et en quittant Farnham quelque temps après, je laissai ma jeune aveugle rendue à la lumière, et en état de travailler à la campagne et au foyer domestique, mais conservant sa petite tumeur blanche, qui n'avait changé ni de place ni de volume (1). »

Il arrive souvent que des cataractés de naissance ne sont point affectés de mouvement rotatoire dans les yeux, ce sont les individus dont la cataracte est opaline et qui conservent un certain degré de vision, quand ils sont assez avancés en âge pour raisonner de leurs sensations; il est facile de se convaincre qu'ils reconnaissent les couleurs très-éclatantes et les corps brillants: ces individus offrent en général les plus grandes chances de succès: voici un cas de ce genre. (*Voir les notes.*)

Obs. J'assistais dans les premiers jours de juillet 1824, à une opération de cataracte faite par M. Maunoir, sur un jeune enfant de cinq ans; la cataracte était laiteuse; les pupilles bien mobiles; les yeux n'étaient point sujets à ces mouvements rotatoires si pénibles à voir dans les aveugles-nés; le petit malade apercevait assez bien les différentes couleurs. Dans la matinée l'on avait instillé dans les deux yeux quelques gouttes de belladone qui produi-

(1) « Je fus tenté un moment de faire une petite incision à la cornée, pour saisir et extraire cette petite concrétion avec des pinces; mais obligé de revenir à Genève, je n'osai m'exposer à laisser les soins d'une opération délicate dans des mains peu accoutumées à ce genre de traitement. Je dois dire encore que le cristallin d'Anne Baker avait une consistance molle, que je comparerais volontiers à celle du beurre de printemps. »

sirent une dilatation très-marquée des pupilles ; contre son habitude M. Maunoir opéra les deux yeux par le procédé qu'il avait employé pour Anne Baker ; il commença par l'œil droit, et malgré les horribles cris et les trépignements du petit malade, il opéra avec succès : quand on passa à l'œil gauche, le malade se montra aussi docile qu'il avait été récalcitrant dans la première opération. Le résultat fut très-heureux pour toutes deux, et l'enfant recouvra complètement la vue.

J'ai dû rapporter les deux faits ci-dessus avec détails, parce que tous deux se rattachaient à des cas exceptionnels qu'il est important de signaler à l'attention des praticiens. J'avais encore une autre raison d'un intérêt bien autrement supérieur : c'est que Maunoir à qui l'opération de la cataracte par extraction doit de si utiles perfectionnements, opération si heureuse dans ses mains, n'a jamais songé à employer ce procédé pour la cataracte congéniale. Cependant, il ne se cache point de sa préférence pour l'extraction comme méthode générale : mais M. Maunoir tient compte des faits observés par ses confrères et par lui-même ; et ayant eu sous les yeux les succès obtenus par Saunders, il a adopté sa méthode, sans que M. Alexandre, par son habileté, qu'il se plaît à proclamer, ait pu ébranler ses convictions.

La science gagnerait beaucoup aux communications des succès et des insuccès, arrivés dans la pratique des grands chirurgiens ; malheureusement, il n'en est pas ainsi ; il y a déjà longtemps que le Nestor de la chirurgie italienne avait écrit les remarquables sentences suivantes.

» *La maggior parte dei chirurghi non pubblica che le storie di guarigioni felici e tira un velo sopra le infelici, dalle quale però, si potrebbe trarre dei lumi per l'avanzamento dell'arte* (1).

(1) La plupart des chirurgiens ne publient que les observations de guérison, et tirent un voile épais sur leurs revers, comme si ceux-ci ne pouvaient pas souvent fournir à la science d'utiles enseignements. Scarpa, *Sull'*

Espérons donc que cette déclaration de l'homme le plus consciencieux de son époque engagera les chirurgiens à faire connaître leurs insuccès en même temps qu'ils rapporteront leurs cas de réussite.

CHAPITRE III.

SOINS CONSÉCUTIFS A L'OPÉRATION.

J'ai déjà dit plus haut combien il était difficile, voire même impossible de placer un appareil sur les yeux des enfants opérés de la cataracte; car les efforts qu'ils font pour s'en débarrasser sont souvent plus dangereux, plus contraires au succès de l'opération que l'absence de tout appareil. Il faut donc se borner à pratiquer des frictions de belladone dans le pourtour de l'orbite, pour maintenir la pupille dilatée, et à placer les yeux opérés dans une obscurité convenable. Il faut les tenir dans une atmosphère peu chaude, car, comme l'a dit un spirituel écrivain, M. Réveillé-Parise, rien ne fait plus de bien à un œil irrité qu'un bain d'air modérément frais (1).

S'il se manifeste une inflammation, il faut avoir recours à l'application de quelques sangsues aux tempes, ou derrière les oreilles, mais jamais les placer sur les paupières, comme le recommandait Saunders, pratique essentiellement vicieuse, que suivent encore un grand nombre de médecins anglais, entre autres MM. Lawrence et Guthrie. En effet, non-seulement l'anélide, placée sur la paupière, y détermine toujours une flexion érysipélateuse, ou des

anevrismo, riflessioni ed osservazioni anatomico-chirurgiche, § 16, page 77.

(1) *Bull. thérap.*, tome I, page 314.

ecchymoses qui peuvent tomber en gangrène, mais encore le globe de l'œil peut être blessé par le suceoir de l'animal, accident dont j'ai été plusieurs fois témoin.

Quand l'inflammation est très-violente, j'emploie avec avantage la scarification dans l'intérieur des narines, ce qui procure un écoulement de sang abondant et un soulagement marqué. C'est toujours pendant le sommeil qu'il faut examiner les yeux des enfants : en le faisant avec précaution et avec une lumière modérée, on y parvient très-facilement sans les réveiller. Dans quelques circonstances même, il est nécessaire de provoquer un sommeil plus profond, en leur faisant prendre un sirop légèrement narcotique, ou en leur introduisant dans le rectum un léger suppositoire de beurre de cacao, mêlé à quelque substance soporifique. Les autres phénomènes inflammatoires doivent être traités comme chez l'adulte et selon les indications qu'ils réclament.

Il ne reste plus qu'une indication à remplir, c'est d'accoutumer peu à peu le malade à la lumière, sans quoi l'on courrait la chance de produire une rétinite très-aiguë, qui pourrait faire perdre tous les bénéfices de l'opération. C'est en général la cause de tant d'insuccès; l'opérateur, l'opéré, les parents brûlent de s'assurer des effets de l'opération, et l'on soumet le petit malade à des expériences dont la conséquence est souvent funeste pour lui.

Il ne faudra donc le conduire au grand jour que lorsqu'il aura passé par des degrés variés de lumière. Pendant longtemps il sera même convenable de lui faire porter un garde-vue et des lunettes colorées.

Je pourrais entretenir de ces expériences prétendues physiologiques faites sur les aveugles-nés; mais tout ce que je pourrais dire, resterait bien au-dessous des observations faites par Cheselden, qui eut pendant si longtemps à sa disposition un aveugle-né rendu à la lumière (1).

(1) C'est à tort que pendant longtemps l'on a cru, ainsi que l'avait

Wardrop, plus heureux encore, rendit la vue à une dame de beaucoup d'esprit, âgée de 45 ans, et put suivre chez elle tous les développements d'un sens nouveau pour elle, et qui justifia souvent l'opinion avancée par Berkeley, qui disait qu'un aveugle-né à qui on rend la vue, formera des jugements très-différents de ceux que nous formerons nous-mêmes de la grandeur et de la forme des objets qu'il apercevra ; il ne pensera pas que l'idée de la vue ait aucun rapport de connexion avec l'idée du toucher (1).

La plupart des aveugles de naissance à qui l'on rend la lumière ne savent point voir, c'est le mot ; c'est une éducation qu'il faut commencer pour un sens, et qui ne marche que peu à peu, et à mesure que le toucher rectifiera les sensations. Ainsi l'aveugle de Cheselden pensait que les objets qu'il voyait, devaient toucher ses yeux, comme son doigt touchait sa peau.

Cette rectification d'un sens par un autre, et qui est très-avantageuse chez les adultes, devient chez les enfants un obstacle au perfectionnement de la vision, parce qu'il leur paraît plus simple et plus expéditif de toucher ou de chercher à toucher ce qu'ils voient, mal ou difficilement. Il faut alors les forcer à se passer du sens auquel ils attachent tant d'importance, et même les priver momentanément des autres, sur lesquels ils comptaient trop, pour les obliger à voir, ou tout au moins apprendre à voir. On arrivera à ce but, en obturant les oreilles par un mécanisme approprié, en liant les mains derrière le dos. C'est ainsi que M. Dupuytren rendit la vue à une jeune

avancé Voltaire dans ses *Éléments de la philosophie de Newton*, que Cheselden avait opéré une cataracte congéniale. Cette opinion, partagée même par un grand nombre de chirurgiens, a été détruite par les recherches de S.-W. Adams, qui a prouvé à l'évidence et par des pièces authentiques que le petit aveugle de Cheselden avait une occlusion congéniale de la pupille dont il fut guéri par l'opération de la pupille artificielle.

(1) Berkeley, *Théorie de la vision*, page 28. *Bibliothèque universelle de Genève*, tome XXXIV, page 291.

fille fort opiniâtre, et qui ne voulait point marcher sans se servir de ses mains qu'elle portait en avant, en forme d'antennes, pour reconnaître les objets qu'elle aurait pu voir. On ne lui accordait les choses qu'elle aimait le mieux, que lorsqu'elle les devinait et les nommait (1) : j'ai dit plus haut que j'avais dompté par la faim un petit garçon à facultés peu développées, et en même temps excessivement opiniâtre (voyez page 253).

Sans une excessive sévérité, l'on court la chance de ne jamais leur apprendre à voir, et alors, tout le bénéfice de l'opération est perdu pour longtemps.

Il est vraiment pénible d'être obligé de tourmenter de jeunes enfants, souvent fort intéressants : il faut se résoudre en même temps à supporter l'affliction des parents, qui s'exhale souvent en reproches injustes et amers. De toutes les professions, celle de l'oculiste est la plus sujette aux plus cuisants déboires, par l'impatience des malades et l'injustice de ceux qui les entourent.

Je me rappellerai toujours la patience admirable et la dignité avec laquelle M. Maunoir répondait aux lamentations poignantes de M. de Beaumanoir qui, déclaré incurable par tous les oculistes de l'Allemagne, recouvra la vue après une des plus remarquables opérations de pupille artificielle compliquée de cataracte, qui ait été pratiquée. Le malade ne put voir cependant que 3 mois après, mais sa vue devint parfaite (2).

Il est un autre écueil, c'est l'habitude de la cécité, c'est l'ignorance absolue des objets environnants *ignoti nulla cupido*, qui fait que la plus grande partie des aveugles-nés, privés d'instruction première, ne témoignent pas le désir

(1) Guillié, *Nouvelle bibliothèque ophthalmologique*, premier fascicule, page 37. *Répertoire d'anatomie et de physiologie* de Breschet, 2^e année.

(2) Carron du Villards, *Considérations pratiques sur quelques points en litige, concernant l'opération de la pupille artificielle*. *Journal des connaissances médicales*, avril 1834.

de voir, ou ne manifestent aucun étonnement, et ne cherchent point à sortir du vague où ils sont. Je rapporterai à l'appui de ce fait la singulière réponse d'un aveugle-né, opéré par Beer, et qui répondit au prince de Metternich, qui lui demandait pourquoi il ne manifestait aucune émotion, aucun sentiment de bonheur, « Eh! monsieur, ne savais-je pas que j'étais venu ici pour cela (1) !!

Consolons - nous, dans l'exercice des devoirs de notre profession, de l'injustice des hommes, et souvent encore des caprices du hasard qui se joue de toutes les prévisions pour rendre impuissantes nos meilleures intentions et faire échouer les opérations qui étaient destinées à nous faire le plus d'honneur.

(1) *Bin, ich denn nicht deswegen hierher gekommen*, Guillé, ouvrage cité.

MEMENTO DE L'OPÉRATEUR,

OU RÈGLES GÉNÉRALES DE L'OPÉRATION DE LA CATARACTE PAR EXTRACTION.

Je suis convaincu, avec M. Ware, que quelque habitude que l'on ait d'une opération, il faut souvent représenter à sa mémoire les divers temps qui la composent et les différentes modifications que les parties ou les circonstances peuvent lui faire subir. Afin de graver profondément dans l'esprit des jeunes opérateurs les règles générales des diverses méthodes d'opérer la cataracte, nous allons les formuler en propositions; rien ne sera plus facile que de les parcourir chaque fois que l'on aura une opération à faire, précaution que n'a jamais négligée Ware, lors même qu'il eut fait un grand nombre d'opérations. Le texte en caractère petit-texte, indique les explications des propositions.

I.

Les instruments qui doivent servir à l'opération seront examinés avec soin : le kératotome mérite une attention toute particulière, et il faut s'assurer de son tranchant.

Nous avons parlé, à l'article *Défectuosité des instruments*, des soins pris par M. de Wenzel, et qu'il ne faut jamais transgresser.

II.

Le kératotome doit varier en longueur, en largeur, en épaisseur, selon les diverses conformations de la cornée, il

doit toujours être plongé dans l'huile avant d'être porté sur les tissus.

C'est au choix convenable de la forme de l'instrument que Forlenza et un grand nombre d'opérateurs ont dû la facilité, même merveilleuse, avec laquelle ils incisaient la cornée d'un œil qui se cachait profondément dans le grand angle, sans blesser l'iris.

III.

Il ne faut jamais perdre de vue la position convenable pour avoir une bonne lumière, et l'opéré doit être placé de telle manière que le chirurgien voie toujours parfaitement le trajet de son instrument à travers la cornée.

C'est un point de la plus haute importance que de prendre bien son jour. Le succès de l'opération en dépend, et l'opérateur doit même, dans ce cas, sacrifier sa propre position, pour en donner une convenable à l'opéré : les faux jours occasionnent des accidents graves à l'homme le plus exercé.

IV.

Que l'on opère le malade couché ou assis, il doit être assez bas pour que le genou de l'opérateur puisse servir de point d'appui à son coude.

Il est bien peu d'opérateurs qui puissent opérer à main levée ; quelque soit la sûreté de celle-ci, il faut se défier des mouvements du malade, qui peut alors imprimer à la main mal assurée une secousse dont on ne peut calculer ni prévenir les effets.

V.

La tête doit être fixée de telle manière qu'il n'y ait pas de recul possible : on sentira combien la position horizontale est favorable pour obtenir cette fixité convenable.

C'est ce recul instantané qui fait dévier la lame de l'instrument et com-

mettre des accidents graves. Barth , en fixant le malade, droit contre le mur ; Benjamin Bell , avec son fauteuil , obviaient à cet accident ; la position horizontale les remplace avec avantage.

VI.

Il faut toujours s'assurer des bras du malade même le plus raisonnable.

Nous ne sommes plus à l'époque où l'on garottait les opérés, mais il est des mouvements involontaires, que le malade ne peut retenir, et sa main venant à heurter l'opérateur, l'œil peut être vidé. Il est donc important que quelqu'un, assis de chaque côté de l'opéré retienne ses mains avec précaution.

VII.

Celui qui est chargé de tenir la paupière, doit le faire avec précaution, sûreté, et assez de force pour vaincre le blépharospasme, il ne touchera point l'œil : enfin, il se placera un peu de côté pour ne point intercepter la lumière et gêner l'opérateur.

Pour rendre ces divers temps d'une facile exécution, il faut que l'aide soit de grande taille, ou qu'il se place sur un tabouret solide ; il doit essuyer avec soin la paupière et ses doigts, pour que ceux-ci ne glissent point sur elle et la maintiennent immobile.

VIII.

Il ne faut jamais opérer les deux yeux à la fois, et maintenir l'œil qu'on n'opère pas, avec un bandage convenable, placé avant de commencer l'opération.

Nous avons, dans le cours de ce travail, donné les raisons pour lesquels il ne faut opérer qu'un œil. L'œil qui ne doit pas être opéré doit être voilé pour empêcher les mouvements qui se transmettraient à celui soumis à l'opération : si l'œil jouissait de la faculté de voir, cette précaution serait encore plus indispensable, pour empêcher le malade de s'effrayer à la vue des instruments.

IX.

Avant de commencer l'opération, chaque aide doit être prévenu avec soin de ce qu'il a à exécuter ; et il faut attendre que l'œil ait pris de l'aplomb.

Cette recommandation est importante pour assurer la promptitude de l'exécution, pour que les instruments nécessaires soient présentés au feu à mesure ; enfin pour que celui qui soutient la paupière la laisse tomber convenablement, sans pour cela négliger de tenir la tête fixée : l'opérateur doit commander par signe plutôt que de la voix. Au moment où l'on opère le malade, il est ému, et son œil agité ; quelques paroles consolantes le calment, et les mouvements convulsifs de l'organe s'apaisent : c'est le moment favorable.

X.

Au moment où l'opérateur attaque la cornée, l'instrument doit être introduit presque parallèlement à l'axe du corps, par un mouvement vif et sec : aussitôt que le défaut de densité et la coloration de la lame annoncent que l'on est dans la chambre antérieure, il faut ramener la pointe horizontalement et parallèlement à l'iris, sans presser avec l'instrument.

Voilà le temps le plus important de l'opération ; tout le succès dépend presque de la sûreté de son exécution ; car si l'instrument n'est pas enfoncé presque perpendiculairement à l'axe du corps, on risque de labourer les lames de la cornée et d'avoir une incision défectueuse ou insuffisante ; si, aussitôt que le kératotome a divisé toute l'épaisseur de la cornée, on ne ramène pas sa pointe à l'horizon et parallèlement à l'iris, cette cloison mobile sera blessée.

XI.

Lorsque la pointe de l'instrument éprouve de la difficulté à ressortir au point opposé où il est entré, il faut favoriser ce temps de l'opération en pressant avec l'ongle du doigt medius, sur le point où il doit perforer la membrane.

Il est important de surveiller la sortie de la pointe de l'instrument, car si elle éprouvait trop de résistance, non-seulement elle pourrait se plier, mais encore labourer les lames de la cornée et aller blesser l'iris à son union à la sclérotique.

XII.

Si l'iris se présente au-devant du couteau, il faut peu à peu retirer la lame; puis, en renversant légèrement la main, porter la pointe du côté de la concavité de la cornée, pour compléter l'incision. Si ce moyen échoue, faire avec le doigt de légères frictions sur la cornée.

Je ne saurais assez recommander de ne point trop mettre de précipitation dans ces diverses manœuvres, car un rien peut faire commettre des fautes graves.

XIII.

Pendant le temps de la ponction et de la sortie de l'instrument au point correspondant, on peut presser légèrement sur le globe de l'œil pour assurer l'action du kératotome; mais aussitôt que la pointe est visible à l'angle interne, toute pression doit cesser immédiatement.

La chute de l'humeur vitrée et le refoulement de l'iris au-devant du couteau ne sont souvent que le résultat d'une pression imprudemment continuée; l'opérateur doit surtout recommander à son aide de s'abstenir de presser en aucune manière sur le bulbe.

XIV.

La sortie prématurée de l'humeur aqueuse empêche souvent de terminer l'incision d'une manière convenable et suffisamment grande; dans ce cas, il ne faut pas insister: le kératotome simple doit être retiré, et l'incision agrandie avec les instruments appropriés.

Il vaut mieux agrandir l'incision par une seconde opération que de

s'entêter à le faire dans la première, parce que, lorsque l'humeur aqueuse est sortie prématurément, la chambre antérieure s'efface et le cristallin accule l'iris au-devant du couteau ; le kératotome double, de notre invention, peut remédier à ces divers accidents, lors même que le cristallin a déjà passé dans la chambre antérieure.

XV.

La largeur de l'incision doit être en raison directe du volume apprécié du cristallin ; cependant elle doit être moindre pour les adultes que pour les vieillards.

On sait, à n'en pas douter, que le cristallin des hommes adultes est peu dur, et qu'on l'extrait facilement par une incision moyenne ; le contraire a lieu chez les hommes avancés en âge ; dans tous les cas, les pinces à crochet ou à lentille fenêtrée sont d'un grand secours.

XVI.

Aussitôt que l'incision de la cornée a été faite et terminée convenablement, l'aide doit laisser tomber la paupière : dès ce moment, il ne doit plus y toucher, c'est l'opérateur qui reste désormais chargé de ce soin.

On conçoit que, lorsque la cornée est ouverte, toute manœuvre imprudente ou précipitée peut vider l'œil. Pour tous les temps secondaires à la section de la cornée, l'opérateur doit relever lui-même la paupière et ne la laisser toucher par personne. Rien n'est plus facile que cette manœuvre, exécutée avec la main opposée à celle qui tient l'instrument.

XVII.

Quand il s'agit d'ouvrir la capsule, il ne faut jamais introduire l'aiguille par la pointe, mais commencer à soulever le lambeau cornéen avec la tige de l'instrument : peu à peu, en retirant la main, on amène la pointe de l'aiguille au centre de la pupille, sans courir le risque de blesser ou de décoller l'iris.

On blesse très-souvent l'iris au moment où on introduit l'aiguille pour inciser la capsule ; il faut toujours rejeter pour cette partie de l'opération la lame du kératotome et les kistitomes à lames larges.

XVIII.

Pour extraire le cristallin, il faut avoir la précaution de ne point presser trop en arrière sur le globe de l'œil, car on courrait la chance de faire sortir l'humeur vitrée sans obtenir l'évacuation de la lentille opaque.

Cet accident est très-fréquent , et Marc-Antoine Petit insiste fortement sur l'importance du précepte que nous venons de donner.

XIX.

Si une pression modérée ne fait pas sortir le cristallin, il faut alors le charger avec le crochet de Beer ou les pinces de Maunoir ; car il est toujours très-avantageux que l'opération ne se prolonge pas.

Je ne saurais ici admettre le conseil de Ware , qui veut que l'on presse sur l'œil en haut et en bas ; rien n'est plus propre à vider l'œil que cette manœuvre ; les tentatives réitérées et modérées avec les pinces de Maunoir , arrivent plus facilement au but qu'on se propose sans faire courir le même risque.

XX.

Aussitôt que l'on s'aperçoit de la hernie de l'humeur vitrée, il faut laisser tomber la paupière, la maintenir fermée par une légère pression et calmer le malade. Après quelques minutes de repos on recommence l'opération.

Il est de toute nécessité de suspendre l'opération , parce que le spasme de l'organe pourrait augmenter et le faire vider immédiatement.

XXI.

Lorsque la cataracte est extraite avec ses accompagnem-

ments, il faut avoir un soin extrême de réunir exactement les lèvres de la plaie avant de placer le pansement.

Les cicatrices vicieuses de la cornée, la sortie consécutive de l'humeur, les hernies secondaires de l'iris sont presque toujours la suite de l'oubli de ce précepte important.

XXII.

En plaçant le bandage et ses annexes comme nous l'avons indiqué en temps et lieu, il ne faut jamais perdre de vue les indications suivantes : réunir par première intention la solution de continuité, modérer les mouvements de l'organe sans comprimer, enfin intercepter les rayons lumineux.

Nous avons vu par le parallèle des succès de M. Delmas et de ceux de Delpéch, l'importance d'un pansement convenable. Il faut surtout surveiller avec attention la position des cils, car un seul cil engagé dans les bords de la plaie, peut non-seulement empêcher la réunion par première intention, mais encore faire échouer complètement l'opération.

En méditant les préceptes que j'ai fait imprimer en caractères ordinaires, tandis que les explications sont en caractères plus petits, on les aura toujours présents à la mémoire, et l'on ne saurait trop les consulter.

RÈGLES GÉNÉRALES DE L'ABAISSEMENT.

Les règles générales pour la dépression qui concernent l'examen de l'instrument, les précautions pour contenir l'opéré et le calmer, le choix de la lumière, sont les mêmes que pour l'extraction; la position seule varie. Il en est de même pour assujétir l'œil qui n'est pas opéré.

I.

Pour pratiquer l'abaissement, le malade doit être assis ou droit contre un mur; sa tête sera fixée convenablement contre la poitrine d'un aide, et mieux encore contre un fauteuil préparé à cet effet.

Quoique le mouvement de recul soit moins à craindre que dans l'opération par extraction, il est très-convenable de maintenir le malade dans une position fixe et qui mette l'opérateur à couvert des effets des mouvements imprudents.

II.

Comme dans l'extraction, le chirurgien doit être placé commodément pour appuyer son coude sur le genou, bon nombre de chirurgiens opèrent debout.

Quoique l'on ait ici bien moins de danger que dans l'extraction, il ne faut jamais s'endormir sur les précautions générales qui, souvent négligées, compromettent une opération au moment où l'on y pense le moins.

III.

L'opérateur peut lui-même écarter les paupières, mais il est plus convenable de le faire faire par l'aide; l'opéra-

teur peut alors contenir le globe de l'œil et même ses mouvements.

Dans l'opération par abaissement, une légère compression peut être exercée pendant toute la durée de la manœuvre, sans qu'il en résulte aucun accident: il faut seulement la suspendre pendant que l'on recommande au malade de regarder vers son nez, ou en haut, selon que la manœuvre opératoire nécessite ces divers mouvements.

IV.

Traverser la sclérotique par un coup sec et brusque, sans hésitation, en présentant la pointe du crochet parallèlement à l'axe transverse de l'œil. Point noir en avant (1).

Toutes les fois qu'en introduisant l'aiguille il y a hésitation, la sclérotique est labourée: j'ai dit qu'il fallait présenter la pointe du crochet parallèlement à l'axe transverse, parce que quelques opérateurs ont cru qu'en la présentant parallèlement à l'axe perpendiculaire, le plus petit diamètre de l'aiguille étant introduit ainsi, on risquait moins de blesser les nerfs iriens. Ce procédé est defectueux, parce que pour ramener l'aiguille à l'horizon, il faut lui faire exécuter une espèce de tour de maître, et qu'ensuite les nerfs iriens n'ayant pas une place connue et invariable, rien ne peut garantir leur lésion, qui d'ailleurs n'est pas si grave, puisque dans la scléroticotomie et dans le procédé de Giorgi, on en coupe plusieurs.

V.

Aussitôt que la sclérotique est traversée, faire cheminer horizontalement, sans presser: point noir en avant.

Il est important dans ce moment de ne point fourvoyer la pointe de l'instrument entre la capsule et le cristallin. Aussitôt que l'on commencera à voir la pointe de l'aiguille s'avancer vers le cristallin, il faudra porter

(1) C'est le point noir qui existe sur les manches blancs pour indiquer la courbure de l'aiguille: si le manche était en ébène, on dirait *point blanc en avant*.

l'aiguille dans l'espace pupillaire, même un peu dans la chambre antérieure, pour savoir si l'aiguille est bien libre.

VI.

L'opérateur ayant reconnu qu'il est en bonne voie, ramène l'instrument à l'horizon, en portant la pointe parallèlement à l'axe perpendiculaire du corps. Point noir en haut. Dans cette position, la faire cheminer jusqu'à ce qu'elle soit arrivée au tiers interne du diamètre du cristallin. Toujours point noir en haut.

La manœuvre que nous venons de décrire a pour but de préserver la capsule et l'iris de l'action du crochet, et de mettre ce dernier en mesure d'attaquer des brides anormales, s'il en existe entre le cristallin et l'iris. Il est reconnu aujourd'hui, grâce aux expériences de Scarpa et de Panizza, qu'il ne faut point briser la capsule avant d'abaisser le cristallin, comme le recommande encore M. Coster dans son Manuel.

VII.

L'aiguille étant parvenue au point que nous avons indiqué dans le paragraphe précédent, sans la changer de face, il faut presser sur la lentille avec le côté du crochet et la tige, et en imprimant à l'instrument un mouvement de bascule, point noir en haut et en avant, pour la précipiter dans l'humeur vitrée, entre le muscle abducteur et l'abaisseur de l'œil : pour rendre cette manœuvre plus facile, recommander au malade de regarder en haut.

En attaquant la lentille avec la pointe du crochet, l'on court le risque non-seulement de briser la capsule, mais encore de traverser le cristallin, pour peu qu'il soit mou. Il est un autre écueil, c'est celui d'accrocher le cristallin, et de ne pouvoir le séparer de l'aiguille lorsqu'il est arrivé dans le lieu où il doit rester enfoui.

VIII.

L'opérateur après avoir abaissé le cristallin doit le main-

tenir en place, sans trop presser, pendant trente à quarante secondes. Puis, ramenant avec précaution l'aiguille à l'horizon dans le champ pupillaire, il décrit alors des cônes avec l'instrument, non-seulement pour détruire toute la capsule, mais encore pour briser en différents sens les cellules de l'humeur vitrée, et obtenir pour le cristallin une pesanteur spécifique, supérieure à celle du corps vitré.

La plupart des opérateurs sacrifiant sans raison la sûreté de l'exécution au brillant *du faire*, il résulte qu'en ramenant trop tôt l'aiguille au centre pupillaire, les cellules hyaloïdiennes n'ont pas été rompues. Alors le cristallin, repoussé par leur élasticité (*propelling power*), repart vers la pupille et s'oppose en partie ou tout à fait à la vision. Si on le maintenait en place pendant que l'on réciterait un *Pater noster*, ainsi que le disait Ambroise Paré, l'équilibre se rétablirait d'autant plus tôt qu'en ramenant l'aiguille à l'horizon, on briserait mieux les cellules du corps vitré.

IX.

Si le cristallin est mou, en décrivant les cônes, on le rompt en autant de pièces que possible avec le crochet, on immerge les plus gros fragments dans l'humeur vitrée, puis, on balaye l'espace pupillaire, et on projette les petits fragments dans la chambre antérieure.

C'est ici le cas de se servir du crochet en divers sens : en présentant la surface tranchante de l'aiguille aux lambeaux flottants du cristallin, rien n'est plus facile que de les accrocher et de les porter où l'on veut. L'aiguille de Scarpa a, dans ce cas, des avantages immenses sur tous les autres instruments.

X.

Quand tout est brisé, il faut retirer l'aiguille, en ayant soin de tenir le point noir en arrière, et en faisant décrire

au manche un mouvement de bascule vers le nez, sans quitter la direction horizontale.

On voit que pour retirer l'aiguille convenablement, il faut exécuter une manœuvre opposée à celle qui est employée pour l'introduire. En effet, le point noir se trouvant en arrière, la concavité du crochet se trouve en face de l'opérateur, et en portant horizontalement le manche vers le nez, l'aiguille est extraite sans danger et sans accrocher, ce qui arrive quelquefois lorsqu'on la retire de la même manière qu'elle a été introduite.

XI.

Si la cataracte est entièrement fluide, lors même que l'humeur aqueuse est troublée, en se rappelant bien la position des parties et en présentant le dos de l'aiguille à l'iris, on peut facilement continuer l'opération qui ne consiste plus qu'à briser la capsule.

Il faut, autant que possible, détruire la plus grande portion de la capsule, parce que celle-ci pouvant devenir opaque aussitôt que l'humeur aqueuse cesse d'absorber, il faut revenir à une seconde opération pour détruire la capsule.

XII.

Les adhérences du cristallin avec l'iris devront être détruites en présentant le crochet sur la bride, point noir en haut, en abaissant légèrement le manche pour porter le tranchant du crochet sur la bride. Alors, par de légers mouvements de haut en bas, sans dévier à droite ou à gauche, on coupe sans peine le lien anormal, puis on termine l'opération.

Cette manœuvre plus facile à exécuter qu'à décrire, peut être répétée autant de fois qu'il y a de brides, et on suit les progrès de l'opération en voyant les différentes formes que prend la pupille à chaque bride coupée.

XIII.

Ne jamais s'entêter à abaisser un cristallin glutineux, se contenter de le briser en tous sens, ainsi que sa capsule et les livrer à l'absorption.

Tous les efforts faits pour déprimer cet espèce de cristallin ne tendraient qu'à fatiguer l'œil et à y produire des accidents. L'expérience de Barbette a été sanctionnée par les recherches de Scarpa et les miennes.

XIV.

Si on ne peut espérer d'ébranler un cristallin fortement adhérent, il faut alors l'attaquer au centre avec le crochet, par de petites rotations et des grattements combinés, y faire un trou que l'on agrandit en décrivant un cône avec l'aiguille.

Bertrandi et Heister ont employé ce procédé qui est resté longtemps dans l'oubli. Saunders, après l'avoir employé par la kératonyxis, le mit en usage par la sclérotique, pour des cristallins même non-adhérens. L'humeur aqueuse absorbe peu à peu la lentille, et il se forme alors au centre de celle-ci une pupille qui permet au malade de voir parfaitement.

RÈGLES GÉNÉRALES POUR PRATIQUER LA KÉRATONYXIS.

Les précautions générales sont les mêmes que pour les autres procédés; il serait oiseux de les répéter ici.

I.

Obtenir le plus grand degré de dilatation de la pupille, autant que faire se peut.

La nécessité de ce principe se révèle d'elle-même : plus le champ à parcourir par l'instrument sera grand, plus il sera facile d'en suivre l'action et les effets dans les temps consécutifs.

II.

Attaquer la cornée par un mouvement sec et vif, parallèlement à l'axe antéro-postérieur de l'œil, en bas, en haut, par côté, à l'union du tiers externe avec le tiers interne, jamais au centre.

C'est une erreur grave de penser qu'il faille traverser la cornée au centre. Ce précepte faussement attribué à Langenbeck, après avoir été employé quelquefois impunément, a produit, dans d'autres circonstances, de nombreux accidents : il fait perdre en outre un des principaux avantages de l'opération, celui de pouvoir projeter dans la chambre antérieure une partie des fragments du cristallin brisé.

III.

Quand on emploie une aiguille droite, il faut la faire glisser sur l'ongle qui lui servira, pendant tout le temps de l'opération, de point d'appui ou d'hypomochlion destiné à empêcher les tiraillements et la pression sur la plaie de la cornée.

Au moyen de la précaution que nous venons d'indiquer, l'on donne à la main une sûreté d'action qu'elle ne pourrait avoir lorsque l'on opère à main levée, l'hypomochlion de l'ongle soutient les efforts de la tige, sans presser sur la plaie de la cornée. Rien n'est plus facile alors que d'agir dans tous les sens et de déprimer, broyer et détruire la lentille et ses annexes.

IV.

Si on emploie, comme quelques opérateurs allemands, une aiguille courbe ordinaire, il faut alors, pour obtenir une introduction facile, placer la main qui porte l'aiguille, sur le front du malade, présenter le crochet à la cornée, la courbure tournée vers la cornée et le dos faisant face à l'opérateur. Aussitôt que la cornée est traversée, par une espèce de tour de maître, on ramène la main à la direction parallèle au diamètre antéro-postérieur.

La manœuvre nécessaire à l'emploi de l'aiguille courbe ressemble assez à celle que l'on pratique pour introduire une algalie courbe dans la vessie, lorsque l'opérateur est placé entre les cuisses du malade. J'ai indiqué dans la deuxième planche, n° 8, le profil de la position de l'aiguille, au moment où on la présente à la cornée. Dans le même dessin, l'on voit l'instrument ramené, sa courbure en bas.

V.

Quand on a attaqué le cristallin, il faut le traverser et broyer en divers points, en décrivant des cônes, pour détruire toute la capsule.

Ce précepte ne doit jamais être perdu de vue, car de lui dépend le succès de l'opération. Si on se bornait à de simples piqûres, au lieu de hacher la capsule en tous sens, comme on est obligé de le faire quelquefois sur des enfants difficiles à maintenir, on serait presque forcé de revenir à une seconde opération; en attaquant la capsule par sa grande circonférence, on évitera cet accident.

VI.

Pendant les manœuvres pour abaisser et rompre la lentille et ses annexes, il faut bien se garder d'appuyer sur le rebord pupillaire.

C'est aux pressions de l'aiguille sur le rebord pupillaire, qu'il faut attribuer la fréquence des iritis qui suivent la kératonyxis et les décollements de cette membrane mouvante, à sa grande circonférence.

VII.

Quand le cristallin est fluide, comme chez les cataractés de naissance, il ne faut point, comme le prétendent quelques personnes, suspendre l'opération : il n'y a qu'à maintenir l'œil immobile en le fixant avec l'aiguille, l'humeur aqueuse s'éclaircit, et l'on continue comme si rien n'était.

J'ai expliqué, dans le cours de l'ouvrage, que le liquide latigineux se précipitait après quelques instants, et qu'alors l'humeur aqueuse reprenant sa transparence, rien n'était plus facile que de terminer l'opération.

Les règles générales que l'on vient de lire, destinées spécialement à tenir toujours présents à la mémoire des préceptes importants, ne peuvent point suppléer à l'étude des ouvrages fondamentaux. Ainsi, ce ne sera qu'après avoir médité le traité de Wenzel sur l'extraction, les Mémoires de Ware et de Beer sur le même sujet, que les règles générales qui concernent cette méthode pourront être lues avec fruits.

Il en sera de même pour l'abaissement : je renverrai toujours à l'étude précise des procédés du professeur Scarpa, dans ses propres ouvrages, ou dans ceux de son savant successeur, le professeur Panizza, car, dans les Traités

de médecine opératoire, même les plus récents, ils sont singulièrement tronqués.

Pour la kératonyxis, on trouvera un guide sûr dans la lecture des Mémoires de Saunders, de Jøger, Langenbeck et Guillié.

Les méthodes mixtes ne peuvent avoir de règles générales fixes, puisqu'elles se composent de la combinaison de plusieurs procédés dont les règles générales leur sont simultanément applicables.

DE L'USAGE

ET DE L'APPLICATION DES LUNETTES A CATARACTE.

Il est un préjugé dont l'existence peut avoir une fâcheuse influence sur la réputation d'un oculiste, c'est que l'opéré doit, après une opération heureuse, jouir de la vue dans toute son intégrité, comme si les cristallins n'eussent jamais été cataractés.

Le simple bon sens suffirait pour faire justice d'une opinion de cette nature, si l'on n'avait affaire qu'à des hommes éclairés, ou du moins assez au courant des connaissances usuelles pour apprécier les divers phénomènes de l'optique. Il ne serait pas alors important de leur dire que, quoique le cristallin ne soit pas indispensable à la vision, il est nécessaire pour la rectifier et la rendre plus parfaite. Ainsi, les diverses conformations du cristallin influent sur la vue selon chacune d'elles. Son absence traumatique spontanée, ou le résultat de l'art, donne lieu à une presbytie accidentelle qui doit toujours être combattue par des verres convexes, vulgairement connus sous le nom de verres à cataracte. Ils sont ainsi nommés parce qu'ils sont destinés à remplacer le cristallin extrait ou abaissé, ainsi qu'à favoriser la vue distincte de petits objets qui doivent être vus de près.

Elles sont construites sur le même plan que celles pour la presbytie ordinaire, mais elles doivent posséder une puissance bien plus considérable que celles destinées seulement à combattre une déformation lente du cristallin. Leur distance focale est ordinairement comprise entre six pouces et un pouce et demi, et souvent même plus. Par leur usage on

pourra donc, dans tous les cas, remplacer la force réfringente du cristallin.

Il est donc important de prévenir les malades et ceux qui les entourent, que l'usage des lunettes réfringentes est indispensable à tous ceux qui ont été opérés de la cataracte; il n'y a que quelques personnes extraordinairement myopes avant d'avoir été cataractées, qui puissent s'en passer, encore cette exception est-elle fort rare.

Mais il est un phénomène que personne n'a noté avant moi, c'est que, lorsque l'on a opéré les deux yeux par des procédés différents, l'un par l'extraction, l'autre par l'abaissement proprement dit, ou même le broiement, il y a dans la vision une différence marquée qui est toute à l'avantage de l'œil opéré par abaissement. Pour mettre la vision des deux yeux en harmonie, il est important de placer devant l'œil soumis à la dépression, un verre moins fort que celui employé pour l'œil traité par l'extraction: ce fait, basé sur six ou sept observations, ne s'est jamais démenti: je le livre aux méditations de ceux qui prennent parti pour tel ou tel procédé.

L'opération, pratiquée selon le même procédé sur les deux yeux, ne donne pas toujours le même résultat pour tous deux, et il faut souvent pour chaque œil un verre différent: soit que la vue eût été discordante avant l'opération, soit que celle-ci ait été moins heureuse pour un œil que pour un autre; mais ce fait n'a rien de commun avec celui que j'ai rapporté comme étant le résultat de deux opérations différentes.

Il est de la plus haute importance de ne pas trop se hâter de mettre les opérés à l'usage des lunettes; leur usage, imprudent ou prématuré, a fait échouer plus d'une opération qui promettait les plus beaux résultats. Quand on veut agir avec toute la réserve que mérite une affaire aussi importante, il faut attendre au moins trois ou quatre mois. Je parle ici sur des faits observés, et non en m'appuyant sur la théorie.

M. Nouvelet avait été opéré aux deux yeux et avec un entier succès, par M. Maunoir ; quatre semaines après l'opération, je lui fis essayer des lunettes pour rectifier sa vue, mais je lui recommandai de n'en pas user avant quatre mois au moins : la promesse solennelle m'en fut donnée ; mais il y avait loin de là à l'exécution. Aussi, l'opéré passionné pour la lecture, pour les travaux d'arts, ne put-il la remplir ; deux mois s'étaient à peine écoulés que, les lunettes braquées sur le nez, M. Nouvelet se livrait à la lecture, à la mécanique ; les yeux se fatiguèrent, et tout à coup l'œil gauche, dont il voyait le mieux, devint presque amaurotique ; effrayé des conséquences de son imprudence, il se hâta de réclamer mes conseils ; le premier donné fut la suppression des verres convexes, et pour rendre l'exécution de l'ordonnance plus sûre, je les conservai chez moi, en attendant que la vue eût repris son assiette. Six semaines de repos suffirent pour la remettre.

Dans quelques circonstances, l'on procède avec trop de célérité dans la graduation de la force des lunettes. Quand on passe trop vite à celles qui donnent un degré de vision convenable, la vue souffre et s'altère. J'ai donné mes soins pour cet objet à un M. Martin, négociant retiré à Belleville, et qui, pour avoir voulu prendre des numéros trop forts, fut sur le point de perdre tous les bénéfices de son opération. Ce n'est qu'en suspendant instantanément l'usage des lunettes, que l'on peut arrêter l'irritation de la rétine et ramener la vue dans des conditions normales.

Il arrive souvent qu'une partie de la capsule ou du cristallin n'ayant pas été absorbée, il faut alors changer la direction du foyer des verres ; on y arrive en plaçant sur lui un enduit noir vernis, excepté dans le point où l'on veut laisser pénétrer les rayons lumineux.

Quand les malades sont en province, ils ont souvent besoin de renouveler leurs verres ; à cet effet, ils doivent s'assurer de la portée de leur vue. A défaut d'instrument spécial, ils peuvent employer le moyen suivant : ils place-

ront contre leurs dents l'extrémité d'un mètre, ayant son échelle millimétrique; puis ils placeront sur la ligne graduée un carton contenant des caractères un peu forts : tout ce petit appareil sera tenu à l'horizon. Rien n'est plus facile que de mesurer pour chaque œil la distance où il cesse de pouvoir lire, et celle où chaque organe peut exercer simultanément ou séparément la vision. Cette mesure est alors transmise à l'opticien.

Afin de rendre les verres à cataracte moins fatigants, M. Chevallier, opticien du roi, leur a donné une teinte azurée en harmonie avec la couleur atmosphérique, ce qui oppose aux rayons lumineux trop vifs un milieu diaphane de couleur d'azur plus ou moins prononcé, selon le degré d'irritation de l'organe.

L'expérience du professeur Scarpa ne lui avait laissé aucun doute sur l'efficacité de la coloration des verres dans cette teinte. En effet, un verre azuré placé entre l'œil et l'objet n'en change point la couleur : il répand une couleur douce et naturelle sur tous les corps dont l'œil est destiné à recevoir l'image; il modère et modifie aussi la lumière artificielle. Ces motifs m'autorisent donc à recommander les verres de M. Chevallier, et depuis longtemps j'en emploie plus que ceux-là.

NOTES

CONCERNANT L'OPÉRATION DE LA CATARACTE.

Les considérations suivantes, extraites du *Bulletin thérapeutique*, où je les ai consignées (1), n'ont point pour but la description anatomique de l'œil, à laquelle ne peut, ni ne doit être étranger tout homme qui veut pratiquer la chirurgie. Mon intention ici est de rappeler quelques faits qui peuvent rendre l'opération de la cataracte plus facile; c'est aussi pour parvenir au même but que j'ai, ainsi que le professeur Panizza, entrepris une série d'expériences pour déterminer quelles sont les puissances qui tiennent le cristallin en place, et la différence qui existe entre la pesanteur spécifique de celui-ci et celle de l'humeur vitrée.

C'est à tort que la plupart des anatomistes affirment que les deux grandes artères ciliaires qui rampent sur la choroïde, correspondent toujours au diamètre transversal de l'œil. Rien n'est plus rare selon moi, et sur cinquante yeux que j'ai examinés avec soin, je n'ai rencontré cette disposition qu'une seule fois; trente-six fois sur ce nombre, elles étaient d'une ligne et quart plus haut que ce diamètre; treize fois au contraire, elles étaient situées à une ligne et demie plus bas.

Ces artères n'arrivent pas là sans avoir donné chacune deux rameaux, jusqu'au rebord de la choroïde qui correspond aux confins de la sclérotique. C'est à une ligne environ avant d'arriver au rebord choroïdien, et souvent à deux lignes et même à trois, que cette bifurcation a lieu :

(1) *Bulletin thérapeutique* cité, page 210, tome IV.

les rameaux laissent alors un intervalle plus ou moins grand entre eux, après quoi ils vont se perdre dans le grand cercle de l'iris.

Le ligament ciliaire n'a pas partout la même largeur : chez l'homme adulte, il peut avoir d'une à trois lignes du côté de la tempe ; tandis que, vers le nez, il est souvent très-étroit ; à sa partie antérieure, il offre un grand nombre de lignes alternativement blanches et noires qui, connues sous le nom de plis ou procès ciliaires, vont, au moyen de leur extrémité quelquefois bifurquée, surmonter la périphérie du cristallin, et s'appuyer sur le contour de la convexité de la crystalloïde. Le professeur Panizza a démontré jusqu'à l'évidence, dans ses leçons d'anatomie, que les procès ciliaires n'adhéraient point par leur pointe à la crystalloïde, mais qu'ils s'y appuyaient seulement. Les expériences faites devant un nombreux auditoire combattent victorieusement l'opinion de Taylor et de Heister, partisans déclarés de l'adhérence des procès ciliaires à la crystalloïde. Le même expérimentateur a démontré que la partie postérieure des procès ciliaires, ainsi que le restant du corps, sont unis à la zonule ciliaire plutôt par une substance glutineuse, et des vaisseaux capillaires, que par des filets de tissu cellulaire, surtout dans le point où ils correspondent au sillon de cette zonule. L'on aurait tort de croire cependant que la connexion de ces divers tissus soit peu de chose. Au contraire, ils offrent une résistance à laquelle on serait loin de s'attendre en raison de leur ténuité, et il est difficile de les séparer les uns des autres sans produire des déchirements.

Le cristallin varie de forme : tantôt il est plus aplati, tantôt plus convexe : mais, dans tous les cas, la convexité est plus saillante à la partie postérieure ; il est retenu en place par la crystalloïde, membrane transparente, qui est trois fois plus épaisse à sa partie antérieure qu'à la postérieure. Le cristallin est enchatonné dans une petite fossette,

formée au dépens de l'humeur vitrée et soutenue en même temps par des feuillettes de la membrane hyaloïde, par des tissus membraneux et des vaisseaux invisibles, lorsque l'œil n'est pas dans des conditions pathologiques spéciales : mais le principal lien qui maintient le cristallin et sa capsule en place est une espèce de sertissure produite par une membrane très-fine, qui naît de l'hyaloïde tout près du point où commence le corps ciliaire, puis se séparant de la membrane de l'humeur vitrée, sans cesser de lui être contiguë, elle s'avance insensiblement entre les corps vitré et ciliaire, de telle manière que plus elle s'approche du cristallin, plus elle s'éloigne du corps vitré. Après avoir surmonté la périphérie du cristallin, cette membrane va s'insérer et se confondre à la partie antérieure de la crystalloïde. Cette marche et cette disposition donnent lieu à la formation d'un petit espace curviligne de forme triangulaire, dont la base correspond à la périphérie du cristallin, et la pointe à l'origine de la susdite membrane. Cet espace, qui existe tout autour du cristallin, lorsqu'on le remplit d'air, ne ressemble pas mal à l'intestin colon; il a été nommé, par Petit (François), *canal gaudronné*.

La membrane de l'humeur vitrée, toutes les fois que cette humeur est à l'état sain, n'offre aucune différence en raison de l'âge et des sexes. Dans tous les cas, elle est plus forte et plus résistante dans les parties qui sont destinées à former la niche du cristallin et dans celles qui sont en rapport avec le corps ciliaire.

C'est à tort que Marteggiani de Naples, dans son ouvrage intitulé : *Novæ Observationes de oculo humano*, prétend que l'hyaloïde n'existe plus à la partie postérieure de l'œil qui correspond à l'entrée du nerf optique.

Le professeur Panizza et moi, par une foule d'expériences, avons prouvé la futilité des faits déjà avancés par le médecin napolitain.

Pour faire connaître la résistance qu'offre le cristallin à

l'aiguille qui cherche à le déprimer et à le débarrasser de ses attaches, afin de le plonger dans l'humeur vitrée, le professeur Panizza a répété souvent dans ses cours l'expérience suivante : « Après avoir, dit l'honorable professeur, » séparé le globe oculaire de toutes ses parties environnantes et accessoires, en laissant aussi long le nerf optique que possible, je place celui-ci entre le doigt médius et l'annulaire, en le maintenant en place avec le pouce et le doigt indicateur de la main gauche, au moyen d'une pression aussi légère que possible ; l'œil ainsi fixé, je saisis l'aiguille à cataracte lancéolée, sans courbure, et après l'avoir introduite comme pour l'opération de la cataracte, en faisant pénétrer sa pointe jusqu'au centre de l'espace pupillaire ; ensuite un aide intelligent est chargé d'enlever avec précaution la cornée transparente et l'iris, afin de mettre à découvert entièrement la superficie antérieure du cristallin et voir ce qu'il adviendrait sous l'influence de la pression de l'aiguille sur le cristallin et sur la capsule, ou, pour mieux dire, sur la cristalloïde. Je comprime alors directement le cristallin au centre de sa superficie antérieure, je refoule l'humeur vitrée d'avant en arrière : le cristallin résiste à une pression considérable sans rompre la zonule ciliaire, la partie postérieure de la capsule cristalline, pas même la hyaloïde qui lui correspond : aussitôt que l'on cesse brusquement la pression, l'élasticité de l'humeur vitrée reporte rapidement le cristallin en avant, où il reprend sa place. »

La résistance qu'éprouve le cristallin à s'enfoncer et à pénétrer dans le corps vitré est due, non-seulement à l'élasticité de celui-ci, mais encore aux liens que la cristalloïde a contractés avec la zone ciliaire, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

En effet, l'on voit facilement qu'en pressant directement sur le cristallin et sa capsule, toutes les adhérences de

celle-ci avec sa périphérie concourent à retenir le cristallin au moment où on veut le plonger dans l'humeur vitrée qui lui résiste, en étant elle-même poussée en avant par l'action des muscles de l'œil, qui tendent à diminuer son diamètre transversal pendant l'opération.

Une fois que le cristallin a rompu les premières cellules de l'humeur vitrée, il y pénètre avec plus de facilité, parce qu'elles diminuent de résistance à mesure qu'elles approchent du nerf optique.

Pour s'assurer de la différence qui existe entre la pesanteur spécifique du cristallin et de l'humeur vitrée, il faut faire l'expérience qui suit : après avoir placé un œil humain dans un petit vase enduit de terre glaise pour le tenir fixé, on enlève avec précaution la cornée et l'iris : on détache avec soin le cristallin de sa capsule, puis, avec un kératome très-affilé, on incise crucialement la partie postérieure de la crystalloïde qui lui correspond, afin de mettre ainsi à nu une portion de l'humeur vitrée. On saisit alors le cristallin avec une aiguille à cataracte, et on le présente à la fente pratiquée dans la capsule, en l'abandonnant à son propre poids : sur vingt expériences de cette nature, dans huit cas, il ne s'enfonça nullement ; dans six, il pénétra un peu dans l'humeur vitrée ; dans cinq, il s'enfonça un peu plus ; une fois seulement, il s'approfondit tout à fait.

Pour m'assurer de plus en plus de la valeur de ces expériences, ainsi que l'avait fait le professeur de Pavie, je remplaçais le cristallin par une lentille artificielle formée par un peu d'oxyde de plomb et de cire, afin de la rendre un peu plus pesante, et constamment les résultats ont été les mêmes, quel que fût l'âge du malade.

Si, au contraire, avant de placer le cristallin sur la fente de la capsule, on a soin de broyer et confondre les cellules de l'humeur vitrée, le cristallin s'enfonce aussitôt de son propre poids. Cette expérience est plus que concluante pour prouver que la résistance des cellules de l'humeur

vitrée est plus que suffisante pour retenir le cristallin et pour empêcher son immersion.

Le professeur Panizza a fait souvent devant nous l'expérience suivante pour prouver ce phénomène. On remplit un petit verre de blanc d'œuf frais, on place dessus celui-ci un cristallin de cire, rendu un peu pesant par l'addition de quelques particules de plomb, en quantité suffisante pour le faire enfoncer légèrement dans l'albumine. Si on remue celle-ci en divers sens, au moyen d'un instrument tranchant, on ne tarde pas à voir le cristallin factice se précipiter au fond du verre. Il résulte de ces diverses expériences que la pesanteur spécifique de l'humeur vitrée, renfermée dans ces cellules, est à peu près égale à celle du cristallin, et que pour déduire l'équilibre à l'avantage de ce dernier, il faut rompre les diverses poches de la membrane de l'humeur vitrée.

Il était important d'entrer dans tous ces détails d'anatomie et d'expériences, parce que l'opération de la cataracte par dépression est basée sur elles.

NOTES

SUR LA CATARACTE CONGÉNIALE.

J'ai été à même de disséquer un grand nombre d'enfants nouveau-nés et atteints de cataracte congéniale, et je vais donner ici sommairement le narré de quelques faits qui recevront un plus ample développement dans un travail spécial.

Dans l'hiver de 1822, il succomba, aux Enfants-Trouvés et à la Maternité, un grand nombre d'enfants nouveau-nés, ou dans les premières six semaines de la vie. J'en eus un grand nombre à ma disposition, que je disséquai avec soin, avec le docteur Anthoine, mort depuis à Strasbourg. A plusieurs reprises, nous observâmes qu'il y avait un œil cataracté et l'autre non, sans cependant trouver dans l'état de la conjonctive oculaire et palpébrale, rien qui annonçât qu'elle fût plus malade d'un côté que de l'autre. Étonnés de cette différence, nous eûmes recours aux renseignements, et nous apprîmes que bon nombre de ces enfants avaient succombé à des affections cérébrales qui régnaient alors dans la maison.

Le cristallin sain avait sa consistance ordinaire, l'œil était ramolli en consistance de pulpe gélatineuse. Dans tout cela il n'y avait aucune cataracte congéniale, proprement dite, analogue à celles que j'avais observées avec soin à Pavie et aux Enfants-Trouvés de Milan. Enfin, nous reçûmes de la Maternité un enfant né deux jours auparavant, et qui était cataracté. Il nous fut aisé alors de vérifier les observations faites en Italie, et de voir que la cataracte congéniale différait entièrement des autres cristallins ramollis, en ce qu'elle ne consistait qu'en une simple

bourse transparente, contenant un liquide lactescent, opalin, qui s'épanchait aussitôt que l'enveloppe fut rompue. Une partie de ce liquide, déposée dans une cuvette de verre, placée sous un microscope, laissa voir une foule de petits globules analogues à ceux décrits par l'habile micrographe Raspail, et existants dans la fécule de pomme de terre.

Dans la même année, j'opérai une demoiselle atteinte d'une cataracte congéniale, et je retrouvai les mêmes caractères que ceux que je viens de décrire. Enfin, depuis cette époque, j'ai opéré un bon nombre de cataractes congéniales, ainsi que de celles datant des premiers mois de la vie, et je me suis convaincu que les congéniales ont une physionomie spéciale qui se révèle par une grande mobilité de l'iris, une teinte opaline, un tremblement ou oscillation dans le cristallin non visibles à l'œil nu, enfin par le peu de convexité de l'iris.

Les cataractes des premiers mois de la vie ou des premières années sont plus foncées, souvent jaunâtres, hydatiformes; elles s'avancent dans un grand nombre de cas à travers le trou pupillaire et chassent l'iris au-devant d'elles.

Ces affections sont presque toujours le résultat d'inflammation grave de l'œil ou de ses annexes. Dans un grand nombre de cas, un des yeux est perdu par la fonte purulente, ou l'atrophie.

Ce sont les individus atteints de cette espèce de cataracte, qui, en général, ne reçoivent aucun rayon lumineux et qui n'ont pas de mouvements rotatoires.

Ceux-ci se trouvent en général dans des conditions défavorables à l'opération, et il faut alors prévenir leurs parents avant d'y procéder.

Le 15 février 1818, le professeur Scarpa me fit demander chez lui, afin d'examiner M. Lattuada, jeune homme de 25 ans, habitant à Rosalte, dans le Milanais. Dès sa plus tendre enfance, il avait été atteint de strabisme, et ses yeux

étaient affectés de mouvements rotatoires continuels, comme chez les sujets atteints de cataractes congéniales. Quand il fut arrivé à l'âge de 7 à 8 ans environ, on éprouva une grande peine à lui apprendre à lire, parce que ses yeux se remplissaient de larmes et se convulsaient de plus en plus. On opposa en vain à cet état les remèdes calmants, tel que l'extrait de belladone; le jeune homme déclarait même que leur usage aggravait sa position.

Voici ce que nous observâmes : l'œil droit présentait les phénomènes suivants: la cornée était un peu plus saillante que celle de l'autre œil; il n'y avait pas la moindre trace d'iris, chose très-singulière à voir. La lentille, renfermée dans sa capsule et devenue opaque, surtout dans son centre, était flottante et libre de toute attache avec la zone ciliaire et le corps vitré, et on la voyait se mouvoir dans la cavité de l'œil en diverses directions, tantôt avec beaucoup de vitesse, selon les mouvements plus ou moins rapides du globe de l'œil, des paupières et de la tête. Lorsque le jeune homme baissait la tête, la lentille, renfermée dans sa *bourse*, s'avancait presque à contact, et quelquefois tout à fait à contact avec la cornée. Lorsqu'il inclinait la tête en arrière, on voyait la lentille, enveloppée de sa capsule, descendre manifestement au fond de l'œil par un plan incliné d'avant en arrière. Dans la position perpendiculaire de la tête, le cristallin présentait tantôt une face, tantôt une autre. Dans quelques mouvements il était à peine perceptible; d'autres fois on le voyait tout entier; un simple mouvement de l'œil ou une contraction des paupières le faisait changer instantanément de place; mais jamais il ne s'arrêtait dans l'axe visuel au point d'intercepter les rayons lumineux. Aussitôt que le jeune homme se couchait sur le dos, on voyait le cristallin se précipiter au fond de l'œil comme on voit un corps d'une pesanteur spécifique, un peu supérieure à celle de l'eau, se précipiter dans ce liquide par un mouvement lent et uniforme. Aussitôt que

le corps opaque était parvenu au fond de l'œil, M. Luttuada croyait apercevoir un objet jaunâtre, pointillé de noir. Jamais la présence de ce corps au fond de l'œil ne parut occasionner la moindre souffrance, lors même qu'il y eut séjourné plusieurs heures, dans le sommeil, par exemple. Quant à l'œil gauche, les altérations n'en étaient pas moins extraordinaires, quoique d'une nature différente. Il existait un petit lambeau dans la région temporale de l'iris. Le cristallin, analogue à celui de l'œil droit, était suspendu par de légers ligaments à la zone ciliaire, à la partie supérieure seulement, de façon qu'à chaque mouvement de l'œil, le cristallin oscillait çà et là, comme le balancier d'une clochette mue en divers sens. Le jeune homme distinguait assez bien tous les objets, mais principalement ceux placés à une petite distance.

Le professeur Scarpa entreprit quelques expériences concernant l'état des facultés visuelles de M. Luttuada. Ainsi, en lui faisant porter des lunettes convexes, n° 5, et destinées à ceux qui ont subi l'opération de la cataracte, il distinguait les objets les plus exigus; mais ils lui paraissaient d'un plus grand volume. En plaçant sur son nez des lunettes à embout, percées d'un petit trou central, comme celles dont les Esquimaux se servent pour courir sur la neige, il voyait plus distinctement les objets et à une bien plus grande distance. Cette expérience n'était applicable qu'à un seul œil, parce que le corps flottant, suspendu au centre du point visuel de l'œil gauche, empêchait que les rayons lumineux ne vinssent frapper la rétine.

PIÈCES JUSTIFICATIVES.

OBSERVATIONS

RECUEILLIES EN 1850 DANS LE SERVICE DE M. ROUX ,
ET DONT LES ORIGINAUX SONT DANS LES MAINS DE
M. CARRON DU VILLARDS.

PREMIÈRE OBSERVATION. — *Cataracte de l'œil droit. — Extraction
opérée le 17 avril 1830.*

Jeanne Kenault âgée de 63 ans, rentière, est entrée à la Charité le 6 avril, elle est couchée au n° 9, salle St^e Rose. Elle porte à l'œil droit une cataracte assez opaque; elle distingue bien le jour de la nuit. L'iris est très-mobile. La cataracte date de 15 mois, sans cause connue. La malade prétend que plusieurs personnes de sa famille sont affectées de la même maladie. Elle est préparée jusqu'au 16 avril par les bains de pieds et le petit lait. Le 17 elle est amenée à l'amphithéâtre avec un vésicatoire depuis une heure sur la nuque, mais sans que la pupille ait été dilatée par l'emploi de la belladone. M. Roux l'opère sans qu'il se présente rien de particulier, que beaucoup de difficulté à ouvrir la capsule à cause de la grande mobilité de l'œil après que la section de la cornée est terminée. Elle a vu clair et distingué les objets. Elle est pansée comme les autres. Pour regagner son lit à pieds, elle est obligée de traverser plusieurs salles et de monter un étage par un escalier extérieur. Pendant la journée elle a ressenti des picotements à l'œil, il y a eu un peu de larmoiement. Elle a été mise au bouillon et à la tisane.

18. Dimanche. — La malade a dormi passablement, elle a cependant ressenti un peu de picotement chaque fois qu'elle s'est réveillée. Le matin il a complètement cessé. Elle dit être fort bien. Du reste elle prend du tabac, et prétend qu'il lui en coûterait beaucoup de s'en passer.

19. Lundi. La malade a très-bien dormi; elle ressent un peu de picote-

ment à l'œil, mais pas de céphalalgie; point de larmolement. L'état général est fort bon; pas de selle: du bouillon hier 3 ou 4 fois.

20. Mardi. Point de douleur hier nulle part; point de larmolement. La malade a bien dormi, moins longtemps cependant que la nuit dernière. Elle est parfaitement bien; elle n'a pas eu de selle. Boisson.

21. Mercredi.—Point de douleur. Sommeil assez bon. La malade se sent très-bien; elle a le pouls à 90: on change son bandeau et on lave ses yeux; ils sont en bon état; elle distingue les objets. Aujourd'hui soupes.

22. Jeudi.—La journée d'hier a été complètement exempte de douleur; il n'y en a point non plus ce matin. La malade a peu dormi cette nuit, elle dit se sentir fort bien; cependant la bouche est un peu pâteuse. On lave chaque jour les yeux avec de l'eau blanche; pendant ce pansement elle distingue les objets. 3 soupes.

Du 23 avril au 3 Mai.—Marche rapidement à la guérison sans douleur ni inflammation quelconque. Le 3 elle quitte l'hôpital voyant parfaitement bien. Il reste encore une légère douleur à la conjonction inférieure. La cicatrice est apparente. Succès complet.

DEUXIÈME OBSERVATION. — *Cataracte de l'œil gauche opérée le 17 avril 1830.*

Pierre Masson, âgé de 65 ans, porte, depuis huit ans, une cataracte à l'œil gauche; elle est très-opaque, d'apparence noirée; la cécité est complète; l'iris bien mobile. L'autre œil est aussi affecté d'une cataracte presque noire qui permet encore une vision indistincte. Les yeux sont très-saillants. Il est entré le 14 avril, et est couché au n° 9, Ste Vierge.

Il est opéré le 17 par M. Roux. L'opération ne présente rien de particulier. Le malade voit immédiatement après; il éprouve dès le moment des élancements qui cessent bientôt.

18 et 19. — Le malade n'a éprouvé aucune douleur.

20. — Il y a eu un peu de céphalalgie et de picotement à l'œil.

21. — Douleur nulle part. On change le bandeau. L'œil n'est pas rouge. Le malade compte ses doigts.

22.—Hier un peu de douleur à l'œil, pas de céphalalgie. Le malade est bien ce matin. Il y a eu beaucoup de larmolement.

23. — Hier depuis 4 heures du soir douleur de l'œil excessivement vive. Elle a duré toute la nuit. Le malade est angoissé, agité. Il a eu de la fièvre. La peau est chaude et sèche. La paupière supérieure rouge et tuméfiée. Pouls 80. La langue blanche. On pose dix sangsues sur chaque paupière.

24. — La douleur a été un peu moindre, les sangsues ayant beaucoup coulé. La nuit a été passable. Le malade se plaint de céphalalgie du côté

gauche. Les mouvements lui procurent des élancements douloureux dans l'œil. La paupière supérieure est plus gonflée qu'hier ; elle est très-rouge et très-blanche sur les piqûres de sangsues. En l'entr'ouvrant un peu, il me semble voir un violent chemosis. Le malade n'a pas distingué la lumière. La santé générale est beaucoup mieux. Pouls 68.

25 et 26. — La douleur continue, mais moindre. L'œil coule beaucoup. Le 25 on donne l'huile de ricin qui soulage beaucoup le malade, il n'avait pas eu de garde-robe depuis 10 jours.

27. — Vive douleur à l'œil et douleur semblable à la tête. Point de sommeil, point d'appétit. Langue blanche, soif continuelle. Peau chaude et sèche. Pouls 52. L'œil est très-gonflé ; on l'a recouvert d'un cataplasme. Bain de pieds.

28. — Un peu d'amendement ; aujourd'hui l'œil est saillant comme une petite pomme.

29. — Douleur sourde depuis hier. Elle s'exaspère pendant la nuit, parce que le cataplasme, étant sec, fait l'office de corps irritant. La douleur paraît diminuer ce matin. La peau est toujours chaude et sèche. Écoulement.

Du 30 au 19 mai, jour de la sortie du malade. La suppuration continue en amenant graduellement la diminution des douleurs et du gonflement de l'œil. La face antérieure de l'œil est plate, d'apparence charnue avec une plaque blanc mat au centre.

Ce cas devenu grave sans cause connue ou sans cause appréciable, prend une marche régulière vers la guérison. Il se déclare tout à coup une inflammation intense. Ce n'est que le sixième jour après l'opération que ces accidents se sont déclarés. Ils étaient sans doute impossible à prévoir, mais l'application de vingt sangsues sur les paupières mêmes, pour avoir produit un soulagement momentané par un écoulement sanguin abondant, n'a peut-être pas peu contribué à accroître l'interjeté de l'inflammation par l'irritation que les piqûres ont occasionnée.

Le même nombre de sangsues sur les tempes, une saignée de bras ou même l'artériotomie, n'auraient-elles pas été mieux indiquées ?

Sorti de l'hôpital après 28 jours. Insuccès complet.

TROISIÈME OBSERVATION. — *Cataracte de l'œil gauche, opérée le 17 avril 1830.*

Pierre Chanteclair, âgé de 57 ans, est entré le 8 avril à la Charité ; il est couché au n° 11, salle St Augustin. Il porte à l'œil gauche une cataracte d'un blanc noirâtre. Il a été opéré de l'œil droit par M. Roux avec plein succès, il y a deux ans. La cicatrice ne s'aperçoit que très-difficilement. A cette époque il était déjà cataracté de l'œil gauche, mais la cataracte n'était pas mûre. Les deux yeux ont commencé à s'affaiblir ensemble,

y a cinq ans. Après avoir travaillé un jour dans son bureau, le malade s'était couché voyant parfaitement clair; le lendemain sa vue était tellement affaiblie qu'il voyait à peine pour se conduire. L'œil actuellement malade est facile à opérer, la pupille est très-mobile. Il est préparé jusqu'au 16 avril par les bains de pieds et l'usage du petit lait. Le 17 il est opéré par M. Roux; l'iris est légèrement blessé; il y a un peu d'écoulement sanguin. Après l'opération la vision est très-indistincte; cependant elle a eu lieu. Le pansement se fait avec les deux grandes bandes sèches. Du reste un vésicatoire était placé sur la nuque depuis une heure, mais point d'emploi de belladone. Le malade est reconduit à son lit; il a pendant la journée un peu de douleur, mais elle est médiocre.

18. Dimanche. — La nuit a été presque sans sommeil; il y a eu un peu de douleur; ce matin elle est entièrement dissipée; le malade est bien; il est à l'usage du bouillon.

19. Lundi. — Le malade n'a presque pas dormi cette nuit, mais il prétend que c'est son état habituel. Hier par moment, il a eu une très-légère douleur à l'œil qui a cessé complètement. De temps en temps aussi il a senti du larmolement. L'état en général est fort bon; pas de selle. Premier régime — hier trois bouillons.

20. Mardi. — Hier dans la journée le malade a eu quelques picotements à l'œil sans mal de tête. Ce matin il ne sent plus rien. Il a aperçu de temps en temps un peu de larmolement hier et cette nuit. Son sommeil est très-interrompu. Il est gai et a de l'appétit. En somme son état est fort bon. Bouillon.

21. Mercredi. — Hier soir il y a eu de la douleur à l'œil et à la tête; elle a duré jusqu'à 10 heures. Il est bien ce matin: un peu de larmolement, pas de sommeil. Le malade se trouve bien; il sent de l'appétit. On change son bandeau et on lave l'œil avec de l'eau blanche. Il voit la lumière, mais ne distingue pas les objets; l'œil a peu de gonflement. Il aura aujourd'hui trois soupes.

22. — Jeudi. Hier pendant la journée et aujourd'hui encore il y a eu de légères douleurs à l'œil. Cependant le malade a mieux dormi cette nuit que les précédentes. Il est fort bien. 3 soupes. Il est pansé avec l'eau blanche.

Du 23 au 26. — Les journées ont été bonnes, mais les nuits douloureuses, tant pour l'œil que pour la tête. L'œil est assez rouge; la vue très-indistincte. Santé générale bonne.

27. — La douleur à l'œil et la céphalalgie ont été continuelles hier et cette nuit. J'examine l'œil avec soin ce matin, il est encore assez enflammé; la cicatrice est très-saillante; le lambeau supérieur était porté plus en avant que l'inférieur. Le malade ne distingue point les objets.

28 au 29. — Journées bonnes, nuits douloureuses.

30 avril au 5 mai. — Même état, les nuits pas moins douloureuses ; les journées bonnes. Le malade n'a pas eu de garde-robe depuis 15 jours. Il distingue un peu, mais confusément les objets.

5 au 15.—L'inflammation et la douleur diminuent, mais la vue ne gagne que fort peu.... Le 15, le malade quitte l'hôpital. — État de l'œil : encore une légère rougeur à la conjonctive. Cataracte capsulaire commençante. La déchirure de l'iris forme deux lambeaux qui divisent la pupille en deux parties. La cicatrice est très-saillante ; le malade ne voit presque pas de cet œil.

Sorti de l'hôpital le 28 juin, après l'opération. Succès incomplet. — Cataracte capsulaire. Difformation de la pupille.

QUATRIÈME OBSERVATION.—*Cataracte de l'œil gauche.—Extraction, opérée le 17 avril 1830.*

Soulié, âgé de 42 ans, est entré le 9 à la Charité, et est couché au n° 8, de la salle Ste. Vierge. Il porte à l'œil gauche une cataracte très-opaque. Il distingue bien le jour de la nuit. L'iris est mobile ; l'autre œil est parfaitement bon. La cataracte a commencé subitement il y a un an. Le militaire qui était malade, était en marche de Valence à Paris. Du jour au lendemain, sans inflammation, sans douleur, sans cause connue, la vision est devenue très-indistincte. Différents remèdes ont été inutilement tentés. La cataracte s'est formée. L'œil est beau et facile à opérer. Il est préparé depuis son entrée jusqu'au 16 avril par les bains de pieds et le petit-lait. Le 17 il est conduit à l'amphithéâtre ayant depuis une heure un vésicatoire derrière la nuque, mais point d'extrait de belladone sur l'œil.

M. Roux l'opère sans qu'il se présente rien de particulier, sauf l'issue d'une assez grande quantité d'humeur aqueuse pendant l'incision ; ce qui, du reste, a lieu en général pour toutes les cataractes de M. Roux, parce que ses aides compriment le globe de l'œil. Le malade voit bien le jour immédiatement après. Il n'y a ni douleur ni fièvre pendant la journée. Il est mis à l'usage du bouillon.

18. Dimanche. — Le malade a peu dormi, mais il n'y a ni douleur, ni fièvre, il dit être fort bien. Hier le pansement s'est fait en appliquant simplement sur l'œil, le large bandeau fendu pour le passage du nez, et le bandeau noir, le tout à sec.

19. Lundi.— Le malade n'a dormi qu'une heure cette nuit. La journée d'hier a été assez bonne, sauf une légère cuisson à l'œil, qu'il ressent encore ce matin. Du reste point de céphalalgie ; un peu de larmolement de temps en temps. Son état général est passable. Il ressent cependant des tiraillements d'estomac qu'il attribue à la faim. Il éprouve un peu de fa-

tigue d'être couché sur le dos. Il n'a pas eu de selle, mais a beaucoup uriné. Pour régime, il a eu de la tisane et 3 bouillons.

20. Mardi. — Le malade a ressenti hier matin une légère douleur à l'œil ; elle a disparu ce matin. De temps en temps il a eu un peu de larmoiement ; il a dormi 3 heures cette nuit. Il dit avoir faim. Il n'a pas eu de selle. Il est moins fatigué des reins. Bouillon.

21. Mercredi. — Le picotement à l'œil a repris hier dans la journée ; il s'est fait sentir pendant la nuit. Il n'y a pas de céphalalgie. Le larmoiement a été abondant hier, et a cessé ce matin. Il y a eu un peu de sommeil. En général il est moins bien qu'hier ; le pouls est un peu vif, l'épigastre sensible, quoique la langue soit bonne. On change de bandeau et on lave les yeux avec de l'eau blanche. Le malade voit sa main ; l'œil est en bon état. Il aura de la soupe et du bouillon.

22. Jeudi. — Hier pendant la journée et le commencement de la nuit, le malade a éprouvé une vive douleur à l'œil, qui coulait beaucoup ; il s'est soulagé en mettant la tête dans le lit. Ce matin il a encore des picotements, mais beaucoup moindres. Il a dormi ce matin. On le lave avec de l'eau blanche. L'œil offre peu de gonflement et de douleur ; l'épigastre n'est plus douloureux ; la santé générale est bonne.

23 au 27. — Point de céphalalgie ; douleur modérée à l'œil seulement par intervalles et, ce sont plutôt des picotements. Le malade voit le jour chaque fois qu'il panse son œil, mais il distingue bien moins que le jour du premier pansement.

Du 28 avril au 2 mai. — Le 28 et le 29 l'œil est douloureux pendant la nuit ; il offre assez d'inflammation et un léger gonflement. Cet état s'améliore, mais il reste toujours de la douleur pendant la nuit, peu de sommeil, vision indistincte.

3. — La conjonctive est assez rouge, surtout à la paupière inférieure ; elle masque une partie de la cornée, qui paraît légèrement blanchâtre au centre.

4. — Le malade a beaucoup souffert pendant la nuit, sans que l'œil semble plus malade.

5, 6 et 7. — La douleur diminue graduellement ; elle est nulle le dernier jour. L'inflammation est moindre aussi ; mais la vue n'a pas assez gagné.

8. — Le malade veut quitter aujourd'hui l'hôpital. Il reste encore de la rougeur à l'œil. Au centre on aperçoit une tache blanchâtre de la grandeur exactement de la pupille. Est-ce une cataracte ordinaire ou une opacité de la cornée?... L'extrême sensibilité de l'œil à la lumière m'a empêché de l'examiner assez longuement.

J'apprends le 25 mai que le malade reste encore chez lui dans une cham-

bre obscure; il ne peut supporter le grand jour; la vue paraît avoir peu gagné.

Sorti de l'hôpital 12 jours après l'opération.

Succès incomplet. Cataracte secondaire ou opacité de la cornée.

CINQUIÈME OBSERVATION. — *Cataractes des deux yeux. — Extractions, opérées le 17 avril 1830.*

Mlle Larcher, âgée de 55 ans, femme de ménage, est entrée à la Charité le 13 avril. Elle est couchée au n^o 17, salle Ste Rose. Elle porte à chaque œil une cataracte. Celle du côté droit date de 3 ans; la vision n'existe plus de ce côté. Celle du côté gauche ne date que de 2 mois; l'œil ne distingue les objets qu'avec beaucoup de peine. Du reste les pupilles sont très-mobiles; la malade est sensible au jour. Les cataractes sont de couleur obscure. Les yeux, pour la grosseur, bons à opérer. Elle est préparée jusqu'au 16 avril par les bains de pieds et le petit-lait.

Le 17, elle est amenée à l'amphithéâtre ayant un vésicatoire derrière la nuque. La belladone n'a pas été employée. La malade paraît avoir de l'émotion; il semble un moment qu'elle va s'évanouir. Cependant elle se remet, et les deux opérations sont terminées sans rien de particulier. La malade était tellement troublée, qu'elle ne dit pas se souvenir, si elle a vu un moment. Mais après avoir été reconduite à son lit avec le pansement ordinaire, elle prétend qu'elle a distingué ses draps. Depuis le moment de l'opération elle a eu des douleurs très-vives aux yeux; moins cependant à l'œil droit qu'au gauche. Elle a été mise au bouillon et à la tisane comme les autres opérés.

18. Dimanche. — La malade dit avoir très-peu dormi, avoir eu toute la nuit un mal de tête violent, beaucoup d'angoisse, une transpiration continuelle, larmolement abondant depuis le moment de l'opération. Ce matin cet état continue. Elle a le pouls fréquent et assez développé. La tête très-douloureuse, un peu moins cependant que cette nuit. Elle transpire beaucoup. Le larmolement a toujours lieu; en l'interrogeant avec soin on découvre qu'elle a ouvert plusieurs fois les yeux pour essayer de soulager ses douleurs: cela les a, dit-elle, beaucoup augmentées. La largeur du bandeau qui ne touche pas immédiatement l'œil pour peu qu'il soit enfoncé, facilite le mouvement des paupières; je lui recommande de s'en abstenir. Elle a de l'angoisse, de l'accablement en même temps, des fréquentes envies d'uriner, qu'elle satisfait cependant sans douleur.

19. Lundi. — La céphalalgie continue à être fort vive; hier même elle semblait plus forte que le premier jour. Elle avait diminué pendant la nuit.

Ce matin les yeux sont de nouveau très-douloureux ; le larmolement continue. La malade a cependant assez bien dormi cette nuit : elle a eu 3 heures de sommeil non interrompu. L'état général paraît s'être un peu amendé ; elle a moins d'angoisse qu'hier au matin. Le pouls est meilleur ; les envies d'uriner moins fréquentes , la transpiration moins forte , quoiqu'elle semble recommencer ce matin. La bouche est pâteuse , l'appétit nul. Il n'y a pas eu de selle. Pour régime elle a eu hier 2 bouillons et de la tisane. Elle n'a plus ouvert les yeux.

20. Mardi.—Hier il n'y a pas eu de céphalalgie, passé le moment du matin ; mais de la douleur en dessus des yeux et en dedans ; elle est assez forte ce matin. Le même larmolement continue à être abondant. Le sommeil a été à peu près nul et la nuit assez agitée. Le pouls est meilleur qu'hier ; il y a moins de sueur , moins d'angoisses ; cependant la bouche est amère. La langue est naturelle. Bouillon , tisane.

21. Mercredi.—La malade n'a plus de douleur de tête, mais encore de la cuisson aux yeux. Elle a encore du larmolement ; son sommeil a été presque nul ; son état général est décidément meilleur. La peau est bonne , le pouls plus naturel ; elle sent de l'appétit. On change son bandeau aujourd'hui , 5 jours après l'opération. On lave ses yeux avec de l'eau blanche. En les ouvrant , elle a la sensation d'une grande lumière , mais ne distingue pas. Ils sont plus rouges et très-tuméfiés. On lui donnera aujourd'hui 3 soupes et un bouillon.

22. Jeudi. — Douleur vive aux yeux ; hier, pendant la journée, ils ont beaucoup coulé ; la douleur s'est prolongée avant dans la nuit, qui a été presque sans sommeil. Il n'y a pas eu de céphalalgie. Ce matin la douleur est moindre, la malade est généralement mieux ; elle n'a plus de sueurs ; le pouls presque naturel ; la bouche encore un peu pâteuse ; la peau très-bonne.

23 avril au 10 mai.—Pendant ces 18 jours, la malade a continuellement souffert de l'œil droit et de tout le côté droit de la tête. La nuit a été beaucoup plus douloureuse que le jour ; elle n'a presque pas eu de sommeil. A deux reprises elle a eu de la fièvre. Bouche pâteuse ; soif ; dégoût d'aliments ; de la diarrhée avec quelques angoisses et découragement continuel. Du 28 avril au 2 mai la douleur et les élancements de l'œil droit, et du côté droit de la tête ont beaucoup augmenté d'intensité. Le pouls marque 80. On a posé quelques sangsues sur la tempe et ordonné des bains de pieds. L'effet en a été peu marqué. L'inflammation des yeux n'est pas en rapport avec la vivacité et la continuité de la douleur. L'œil droit cependant est beaucoup plus enflammé que le gauche ; tous deux sont très-sensibles à la lumière, mais le gauche seul distingue les objets. Celui-ci dès le 5 mai ne présente que peu d'inflammation. Je n'ai pu les examiner

attentivement tous les deux que le 9, à cause de la grande sensibilité de la malade. A cette époque la pupille droite n'est pas nette. La cornée du même côté offre un peu d'opacité, elle est entourée d'un bourrelet muqueux assez rouge encore, mais qui a du l'être davantage : c'est évidemment la terminaison d'un chemosis. La vision est à peu près nulle de ce côté. La malade a même prétendu hier, qu'elle ne voyait pas la clarté du jour. L'œil gauche, au contraire, ne présente presque plus d'inflammation ; la pupille est belle et la vision distincte. Du 10 au 15, l'état général de la malade est sensiblement amélioré ; cependant elle continue à avoir de la douleur à l'œil droit et à tout le côté droit de la tête. Le 15 elle quitte l'hôpital ; l'œil gauche voit très-bien ; point d'inflammation ; pupille bien noire. Du côté droit, au contraire, la douleur existe toujours ; la conjonctive est assez enflammée. La pupille est évidemment obscurcie par une cataracte secondaire. Il existe de plus un corps blanchâtre logé dans la partie inférieure de la chambre antérieure ou entre les lames de la cornée. Vision nulle de ce côté. Cette observation offre de remarquable que la malade est restée 28 jours à l'hôpital depuis le moment de l'opération, et que pendant tout le temps elle n'a cessé de souffrir de l'œil et de tout le côté droit de la tête. La douleur a été telle quelquefois qu'elle disait qu'elle allait devenir folle. A deux reprises en outre elle a été atteinte de symptômes d'inanition gastro-intestinale qui ont duré peu de jours, il est vrai, mais ont été assez intenses, malgré cela. L'inflammation de l'œil droit n'a eu d'autre effet que de déterminer la formation d'une cataracte capsulaire, et une légère opacité entre les lames de la cornée dans un point de sa cicatrice, peut-être même y a-t-il épanchement dans la chambre antérieure. On peut dire qu'aucun moyen thérapeutique n'a été opposé à cette inflammation ; car on peut compter pour rien à peu près quelques bains de pieds, ordonnés tardivement ; quelques sangsues appliquées sur la tempe le 2 mai, au moment où la douleur était dans toute son intensité.

Il est probable que si, dès le début, la douleur et l'inflammation avaient été attaquées par des nombreuses sangsues et même une ou deux saignées générales, la guérison aurait été aussi complète pour l'œil droit que pour le gauche et si régulièrement abrégée.

Chez quelques malades, après des douleurs bien moins vives et sans symptômes généraux, on trouve l'œil en suppuration dès le 3^e ou 4^e jour.

Sortie 28 jours après l'opération.

Succès incomplet. Cataracte capsulaire d'un côté.

SIXIÈME OBSERVATION. — *Cataracte de l'œil gauche, opérée le 20 avril 1830.*

Paul Dupin, âgé de 64 ans, ouvrier de campagne, est entré à la Charité le 16 avril. Il est couché n° 4, salle St Augustin. Son œil droit est affecté d'amaurose ; la pupille est très-petite ; l'iris paraît adhérer à la cornée. Cette amaurose lui est survenue il y a 12 ou 15 ans sans cause connue, sans douleur, sauf pendant 3 jours qu'elle a été très-vive et pendant lesquels la cécité est devenue complète. L'œil gauche porte une cataracte qui date de 5 mois, sans cause connue, sans douleur. Comme la vue baissait de cet œil, il y a 3 ans, M. Roux craignant pour lui aussi une amaurose avait placé un séton que le malade a gardé 10 mois. Le séton avait fortifié la vue. Dès qu'il a été supprimé, elle s'est de nouveau affaiblie, et enfin la cataracte s'est manifestée. Il est présumable que de côté aussi la rétine n'est pas bien saine ; cependant l'iris est mobile et le malade distingue le jour de la nuit. Sa santé générale est bonne d'ailleurs. Depuis 16 jours il n'a été que deux fois à la selle ; cet inconvénient lui arrive chaque fois qu'il vient à Paris.

Après les préparations d'usage il est opéré le 20 avril. L'opération faite par M. Roux ne présente rien de particulier. Après l'extraction du cristallin la pupille est bien régulière, mais le malade ne voit pas mieux qu'avant. Il est pansé comme à l'ordinaire et reconduit à son lit.

21. Mercredi. — Hier tout le jour et une partie de la nuit, le malade a éprouvé une vive douleur à l'œil ; il y a eu aussi un peu de céphalalgie. Il a dormi deux heures dans la nuit. Il a senti du larmoiement hier soir ; ce matin il est fort bien. C'est aujourd'hui le dixième jour qu'il n'a pas eu de garderobe.

22. Jeudi. — La journée d'hier a été bonne jusqu'au soir, mais toute la nuit il y a eu une vive céphalalgie et douleur de l'œil, sauf quelques élancements à intervalles éloignés. Les nuits sont bonnes ; la santé en général parfaite. Le 23 le bandeau a été levé ; la cornée est très-transparente ; la plaie bien réunie. Il reste un point un peu opaque en bas de la pupille ; du reste le malade ne voit pas mieux qu'avant l'opération.

27. — Le malade aperçoit un peu aujourd'hui les objets qu'on fait passer devant ses yeux, mais c'est plutôt comme interceptant des rayons lumineux que comme forme distincte.

Du 28 avril au 3 mai. — Même état, il ne reste plus tant d'inflammation à l'œil, la pupille est parfaitement nette ; mais la vision est complètement nulle.

4 au 8. — L'œil est de nouveau sensible à la lumière ; le malade prétend

avoir pu compter ses doigts. La pupille est d'une grande netteté, mais presque complètement immobile. Le malade est sorti aujourd'hui.

Comme opération, on peut dire que le succès dans ce cas-ci a été complet. Au bout de 18 jours le malade est sorti sans la moindre trace d'inflammation à l'œil. La cornée est parfaitement transparente; à peine voit-on la place de l'incision. La pupille est ronde et bien noire. Ce serait sans doute le moment de combattre l'amaurose qui n'est pas encore complète et de placer de nouveau un séton en le combinant avec d'autres moyens, tels que l'usage de l'émétique à haute dose, la cautérisation avec le nitrate d'argent sur le bord de la cornée. Moyen employé avec grand succès à Montpellier.

Succès complet comme opération. Amaurose imparfaite.

SEPTIÈME OBSERVATION. — *Cataracte des deux yeux, opérée le 20 avril 1830.*

Escal, âgé de 72 ans 6 mois, maçon, est entré à la Charité le 19 avril; il est couché au n° 16, salle St Augustin. Il porte deux cataractes, survenues sans causes connues. La maladie a commencé il y a 30 mois, mais il n'y a que 18 mois, que la cécité est complète. Le gauche a été perdu avant le droit; les deux pupilles très-mobiles. Le malade distingue bien le jour; les yeux beaux à opérer; la santé est bonne. L'opération est faite le 20 avril par M. Roux, il commence par l'œil gauche et fait une très-bonne incision. Après l'extraction du cristallin la cornée me semble un peu flétrie; je le fais remarquer à M. Roux qui me répond que cela dépend de son plus d'épaisseur et n'a aucun inconvénient. Le malade tombe en faiblesse, mais au bout d'une demi-heure il est en état d'être opéré de l'autre œil. Cette seconde opération ne présente rien de particulier, sinon qu'après l'extraction du cristallin la cornée est plus évidemment plissée et flétrie comme à l'autre œil. Le malade est pansé et reconduit à son lit.

21. Mercredi. — Deux heures après l'opération d'hier le malade a été pris de douleurs assez vives dans les yeux et de céphalalgie; elles ont duré une partie de la nuit, et se sont amendées vers le matin; il a pu dormir alors; il n'a pas senti de larmoiement; le matin il est bien. Bouillon, tisane.

22. Jeudi. — Hier bonne journée; point de céphalalgie; de temps en temps quelques picotements à l'œil. Il n'y a pas eu de larmoiement; le sommeil a été bon, le malade se trouve très-bien ce matin; il y a eu une selle hier.

23. — Hier depuis midi vive douleur aux deux yeux; elle est prolongée

avant dans la nuit ; elle est moindre ce matin, mais il y a céphalalgie.... (hier, pendant la douleur, les yeux coulaient abondamment). Peu de sommeil cette nuit; bouche mauvaise; langue sale; pas d'appétit; pouls 80. Le malade dit cependant se sentir mieux qu'hier.

24. La douleur aux yeux a continué ; elle subsiste ce matin, mais sans céphalalgie. Il y a eu du larmoiement ; la langue est jaunâtre ; l'appétit nul ; pouls 84. On a changé ce matin le bandeau et lavé les yeux, qui paraissent légèrement injectés. Néanmoins le malade distingue les objets.

Du 25 au 29.— L'état de santé s'améliore ; les nuits sont assez bonnes, la langue se nettoie, l'appétit revient de temps en temps ; la douleur aux yeux et à la tête se fait sentir assez vivement, mais sans durer. Le malade voit clair, mais distingue assez peu les objets.

Le 30.— J'examine les yeux avec attention ; le gauche est assez beau, mais le droit offre une tache blanchâtre ; je n'ai pu reconnaître, vu l'obscurité, si elle appartient à la cornée ou si elle coupe la pupille. Le malade dit positivement qu'il ne voit que la lumière sans rien distinguer.

Du 30 avril au 6 mai. — Le même état continue; la santé générale est bonne, mais la vue ne s'améliore pas. Tantôt le malade semble distinguer un peu, tantôt il ne voit que la clarté du jour. Pendant les moments qu'il entrevoit les objets, c'est toujours avec l'œil gauche mieux qu'avec le droit.

Le 7.— J'examine attentivement les deux yeux ; il y a fort peu de rougeur, mais du côté droit la cicatrice paraît bien plus soulevée que du côté gauche, et la pupille droite offre distinctement un corps blanchâtre.

Le 8.— Aujourd'hui le malade quitte l'hôpital ayant encore un peu d'injection aux conjonctives. Les deux cornées sont assez nettes, la pupille gauche aussi, mais la droite reste obscurcie de ce point opaque que j'avais déjà aperçu le 30 avril ; ce pourrait bien être une cataracte capsulaire. Du reste ni l'une ni l'autre pupille n'offre de mouvement. Le malade voit très-mal, il ne peut pas compter ses 5 doigts. Il est probable qu'une et peut-être deux cataractes capsulaires produites par la douleur et l'inflammation qui sont survenus aux yeux pendant les premiers jours qui ont suivi l'opération, sont la cause du peu de netteté de la vision ; pour le côté droit, il n'y a presque pas de doute.

Sorti 18 jours après l'opération ;

Succès incomplet. Cataracte capsulaire d'un côté et peut-être des deux.

HUITIÈME OBSERVATION. — *Cataracte des deux yeux, opérée le 20 avril*
1830.

Violette de Belleville, boulanger, âgé de 46 ans, est entré à la Charité le 19 avril ; il est couché au n° 3, salle St Augustin. Il porte deux cata-

ractes , très-blanches ; la droite date de 20 mois ; elle laisse encore distinguer , quoique très-confusément , les objets. La gauche , qui ne date que de six mois , est plus opaque et ne laisse percevoir que la lumière. Les cataractes sont survenues sans cause connue. Les yeux sont entièrement gros et saillants. La santé du malade est parfaite. M. Roux l'opère le 20 avril , en commençant par l'œil gauche. Il fait une grande incision , et aussitôt qu'elle est achevée , le cristallin s'échappe en entraînant avec lui une bonne partie de corps vitré. L'iris se présente entre les lèvres de la plaie , mais il est facilement remis en place à l'aide de la curette. Il a vu de l'œil droit et non du gauche. L'œil droit est aussi opéré au moyen d'une grande incision ; M. Roux la termine aussi lentement qu'il peut. Le corps vitré et le cristallin restant en place , l'extraction est ensuite faite sans incident. Le malade est pansé et reconduit à son lit.

21. Mercredi. — Hier toute la journée depuis l'opération, le malade a éprouvé une vive céphalalgie et de fortes douleurs dans les yeux, surtout à l'œil gauche. Le commencement de la nuit n'a pas amené d'amendement, mais vers minuit il a commencé à être mieux. Ce matin les douleurs sont moins fortes ; il a un peu dormi sur le matin. Il y a eu hier du larmoiement ; le malade dit se sentir bien portant d'ailleurs. Il a la bouche un peu pâteuse. Bouillon, tisane.

22. Jeudi—La journée d'hier a été passable ; la tête cependant un peu lourde. L'œil gauche a été un peu douloureux, mais non le droit ; ils ont coulé tous deux un peu. Le sommeil a été bon, le matin la douleur a été moindre. La santé générale assez bonne ; car il n'y a de douleur nulle part, sauf celle de l'œil. La langue est un peu pâteuse ; pouls 90.

23.—Même état. L'œil gauche continue à être plus douloureux que le droit. Le malade se sent mieux ce matin qu'hier.

24.—La journée d'hier a été bonne ; la douleur à l'œil gauche a repris pendant la nuit et a cessé ce matin. On change le bandeau et on lave les yeux avec de l'eau blanche. L'œil gauche est très-douloureux au moindre attouchement ; il est plus tuméfié que l'œil droit et plus rouge des deux côtés. Du reste la paupière supérieure s'affaisse. Le malade dit voir distinctement.

25 et 26. — Peu de douleur pendant la journée, elle se ranime dans la nuit, cependant le malade dort un peu.

27. — Journée d'hier très-bonne. A dix heures du jour le malade est pris d'une vive douleur à l'œil gauche et au côté correspondant de la tête. Il dit avoir souffert horriblement toute la nuit et ce matin encore, quoique un peu moins. La peau est chaude et sèche. Pouls 70. Langue humide , mais un peu rouge à la pointe et piquetée. On ordonne un bain de pieds.

28.— La journée d'hier a été passable. La douleur avait presque cessé ;

elle a repris vers minuit, mais plus tolérable que la nuit passée. C'est toujours l'œil gauche et le côté gauche de la tête qui sont surtout douloureux. Le malade a peu dormi.

29 et 30.— La douleur cesse pendant le jour et recommence dans la nuit pour diminuer le matin (toujours du côté gauche). On ordonne un lavement.

1^{er} mai.— Le malade est assez bien ; il distingue les objets. Cependant la conjonctive est encore assez rouge aux deux yeux et les paupières œdémateuses.

2.— L'œil et la tête du côté gauche recommencent à être douloureux pendant la nuit.

3,4,5,6 et 7. — La douleur est modérée pendant ces cinq jours ; c'est plutôt un picotement incommodé qui se fait sentir partout pendant la nuit. Le malade passe de bonnes journées. Point de céphalalgie.

8,9,10,11,12,13,14 et 15. — Le malade marche à la guérison ; cependant il a encore quelques attaques de douleur assez vive du côté gauche, surtout le 9. — La vue se fortifie ; les conjonctives restent assez injectées. L'inflammation des paupières a diminué ; depuis le 12 toute douleur a cessé ; mais depuis dix jours le malade dit n'avoir point dormi.

16. — Le malade sort aujourd'hui ; voici l'état de ses yeux : les conjonctives sont encore assez rouges et les paupières un peu infiltrées. La pupille du côté droit est fort nette ; le malade voit très-bien de ce côté ; mais du côté gauche la pupille n'est pas ronde ni parfaitement noire ; aussi la vision est-elle très-indistincte de ce côté là. Il ne semble cependant pas qu'il y ait une deuxième cataracte , ou du moins elle n'est pas encore bien visible. Il est difficile d'examiner le malade, attendu que ses yeux sont très-sensibles à la lumière.

. Il est probable que chez cet homme, l'issue d'une partie du corps vitré, pendant l'opération, et la tendance qu'avait l'iris de sortir par la plaie, n'ont pas été sans influence sur la douleur constamment plus vive qu'il a éprouvée du côté gauche, sur la difformité de la pupille, en un mot sur le succès incomplet de cette opération.

Guérison en 26 jours. Pupille droite parfaitement nette ; vision très-distincte de ce côté. Pupille gauche un peu irrégulière et pas très-nette ; vision indistincte de ce côté.

Succès incomplet. Une pupille bonne, l'autre point nette.

Commencement de cataracte capsulaire.

NEUVIÈME OBSERVATION. — *Cataracte des deux yeux, opérée
le 20 avril 1830.*

Sortie le 16^e jour après l'opération, avec 2 hernies de l'iris.

Élisabeth Flamand, domestique de campagne, âgée de 45 ans, est entrée à la Charité le 19 avril. Elle est couchée au n^o 10, salle Ste Rose. Elle porte deux cataractes qui datent de 4 ans, sans cause connue ; il n'y a qu'un an qu'elle ne peut plus se conduire. Les cataractes paraissent très-blanches. L'œil droit voit moins que le gauche. Les iris sont mobiles ; la malade distingue bien le jour. Les yeux sont petits, mais point enfoncés. M. Roux l'opère le 20 avril en commençant par l'œil gauche. L'incision est très-bien faite après l'extraction d'un fort petit cristallin. La malade distingue bien les objets ; il en est de même pour l'œil droit. Elle est pansée et reconduite à son lit.

21. Mercredi.—La malade n'a pas ressenti, depuis l'opération ni céphalalgie, ni douleurs aux yeux ; seulement quelques légers picotements à l'œil gauche ; elle a eu du larmolement. Elle a bien dormi ; en somme elle est fort-bien aujourd'hui. Bouillon, tisane.

22. Jeudi. — La journée d'hier excellente ; cette nuit quelques picotements faibles ; le sommeil a été passable. Ce matin il n'y a de douleur nulle part, seulement la malade se sent fatiguée du lit. Elle est très-bien d'ailleurs.

23 et 24. — La malade continue d'être bien ; de temps en temps elle ressent quelques légers picotements, mais c'est fort peu de chose ; elle dort bien, et sent de l'appétit. Le 24 le bandeau est levé pour la première fois et les yeux lavés avec de l'eau blanche. Ils ne présentent pas d'inflammation ; la malade distingue les objets. 3 soupes par jour.

Du 25 au 30.—Le mieux continue ; il n'y a point de douleur, seulement de temps en temps un larmolement assez abondant.

Le 1 mai. — La malade essaye des lunettes bleues. Pendant quelques heures elle voit bien, mais elle est très-sensible à la lumière.

Le 5.—Elle sort de l'hôpital. J'examine attentivement ses yeux en face du jour ; ils n'offrent plus de trace d'inflammation ; mais de deux côtés est une hernie de l'iris assez considérable, qui donne aux deux pupilles une forme oblongue et les rend immobiles. De là sans doute cette vive sensibilité à la lumière que la malade a essuyée pendant les derniers jours. Les hernies sont deux petites masses grisâtres dépassant le lambeau supérieur ; l'une de plus d'une ligne, l'autre de 1/2 ligne à peu près, et réunie aux lèvres de la plaie. Comme toutes les autres malades opérées à la Charité, cette femme a été préparée dès le jour de son entrée à l'hôpi-

tal jusqu'à celui de l'opération par des bains de pieds chauds, matin et soir. Une heure avant l'opération, un vésicatoire a été placé sur la nuque et entretenue en suppuration jusqu'au jour de la sortie. Quelques jours après elle est venue se faire voir à M. Roux, qui n'avait pas remarqué les hernies de l'iris. Il les a touchées avec le nitrate d'argent; nous ne l'avons pas revue depuis.

Succès incomplet. Les deux pupilles très-nettes. Deux hernies de l'iris.

DIXIÈME OBSERVATION. — *Cataracte des deux yeux; mai 1830.*

Hélène Monsé, blanchisseuse, âgée de 60 ans, porte deux cataractes qui ont commencé il y a 18 mois; il n'y a que 4 mois qu'elle ne peut pas se conduire; sa santé est bonne d'ailleurs. Les yeux sont grands, mais non saillants; sensibles à la lumière, les pupilles très-mobiles. Les cataractes n'ont pas de cause connue. Elle est entrée à la Charité le 1^{er} mai, et est couchée au n^o 4, salle Ste. Rose.

Le 6 elle est opérée par M. Roux, les incisions se font sans difficulté; il n'en est pas de même de l'ouverture des capsules qui est très-difficile à cause de l'excessive mobilité du globe de l'œil. Les incisions sont grandes, le lambeau de l'œil droit plus triangulaire que semi-circulaire. L'issue des cristallins très-facile, et les pupilles parfaitement nettes après l'extraction.

Le 7. — Hier la malade a éprouvé de la douleur et des picotements après l'opération. La nuit a été bonne; il n'y a pas de céphalalgie et beaucoup moins de douleur ce matin.

8. — Plus de douleur, quelques picotements, nuit bonne. Les yeux coulent beaucoup, la malade dit être fort bien.

9. — Ce matin tout est fort bien. Hier pendant un orage violent, il y a eu un peu de douleur aux yeux. Sommeil tranquille.

10. — Le bandeau est changé aujourd'hui. Les yeux distinguent parfaitement bien, le gauche est sans inflammation. Du côté droit, quoiqu'il n'y ait pas eu de douleur, la conjonctive forme autour de la cornée un bourrelet assez rouge.

11. — État parfaitement bon.

12 et 13. — id. — Toute rougeur a disparu.

14 et 15. — La malade est parfaitement guérie; la vision est parfaite des deux côtés.

Sortie au bout de 9 jours.

Succès complet.

ONZIÈME OBSERVATION. — *Cataracte aux deux yeux ; avril 1830.*

Jeanne Letellier, brodeuse, entre le 4 avril à la Charité (Ste Rose, n° 10). Elle porte deux cataractes d'un blanc grisâtre. La gauche date de 6 ans, la droite de quelques mois, et cependant elle est moins perméable que l'autre à la lumière. La malade distingue le jour de la nuit. Les pupilles sont très-mobiles ; les yeux grands, mais non saillants. La santé générale fort bonne.

L'extraction est pratiquée le 6 avril ; les incisions sont grandes. L'iris est un peu entamée en dedans, du côté droit ; il n'y a pas d'écoulement de sang et les deux pupilles sont parfaitement noires, la droite avec une légère échancrure.

7. — Hier après l'opération, la malade a éprouvé des douleurs aux yeux et à la tête, surtout à l'œil gauche. Elle est mieux ce matin ; il n'y a pas eu de sommeil. La santé est bonne.

8. — Hier un peu de céphalalgie passagère nuit bonne ; douleur nulle part ce matin ; les yeux ont beaucoup coulé.

9. — De temps en temps quelques picotements ; parfaitement bien du reste.

10. — Le bandeau est changé ; la vue est nette des deux côtés, il y a peu de rougeur et point de douleur.

11, 12, 13 et 14. — État fort bon, à deux reprises seulement une légère douleur à l'œil gauche, mais elle a été de très-courte durée.

15. — La guérison est parfaite, il n'y a plus d'inflammation, les pupilles bien noires, la droite légèrement échancrée, vision très-distincte. — Sortie après 13 jours.

Succès complet.

DOUZIÈME OBSERVATION. *Cataracte aux deux yeux ; mai, 1830.*

Mad. Bulauroy, rentière, âgée de 63 ans, est entrée à la Charité le 26 avril (salle Ste Rose, n° 12). Elle porte deux cataractes assez opaques ; la droite date de 4 ans, mais ce n'est que depuis un an que l'œil de ce côté ne distingue plus les objets ; la gauche a commencé il y a deux ans. Depuis un mois seulement la vue est complètement éteinte. Sa santé du reste est très-bonne. Son père et son frère ont tous deux été affectés de cataractes. M. Roux l'opère par extraction le 6 mai. Il commence l'incision de l'œil gauche et retire précipitamment le couteau avant de l'avoir achevée, disant que l'œil est trop mobile. Il est probable que cette mobilité aura été cause d'une lésion du corps vitré, quoique je n'ai pas aperçu le mouve-

ment du couteau , et que c'est pour empêcher son effusion que M. Roux renonce à opérer cet œil. Du côté droit il fait une grande incision , et la pointe de son couteau , en sortant , blesse vers l'angle interne le canicule lacrymale. La mobilité de l'œil rend assez difficile l'incision de la capsule. Après l'extraction du cristallin, la pupille est très-belle.

7. — Hier pendant la journée il y a eu de la douleur aux deux yeux , mais très-tolérable ; elle a continué pendant la nuit , et a presque cessé le matin. Du reste point de céphalalgie.

8. — Toute douleur a disparu ; de temps en temps il survient un peu de picotements aux yeux ; la santé est d'ailleurs très-bonne, la malade a bien dormi.

9. — Un peu d'angoisse hier pendant un violent orage , mais ni céphalalgie , ni douleur aux yeux.

10. — On change le bandeau ; la malade voit les objets quoique pas très-distinctement ; il y a peu de rougeur à l'œil droit , presque pas au gauche.

11 au 15. — L'état de la malade continue à s'améliorer ; elle n'a ressenti que quelques picotements passagers et de légères douleurs qui n'ont point duré.

16. — La malade quitte l'hôpital ; la vue est assez bonne quoique pas parfaitement distincte. Il n'y a point de rougeur ; la pupille est très-nette, mais la cicatrice de la cornée très-opaque , et l'opacité s'étend , quoique moins complète , vers le centre de la cornée , ce qui explique l'imperfection de la vue.

Sortie au bout de dix jours.

Succès.

TREIZIÈME OBSERVATION. — *Cataracte de l'œil droit ; mai 1830.*

Jeanne Petit, âgée de 55 ans , vigneronne, entre le 3 mai à la Charité, portant à l'œil droit une cataracte qui date de 20 ans ; elle est blanche et opaque comme de l'ivoire ; la pupille est mobile et présente une petite échancrure. La malade distingue le jour de la nuit ; elle est en outre affectée de douleurs oculaires et la conjonctive est un peu rouge. Cet œil a éprouvé de fréquentes ophthalmies. L'œil gauche est réduit à un tubercule (Ste Rose , n° 9).

L'opération est faite le 6 , par extraction. Le couteau en sortant vers l'angle interne blesse le sac lacrymal ; il y a un écoulement de sang assez abondant. Un peu de corps vitré s'échappe après l'incision. Le cristallin , qui semblait pierreux , s'écoule , dès qu'il est touché, en une bouil-

lie blanchâtre, dont les débris obscurcissent la pupille après l'opération terminée.

7 mai. — Beaucoup de douleur à l'œil et à la tête depuis l'opération ; pas de sommeil, soif vive, malaise, odeur fébrile (pouls 78).

8. — Même état, hier plus de vomissement, langue sèche et rouge (pouls 80).

9. — Même état. Hier deux vomissements bilieux, peu de sommeil; un peu de soulagement ce matin (pouls 75).

10. — Le bandeau est levé ; la malade ne voit point. L'œil est rouge, mais sans gonflement ; les douleurs continuent.

11. — Même état. Le gonflement se joint à la douleur, impossibilité d'ouvrir l'œil.

12.—id.—Écoulement abondant par l'œil, qui semble avoir un peu soulagé la malade.

13. — Beaucoup de douleur à l'œil et à la tête, pas de sommeil ; angoisse, peau chaude, bouche sèche, œil très-saillant, hors de l'orbite, rouge, paupières fermées.

14. — Hier soir un violent accès de fièvre qui a duré une partie de la nuit. Ce matin l'œil est peu douloureux, mais la céphalalgie est intense. L'épigastre douloureux à la pression ; langue rouge, sèche ; peau chaude ; pas de selle depuis dix jours. (Petit lait émétisé.)

15. — Moins de douleur, quelques vomissements ; hier pouls naturel.

16. — Hier plusieurs selles ; la langue est encore rouge, mais il n'y a plus de douleur à l'épigastre. Rien de changé pour l'œil et la tête qui sont toujours douloureux.

17. — Quoique l'œil soit en pleine suppuration, la douleur y est toujours vive, ainsi que la céphalalgie, surtout pendant la nuit.

18. — Œil moins douloureux, dévoiement, langue rouge et sèche, soif continuelle, pouls peu fréquent.

19. — Même état, plus un léger accès fébrile hier soir.

20, 21. — La douleur à l'œil et à la tête a diminué ces trois jours.

22. — La céphalalgie a recommencé ; la suppuration est abondante, pas de selle depuis 3 jours ; langue rouge, grande soif.

23, 24.—Un peu mieux.

25. — Beaucoup mieux pour la douleur à l'œil, plus de fièvre ; langue rouge, humide.

26.—Hier un peu de douleur a repris à l'œil et à la tête ; l'œil a beaucoup diminué, il suppure toujours ; soif ; pas de selle depuis 10 jours (huile de ricin et sirop de chicorée 3 jours).

Du 27 au 6 juin, jour de sortie.—La malade va de mieux en mieux,

cependant elle conserve de la céphalalgie et de la douleur à l'œil qui est complètement perdu.

Sortie au bout d'un mois. Insuccès complet.

QUATORZIÈME OBSERVATION.—*Cataractes aux deux yeux ; avril 1830.*

F. Cartigny, marchand boisselier, âgé de 50 ans, entre le 23 avril à la Charité, est couché salle Ste Vierge, n. 14. Il porte deux cataractes qui ont commencé à paraître il y a environ 4 ans, sans cause connue. Il y a 7 à 8 mois qu'il ne peut plus se conduire. Celle de l'œil gauche ressemble exactement à une opale, l'autre est mat. Les pupilles sont très-mobiles ; le malade distingue bien le jour ; sa santé est parfaite.

Il est opéré le 6 mai par M. Roux. *Extraction, œil gauche* ; grande incision, les accompagnements laiteux sortent immédiatement après incision de la capsule ; le cristallin petit sort sans difficulté, la pupille est superbe.

Oeil droit : grande incision, issue facile du cristallin ; pupille très-belle.

7 mai. — Hier après l'opération douleur à la tête et aux yeux, surtout à l'œil gauche. Tout cela a diminué pendant la journée et la nuit ; le malade est bien ce matin.

8, 9. — Peu ou point de douleur ; seulement le malade ressent une grande fatigue d'être couché sur le dos, il s'en plaint beaucoup.

10. — Le bandeau est levé, le malade distingue bien des deux yeux ; le gauche offre une légère rougeur.

Du 11 au 16. — Le malade est fort bien.

17. — Il n'y a pas tant d'inflammation, les pupilles sont bien rondes et nettes ; la vue est fort bonne.

1^{er} Juin. — Le malade sort parfaitement guéri.

Sorti de l'hôpital après 25 jours.

Guérison parfaite.

QUINZIÈME OBSERVATION.—*Cataracte simple ; mai 1830.*

L. J. Petit, âgé de 52 ans, ouvrier en draps, est entré le 26 avril ; il est couché salle Ste Vierge, n. 16. Il porte à l'œil gauche une cataracte couleur verdâtre ; il y a 4 ans qu'elle a commencé, il y en a deux qu'il ne peut plus se conduire, l'autre œil ayant été opéré de cataracte, il y a trois ans et demi, sans succès. Le malade voit le jour. L'iris est très-mobile . . . Il jouit d'une bonne santé, sauf un rhume qu'il a depuis quelques semaines et qui occasionne des quintes de toux.

Le 6 mai.—M. Roux pratique l'extraction qui n'offre rien de particulier. L'incision est grande ; la pupille fort nette ; après l'extraction du cristallin le malade voit immédiatement.

7.—Hier le malade a ressenti une vive douleur à l'œil et à la tête , elle a complètement cessé cette nuit. Il est fort bien ce matin quoiqu'il n'ait pas dormi.

8 et 9.—Parfaitement bien.

10.—Légère douleur à l'œil hier soir. Le bandeau est changé ce matin ; le malade voit fort bien. Pas d'inflammation.

11.—Le malade ayant toussé hier a ressenti un peu de douleur à l'œil ; du reste rien de changé ; la douleur a cessé ce matin.

12.—Idem.

13.—Hier douleur à l'œil depuis midi jusqu'à 10 heures du soir. Écoulement abondant. Nuit bonne ; nulle douleur ce matin ; pas d'inflammation ; vue distincte ; la toux diminuée.

14, 15 et 16.—Quoique la toux continue, il n'y a point de douleur.

17.—Le malade , depuis hier à 3 heures du soir , ressent à l'œil une douleur atroce qui n'a point diminué ce matin. La joue droite est très-rouge ; l'œil opéré offre un peu de rougeur, mais nul gonflement. La vue continue à être parfaite ; le pouls est naturel. Pas de selle depuis 11 jours.

18.—La douleur a complètement disparu.

Du 19 mai au 2 juin. — Guérison complète : La toux a presque disparu. Le malade voit fort bien ; son œil n'a pas la plus légère douleur ; la pupille est très-noire, mais non parfaitement ronde ; elle paraît descendre vers la cicatrice.

Sorti après 27 jours. Guérison parfaite.

SEIZIÈME OBSERVATION.—*Cataracte double ; mai 1830.*

Jean Blouin , âgé de 59 ans, journalier , est entré le 26 avril, 1830. Il est couché salle Ste Vierge , n° 22. Il porte deux cataractes dont chacune offre un point très-opaque au centre, tandis que le pourtour du cristallin est de couleur plus foncée et presque noire ; on pourrait même prendre cette coloration pour de la transparence , si le malade n'était pas privé de la faculté de se conduire. Il y a 7 à 8 ans qu'il s'est aperçu que sa vue baissait ; il y en a 3 ou 4 qu'elle est perdue. Du reste il distingue le jour de la nuit. Les iris sont bien mobiles ; sa santé générale et parfaite.

L'extraction est opérée le 6 mai par M. Roux ; l'incision est faite grande des deux côtés ; l'extraction des cristallins facile ; les deux pupilles fort nettes. Le malade voit immédiatement.

7 mai. — Depuis l'opération, picotements dans les deux yeux, mais pas de douleur. Ils ont un peu diminué ce matin. Il y a beaucoup d'écoulement, pas de sommeil. Le malade se sent bien.

8 et 9. — Douleur nulle part.

10. — Le bandeau est changé. Le malade distingue bien les objets. Il sent une légère rougeur aux conjonctives; fatigue aux reins.

11, 12 et 13. — Très-bien.

14. — L'œil gauche est fort beau, la pupille bien nette; la vision parfaite de ce côté. Du côté droit, quoique la cornée soit entièrement transparente, la vision est très-indistincte, attendu que la pupille n'est pas parfaitement nette comme de l'autre côté. La conjonctive forme autour de cet œil un bourrelet comme dans le chemosis; mais la douleur est presque nulle, et la couleur rose peu intense. Du reste le malade est fort bien.

15. — Céphalalgie; douleur à l'œil droit hier; tout cela a presque cessé ce matin.

16, 17, 18 et 19. — État satisfaisant. Rien de changé aux pupilles; la droite est plus dilatée que la gauche.

Du 20 au 23. — Rien de changé. De temps en temps une légère céphalalgie. Le malade sort. L'œil gauche est fort bon, la pupille bien noire et nette; la vision parfaite de ce côté. La pupille droite est grisâtre; le malade distingue très-mal de cet œil; c'est évidemment une cataracte capsulaire.

Sorti après 16 jours.

Guérison complète d'un œil, cataracte capsulaire de l'autre.

DIX-SEPTIÈME OBSERVATION. — *Cataracte double; mai 1830.*

Leroy, âgé de 76 ans, tapissier, est entré le 3 mai à la Charité; il est couché salle St. Augustin, n° 10. Il porte 2 cataractes dont l'origine remonte, dit-il, à 15 ans. Il n'y en a que trois qu'il ne peut plus se conduire. Les cataractes sont presque noires, les pupilles très-mobiles. Le malade distingue bien le jour. Yeux très-saillants; santé fort bonne.

Le 6 mai, M. Roux pratique l'extraction. *OEil gauche*; grande incision, issue facile d'un cristallin, belle pupille.

OEil droit: L'aide ayant lâché l'œil avant que la cornée fut transpercée, il en résulte une lésion de la moitié de la largeur de l'iris en dedans, et par suite une large pupille triangulaire: l'opération du reste est achevée.

7. — Douleur aux yeux et sur le front depuis l'opération; elle n'est presque pas diminuée ce matin; cependant le malade a très-bien dormi.

8. — Depuis hier diminution notable de la douleur ; bon sommeil ; pas de céphalalgie.

9. — Beaucoup de toux hier ; par suite , renouvellement de la douleur aux yeux et à la tête ; elle est des plus vives ; du reste pas de fièvre.

10. — La toux et la douleur ont continué ; nuit passable ; ce matin douleur presque nulle aux yeux et diminuée à la tête. L'œil gauche voit distinctement ; le droit est en suppuration.

11. — Diminution de la toux et de la céphalalgie ; mais l'œil droit est douloureux.

12 et 13. — Presque plus de toux ni de douleur.

14. — L'œil droit suppure abondamment ; il est le siège de beaucoup de douleur, ainsi qu'un côté de la tête. L'autre œil est bien et voit très-bien. Le malade assure qu'il voit des deux yeux ce qui est peu probable , car le droit est fort tuméfié ; la paupière ne peut se soulever.

La cornée et la pupille gauches sont très-nettes , mais la conjonctive de la paupière inférieure de ce côté conserve un rouge vif.

Du 15 au 19. — Même état ; douleur , suppuration et gonflement à droite ; à gauche tout va bien. La langue est jaune , la bouche amère , le pouls naturel. Pas de selle depuis 15 jours.

Du 20 au 24. — Même état ; l'œil est toujours suppurant et douloureux quoique la douleur diminue. Elle persiste sans amendement dans le côté droit de la tête. Le malade sort dans cet état. La pupille gauche est très-noire quoique irrégulière ; vision très-bonne de ce côté.

Sorti après 15 jours. Guérison d'un œil , l'autre en suppuration.

DIX-HUITIÈME OBSERVATION. — *Cataracte double ; mai 1830.*

Marie Métrier , âgée de 55 ans , vigneronne , entrée le 8 mai à la Charité , couchée salle Ste Rose , n° 18 ; porte deux cataractes, couleur opale, survenues sans cause connue et sans douleur, il y a deux ans ; les pupilles sont très-mobiles ; elle distingue le jour. La santé est excellente.

M. Roux pratique l'extraction le 16 mai. L'opération n'offre rien de particulier. Les deux pupilles sont très-belles après l'ablation du cristallin.

17. — Douleur vive aux deux yeux , hier le jour et une partie de la nuit ; mais sans céphalalgie. Beaucoup mieux ce matin.

18 , 19 et 20. — Toute douleur a disparu ; la malade dit être très-bien.

21. — Le bandeau est changé ; les yeux sont sans douleur , sans rougeur ; la vue est bonne.

22. — La pupille gauche est nette ; la cornée droite semble devenir opaque.

23 et 24. — Même état. La malade ne voit décidément que de l'œil gauche.

25. — La cornée droite est blanche et un peu plus saillante que la gauche.

26, 27 et 28. — La malade a eu un violent mal de gorge qui a duré deux jours, et un peu de douleur à l'œil droit.

29 et 30. La malade sort dans cet état. *Oeil gauche* : pupille bien noire et ronde, vue très-bonne de ce côté.

Oeil droit : examiné avec soin il offre une hernie considérable de l'iris, et qui n'avait pu être que soupçonnée vu l'obscurité. De plus, opacité de toute la partie de la cornée qui est soulevée par la hernie ; c'est-à-dire du lambeau supérieur d'une grande partie. Vision nulle de ce côté.

Sortie après 15 jours.

Guérison d'un œil ; opacité de la cornée et hernie de l'iris de l'autre.

DIX-NEUVIÈME OBSERVATION. — *Cataracte double; mai 1830.*

Vrel, âgée de 65 ans, journalière, est entrée le 11 mai et couchée salle Ste Rose, n. 20. Elle porte deux cataractes de couleur grisâtre ; la droite date de 10 ans ; elle a commencé à la suite d'un coup reçu sur l'œil par la malade. La gauche date de 5 mois, sans cause connue. Les pupilles sont mobiles ; l'œil distingue bien la lumière. Santé générale très-bonne.

M. Roux pratique l'extraction le 16 mai ; l'opération n'offre rien de particulier ; les deux pupilles sont bien rondes et nettes.

17 mai. — Douleur vive hier jusqu'au soir, sur les deux yeux et à la tête. Plus de douleur ce matin du côté gauche, mais elle persiste encore à l'œil droit, quoique fort diminuée.

18. — Un peu de douleur à l'œil droit hier, et aujourd'hui au gauche. Point de céphalalgie.

19 et 20. — Plus de douleurs ; bonnes nuits ; quelques picotements.

21. — Le bandeau est changé ; yeux sans douleur, sans inflammation ; vision assez distincte.

22 et 23. — Pas de douleur, mais la vue de l'œil droit est nulle. Voici ce qu'il présente : au premier coup d'œil il semble qu'il y ait altération de la pupille, mais en y regardant de près on remarque que l'iris a changé de couleur ; il a pris une teinte gris-louche uniforme ; la pupille est occupée par un corps d'une teinte louche aussi, mais plus blanchâtre : l'œil gauche voit fort bien.

24, 25, 26, 27, 28, 29 et 30. — Même état : quelques légères douleurs du côté droit reparaissent par intervalles les premiers jours.

31. — La malade sort dans cet état. Il n'y a pas de doute sur l'existence de la pupille des deux côtés, mais du côté droit elle est occupée par la capsule devenue opaque. La vision est nulle de ce côté.

La pupille gauche est bien nette et noire, et la vision très-bonne. Il n'y a pas trop de rougeur.

Sortie après 15 jours.

Guérison d'un côté ; cataracte secondaire de l'autre.

VINGTIÈME OBSERVATION. — *Cataracte simple ; mai 1830.*

Catherine Rodel, âgée de 58 ans, culottière, est entrée à la Charité le 5 mai ; elle est couchée salle Ste Rose, n° 21. Elle porte à l'œil droit une cataracte (le gauche est réduit à un tubercule), qui est d'un gris blanc ; elle a commencé il y a 7 ans, sans cause connue. La pupille est mobile ; la malade distingue bien le jour. L'œil est gros et saillant ; la santé fort bonne.

M. Roux pratique l'extraction le 16 mai ; l'incision est grande et très-régulière ; la cornée est remarquablement mince. Le cristallin, en sortant, est suivi d'une bonne partie du corps vitré.

17. — Douleur à la tête et à l'œil jusqu'au soir, hier bonne nuit ; pas de douleur ce matin.

18. — Douleurs passagères ; pas de céphalalgie.

17. — Pas de douleur. La joue et le bandeau sont tachés de sang.

20 et 21. — Hier tout le jour et une partie de la nuit douleurs très-vives à la tête et à l'œil ; celui-ci est en complète suppuration.

22, 23, 24, 25 et 26. — La suppuration continue. Le sommeil est bon ; il y a peu ou point de douleur ; la malade assure n'avoir souffert d'une manière notable que la première journée.

27. — Œil saillant hors des paupières couvert de mamelons blancs opaques avec des bourgeons charnus interposés.

Sortie le 6 juin. — Insuccès complet.

VINGT-ET-UNIÈME OBSERVATION. — *Cataracte double ; mai 1830.*

Thérèse d'Alberg, âgée de 72 ans, couchée salle Ste Rose, n° 2, porte deux cataractes d'un blanc grisâtre ; la droite date de 4 ans, la gauche de 2 ans ; elles ont débuté sans cause connue. Les pupilles sont mobiles ; elle reconnaît bien la lumière. La santé générale est assez bonne sauf un catarrhe chronique qui la fait tousser de temps en temps.

M. Roux pratique l'extraction le 16 mai. Du côté gauche rien de parti-

culier ; la pupille est très-nette. Après l'ablation du cristallin du côté droit il y a lésion du sac lacrymal à la sortie du couteau ; du reste la pupille est aussi très-nette.

17. — Il y a eu hier un peu de douleur aux yeux et à la tête, mais la nuit a été bonne, et ce matin la douleur a cessé.

18, 19 et 20. — Il y a eu de temps en temps un picotement et une légère douleur aux yeux et à la tête. La malade assure être soulagée quand elle sent l'écoulement de ses yeux augmenter.

21. — Le bandeau est changé, les yeux sont à peine rouges ; mais la malade ne peut rien distinguer ; à peine entrevoit-elle un peu la clarté du jour ; il semble qu'il y ait à l'œil gauche une occlusion de la pupille. Du côté droit on aperçoit une pupille étroite, mais elle correspond à un fond opaque.

22.— Douleur hier aux deux yeux, surtout le soir ; mieux ce matin. Il est possible que du côté gauche il n'existe pas une lésion de la pupille, comme je l'ai cru hier, mais si la pupille existe, au moins correspond-elle à un fond de la même couleur que l'iris qui est très-pâle. Il semble en effet qu'on distingue un cercle un peu plus blanchâtre au centre de l'œil ; ce serait la limite de l'iris. Du côté droit rien de changé.

23, 24.— Hier pendant un orage violent, la malade ressentit beaucoup de douleurs aux yeux et à la tête. La vue est complètement détruite.

Du 25 au 29.— Peu de douleur.

30.— La malade sort aujourd'hui, voici son état : du côté gauche la pupille existe, mais il y a bien évidemment une cataracte capsulaire qui se détache aujourd'hui par une opacité assez grande. De cet œil la malade voit la clarté du grand jour.

Du côté droit la pupille étroite que j'avais cru apercevoir le 21 a disparu. Toute la place qui doit être occupée par l'iris et la pupille, offre une surface couleur olive avec deux points blanchâtres. Il n'y a évidemment plus de pupille, elle est oblitérée ; c'est l'iris qui occupe tout cet espace. En effet sur l'autre œil sa couleur est aussi olive.

Oblitération de la pupille d'un côté ; cataracte capsulaire de l'autre.

VINGT-DEUXIÈME OBSERVATION. — *Cataracte simple ; mai 1830.*

Morizeau, âgé de 63 ans, portier, entré le 6 mai à la Charité, couché salle Ste Vierge, n° 10, porte à l'œil gauche une cataracte d'un gris blanchâtre survenue sans cause connue, il y a deux ans. La pupille est très-mobile ; il distingue bien la lumière. La santé générale est parfaite.

M. Roux pratique l'extraction le 6 mai. L'incision donne un grand lambeau un peu triangulaire ; la pointe du couteau lèse légèrement l'iris en

bas ; le sac lacrymal est aussi un peu blessé. La pupille , après l'ablation du cristallin est bien noire , mais irrégulière.

Du 17 au 20. — Point de douleur , sauf un peu le soir même de l'opération , et quelques picotements les jours suivants.

21.—Le malade voit bien. La pupille est belle , mais il y a un peu d'opacité de la cornée au trou de l'incision.

Du 22 mai au 1^{er} Juin.—Pas de douleur. Le malade compte facilement ses doigts. La pupille est très-noire ; l'opacité de la cornée me paraît diminuer.

4. — Le malade part voyant très-bien. L'opacité qui s'élevait des bords de l'incision a presque disparu.

Succès complet.

VINGT-TROISIÈME OBSERVATION. *Cataracte double ; mai 1830.*

Auguste Lanief, âgé de 29 ans, vigneron, entré le 5 à la Charité, est couché salle Ste Vierge, n. 8. Il porte deux cataractes qui ont commencé il y a cinq mois environ ; la droite paraît plus blanche que la gauche. Le malade distingue le jour de la nuit. Les pupilles sont très-mobiles. La santé générale est bonne.

Le 16 mai, M. Roux pratique l'extraction qui n'offre rien de particulier, sinon que les cataractes sont très-dures, malgré l'âge. Du côté droit il y a une lésion du sac lacrymal. Du reste, les deux pupilles sont fort belles.

17. — Légère douleur hier, à l'œil droit surtout ; très-bien ce matin.

18. — Un peu de douleur aux deux yeux et beaucoup de larmoiement.

19, 20. — Très-peu de douleur. Le bandeau est changé ; il y a peu de rougeur. Le malade voit clair, sans trop distinguer les objets.

Du 21 au 28. — L'œil droit est bien et voit distinctement ; le gauche est presque continuellement douloureux, sans cependant paraître très-rouge : la vue y est presque nulle.

29. — La douleur continue à gauche ; la conjonctive est rouge de ce côté.

31.—La douleur a continué à gauche ; les paupières sont rouges et même un peu gonflées. L'œil droit est fort bon.

1^{er} Juin. — La pupille droite est très-belle et la vue bonne de ce côté. De l'autre la conjonctive est enflammée ; la pupille gauche est ronde aussi , mais pas bien nette. La vue est nulle ou à peu près. Il y a toujours beaucoup de douleur de ce côté.

2, 3. — La pupille gauche redevient très-nette , et cependant la vue n'est pas distincte de ce côté.

Le 8.—Le malade sort dans cet état : Les deux pupilles et les deux cor-

nées très-nettes. L'œil droit est sans aucune rougeur et voit très-bien. Le gauche est rouge encore, et sa vue est fort indistincte.

Guérison d'un œil, incomplète de l'autre.

VINGT-QUATRIÈME OBSERVATION. — *Cataracte simple ; mai 1830.*

Foy, âgé de 66 ans, jardinier, opéré, il y a 30 jours, de l'œil gauche, avec une extrême difficulté à cause de la grande mobilité du globe oculaire et de son enfoncement d'orbite, couché salle Ste Vierge, n° 28. Il porte à l'œil droit une seconde cataracte dont le début remonte à 3 1/2 ans. Pour éviter les difficultés qui avaient rendu l'extraction si difficile de l'autre côté et qui l'avaient empêché de la pratiquer immédiatement sur l'œil droit, M. Roux se décide à l'opérer par abaissement, le 16 mai 1830.

Il pratique avec le couteau à extraction, très-peu en arrière de l'union de la cornée avec la sclérotique, une incision perpendiculaire : c'est-à-dire dirigée parallèlement à l'iris, à peu près au niveau de l'extrémité externe du diamètre transverse de l'œil dans le point.

Cette incision est faite de grandeur suffisante pour pouvoir y introduire une cuvette étroite (incision de 2 ou 3 lignes). Rien de particulier ne suit cette pratique ; à peine une très-petite quantité de corps vitré s'échappe entre les lèvres de l'incision au moment où le couteau est retiré. La cuvette est introduite. Malgré les brusques mouvements du globe de l'œil, sa rainure appliquée sur le haut de la circonférence du cristallin, qui est ensuite déprimé et poussé en bas, un peu en arrière par le mouvement de bascule de la cuvette. Il est maintenu assez longtemps dans cette position et ne remonte point après que la cuvette est retirée.

Du 17 mai au 3 juin, jour de départ, le malade n'éprouve aucune douleur. Le 21, à la levée du bandeau, il distingue assez bien les objets. Depuis sa vue gagne chaque jour, et le 3 juin il voit fort bien les aiguilles de ma montre. La pupille est fort belle.

Sorti après 15 jours. Succès complet.

VINGT-CINQUIÈME OBSERVATION. — *Cataracte double ; mai 1830.*

Provost, âgé de 69 ans, entré aujourd'hui est couché salle St Augustin, n° 3.

Il porte deux cataractes dont l'une venue à la suite d'un coup sur l'œil, reçu il y a cinq ans ; l'autre, sans cause connue, date d'un an. Toutes deux sont très-opaques ; les pupilles mobiles ; il distingue le jour.

Opéré par extraction, le 16, par M. Roux. En introduisant le couteau dans

l'œil gauche, M. Roux blesse l'iris en bas. En incisant la capsule cristalline, il intéresse en arrière celle du corps vitré, dont une partie notable est évacuée en même temps que le cristallin ; celui-ci même ne sort pas en entier ; M. Roux n'en peut retirer que des fragments, la pupille demeure obscurcie par le reste. M. Roux prétend que la capsule elle-même est opaque, ce qui ne paraît pas prouvé. L'œil droit est opéré sans difficulté ; on obtient une pupille nette.

17, 18. — Le malade n'a pas éprouvé la moindre douleur depuis l'opération.

19. Un peu de douleur à l'œil gauche.

20. — La douleur a cessé.

21. — Premier pansement. Le malade voit le jour, mais ne distingue les objets que très-mal. L'œil gauche éprouve de nouveau une légère douleur.

22. — Quelques douleurs à l'œil gauche et au côté gauche de la tête. La conjonctive gauche est le siège d'une inflammation assez vive ; elle offre même du boursoufflement. La cornée gauche est presque entièrement blanche. De l'autre côté peu d'inflammation, mais la pupille n'est pas noire ; une cataracte capsulaire s'y est développée ; elle est déjà tellement avancée qu'il semble presque que l'œil n'ait pas été opéré.

23 à 28. — Même état ; pas de douleur. La vue n'est pas entièrement perdue du côté droit ; le malade prétend qu'elle a un peu gagné ces derniers jours.

29. L'œil droit examiné au grand jour, offre évidemment une cataracte capsulaire de couleur opale. De l'autre côté la cornée est opaque et est amère. On distingue un hypopyon.

30, 31. — Le malade assure que la vue gagne du côté droit, et qu'il commence à distinguer ses doigts. L'opacité de la nouvelle cataracte ne paraît cependant pas s'éclaircir.

1 et 2 juin. — Le malade sort aujourd'hui dans le même état.

Sorti après 15 jours.

Cataracte capsulaire d'un côté. Opacité de la cornée et hypopyon de l'autre.

VINGT-SIXIÈME OBSERVATION.—*Cataracte double ; mai 1830.*

Couet, âgé de 46 ans, menuisier, entré le 7 mai à la Charité et couché salle St Augustin, n. 4. Porte deux cataractes assez opaques, datant de 4 ans environ. Depuis un an seulement il ne peut plus se conduire. Il distingue bien le jour. Les pupilles sont mobiles ; la santé générale excellente.

M. Roux pratique l'extraction le 16 mai. L'opération ne présente rien de particulier, sinon que du côté gauche, l'iris qui tendait à faire hernie après l'ablation du cristallin, a du être repoussée avec la cuvette. Des deux côtés on obtient une belle pupille. Le malade voit immédiatement.

Du 17 au 19. — Il y a à peine quelques instants de douleurs aux yeux, sans céphalalgie.

20. — Hier et cette nuit, il y a eu de la douleur sur les yeux, et de l'agitation. Le malade est mieux ce matin. Pas de céphalalgie.

21. — Changement d'appareil. Le malade a vu ses mains, mais moins distinctement que le jour de l'opération. Hier les yeux ont été continuellement douloureux.

22. — Journée d'hier meilleure. Mieux dormi cette nuit. Encore de la douleur aux yeux, sans céphalalgie. La lumière est très-sensible, cependant il ne semble pas qu'il y ait beaucoup de rougeur. Il n'y a pas de gonflement.

23, 24, 25. — Éruption miliaire se développe sur les bras et la poitrine. Du reste les yeux sont toujours un peu douloureux et surtout sensibles à la lumière : la vue n'est cependant pas mauvaise quand le jour est faible. Le malade est tourmenté d'insomnie depuis l'opération.

26. — Les yeux paraissent assez rouges ; le malade prétend y sentir des mouvements convulsifs. L'éruption persiste (bains de pieds).

27. — La rougeur des yeux a diminué ; ils continuent à être sensibles à la lumière.

28. — Sirop diacode.

29, 30. — Beaucoup mieux. La rougeur des yeux, leur sensibilité à la lumière a diminué ; la vue gagne. Du reste les cicatrices sont saillantes comme s'il y avait hernie de l'iris, surtout du côté droit.

31 mai au 1^{er} juin. — Le malade sort aujourd'hui. Examinant au grand jour, on reconnaît aisément deux hernies de l'iris. Les deux pupilles sont noires, mais irrégulières. Le malade distingue et reconnaît assez bien les objets. Il doit revenir pour se faire toucher avec le nitrate d'argent. Il n'est pas revenu.

Sorti après 14 jours.

Hernie de l'iris des deux côtés.

VINGT-SEPTIÈME OBSERVATION. — *Cataracte simple ; septembre 1830.*

Claude Multon, entré à la Charité le 14 septembre est couché salle Ste Vierge, n^o 36. Il porte à l'œil droit une cataracte couleur opale (pas d'autres renseignements).

M. Roux pratique l'extraction le 14 septembre. Le sac lacrymal est lé-

gèrement piqué, le cristallin sort spontanément après l'incision de la capsule. La pupille est nette ; le malade voit la fenêtre.

15.— Un peu de douleur à l'œil et céphalalgie hier et cette nuit ; mieux ce matin.

Du 16 septembre au 3 octobre, jour de sortie.—Le malade va parfaitement et sans la moindre douleur. La pupille est très-nette et la vision distincte.

Sorti après 18 jours. Guérison parfaite.

VINGT-HUITIÈME OBSERVATION. — *Cataracte simple ; septembre 1830.*

Joseph Montigny, entré à la Charité le.. septembre, couché salle Ste Vierge, n° 33. Il porte deux cataractes qui datent de 4 ans. Il distingue le jour ; les pupilles sont mobiles. L'œil droit est jugé seul assez avancé pour l'opération.

M. Roux pratique l'extraction le 14 septembre ; elle ne présente de particulier qu'une légère piqûre du sac lacrymal. Le cristallin sort facilement et le malade aperçoit ses mains, quoique la pupille ne soit pas parfaitement nette.

15. — Un peu de douleur hier à l'œil ; elle a disparu ce matin.

Du 16 au 27, jour de sortie. — Pas la moindre douleur ; la pupille est devenue parfaitement nette et la vue très-bonne.

Sorti après 12 jours. Guérison parfaite.

VINGT-NEUVIÈME OBSERVATION. — *Cataracte double ; septembre 1830.*

Marthe d'Anjou, âgée de 70 ans, rentière, entrée le 12 septembre à la Charité et couchée salle Ste Rose n° 9. Elle porte deux cataractes d'une teinte assez blanche, ayant débuté toutes deux sans douleur, il y a cinq ans. La vue est complètement perdue pour l'œil gauche depuis 4 ans ; pour le droit depuis 6 semaines seulement. Tout deux reconnaissent la lumière ; mais les deux iris sont peu mobiles. Les yeux sont enfoncés.

M. Roux les opère le 14 septembre.

L'œil gauche est opéré par extraction. L'opération n'offre rien de particulier, sinon que le cristallin, qui offrait une teinte blanche, tandis qu'il était dans l'œil, est en réalité presque noir. De plus, après l'opération terminée, il reste un grand pli transversal à la cornée.

L'œil droit est opéré par abaissement, suivant la méthode employée pour le malade de l'observation n. 24. L'introduction de la curette et l'abaissement du cristallin sont assez difficiles vu l'enfoncement et la mobilité de l'œil. Un peu de sang s'épanche dans la branche antérieure et y forme un nuage.

15. — Beaucoup de céphalalgie et de douleur aux yeux, surtout à l'œil droit. Nuit mauvaise; pas d'amendement ce matin. Douleur épigastrique, constipation, fièvre, angoisses.

16. — Journée un peu meilleure. Hier diminution de la douleur des yeux; le droit est toujours le plus douloureux. La céphalalgie continue. Nuit sans sommeil. La malade se sent faible ce matin; la fièvre continue, mais un peu moindre.

17. — La céphalalgie continue; rien de changé pour les yeux; la fièvre persiste; la langue est blanche; l'épigastre douloureux, pas de selle depuis huit jours (lavement purgatif).

18. — Levée de l'appareil, l'œil droit (abaissement) est tuméfié et ne s'ouvre point; le gauche s'ouvre, mais la vue est nulle; ils sont moins douloureux, mais la céphalalgie et la fréquence du pouls continuent.

19. — Œil droit très-tuméfié, érysipèle sur ce côté de la face; chemosis à l'œil gauche.

Du 20 au 23. — La céphalalgie continue ainsi que l'appareil fébrile, les douleurs d'estomac et l'insomnie. La douleur des yeux a été en diminuant. Le gauche est en pleine suppuration, le droit toujours très-tuméfié et ne peut s'ouvrir.

24. — La malade sort avec une vive céphalalgie.

Sortie après 10 jours. Observation non achevée. Un œil en suppuration, perte probable de l'autre.

TRENTIÈME OBSERVATION.—*Cataracte double; septembre 1830.*

Marie Robert, âgée de 61 ans, cordière, entrée le 7 septembre, couchée salle Ste Rose, n. 80, porte deux cataractes de couleur grisâtre; la droite a commencé il y a 4 ans; la gauche, 2 ans 1/2. La perte de la vue a été accompagnée de violents maux de tête; ils existaient à son entrée à l'hôpital, et ont promptement cédé à l'usage des bains de pieds. Les pupilles sont mobiles; la malade distingue la lumière.

M. Roux pratique l'extraction le 14 septembre; elle n'offre rien de particulier, sinon que l'iris du côté droit a une tendance à sortir par la plaie; il est repoussé avec la curette. Les deux pupilles sont bien nettes.

15. — La douleur de tête et des yeux a été assez forte hier, elle est beaucoup moindre ce matin.

Du 16 au 10 octobre, jour de sortie. — La malade est parfaitement bien; ses yeux n'offrent ni rougeur ni douleur, sauf quelques picotements pendant les premiers jours, surtout à l'œil gauche.

Elle sort voyant très-distinctement. Les deux pupilles sont bien noires,

la gauche un peu oblongue en bas ; la droite un peu oblongue en dehors.
Sortie après 57 jours. Guérison parfaite.

TRENTE ET UNIÈME OBSERVATION. — *Cataracte simple ; septembre 1830.*

Marie Languesnier, âgée de 26 ans, journalière, entrée le 7 septembre et couchée salle Ste Rose, n° 11, porte à l'œil gauche, depuis 6 ans, une cataracte très-blanche, survenue sans douleur ni cause connue. Depuis 2 ans la vue est perdue pour cet œil, qui distingue cependant la lumière. La santé est bonne.

M. Roux pratique l'extraction le 14 septembre 1830. Elle n'offre rien de remarquable, sinon qu'après l'ablation du cristallin, la cataracte persiste en entier ; en effet, elle est capsulaire ; ni la pression ordinaire du globe oculaire, ni la pince ne peuvent l'amener. Après quelques tentatives, M. Roux finit par sortir en entier cette capsule au moyen de l'aiguille de Scarpa. La pupille reste alors fort noire.

15. — Douleur à l'œil assez vive pendant la journée d'hier ; nuit bonne ; peu de douleur ce matin.

16, 17 et 18. — Plus de douleur, seulement de temps en temps quelques légers élancements. A la levée du bandeau la malade voit un peu. La cicatrice paraît saillante, mais il n'y a pas de douleur.

19 au 3 octobre. — Pas de douleur ni de rougeur, mais la vue est faible quoique faisant chaque jour un peu de progrès. La malade sort dans cet état. La cicatrice est saillante, sans qu'on puisse affirmer s'il y a hernie de l'iris. La pupille paraît bien noire, la vue gagne.

Sortie après 18 jours. Succès douteux.

TRENTE-DEUXIÈME OBSERVATION. — *Cataracte double ; septembre 1830.*

Femme Siou, âgée de 60 ans, journalière, entrée le 6 septembre, couchée salle Ste Rose, n° 14, porte depuis deux ou trois ans deux cataractes d'un gris-bleuâtre, survenues sans douleur ni cause connue, qui ont détruit complètement la vue, il y a un an. Les pupilles sont mobiles. La malade distingue le jour. Sa santé bonne.

M. Roux pratique l'extraction le 15 septembre.

L'œil gauche est très-mobile ; le lambeau supérieur de la cornée est un peu angulaire. La grande mobilité de l'œil cause beaucoup de difficulté pour l'incision de la capsule. Le cristallin sort facilement ; la pupille est assez nette. L'œil droit très-mobile, aussi de là très-grande difficulté à ouvrir la capsule cristalline.

L'œil fuyant sans cesse en haut, M. Roux est obligé de se placer derrière la malade pour inciser cette capsule, en arrêtant le mouvement de rotation en haut au moyen de l'introduction de l'aiguille à travers la pupille. Celle-ci après l'ablation du cristallin, n'est pas parfaitement nette; la malade voit cependant ses mains.

15.—Un peu de douleur hier à l'œil gauche; très-bien ce matin.

16.—Point de douleur, mais beaucoup de fatigue par la position sur le dos.

17.—Hier, un peu de céphalalgie, pas de sommeil; douleur par intervalle à l'œil droit.

18.—Levée d'appareil; pas de rougeur ni de douleur nulle part. La malade compte ses doigts.

Du 19 au 24. — Rien pour les yeux. Rougeur érysipélateuse derrière le cou.

25, 26, 27.—Depuis deux jours beaucoup d'angoisse, peau chaude pour la fébrile, vive douleur à la tête et aux yeux; la malade dit ne plus voir, cependant on n'aperçoit aucune rougeur aux yeux; les deux pupilles sont nettes. Douleur à la gorge (24 gr. ipécacuanha).

28 et 29—Toute la face est couverte d'un vaste érysipèle avec beaucoup de gonflement; les yeux et la tête sont très-douloureux (bains de pieds).

30—Même état; beaucoup de douleur.

1^{er} octobre — L'enflure et la rougeur ont encore augmenté; la respiration est bruyante et accélérée; le nez couvert de croutes suppuratives.

2, 3. — La rougeur a lieu sur toute la face. L'enflure a diminué; la malade est beaucoup mieux. Chose étonnante, la vue n'est pas perdue.

4.—La malade sort. Je ne puis examiner ses yeux, mais elle aperçoit le jour à travers son bandeau.

Observation non achevée.

TRENTE TROISIÈME OBSERVATION.—*Cataracte simple; septembre 1830.*

Femme Givelet Boyer, âgée de 63 ans, rentière, entrée le 12 septembre, couchée salle Ste. Rose, n^o. 7, porte à l'œil gauche une cataracte très-blanche qui date de 6 ans sans cause connue. La malade distingue le jour, l'iris est mobile, la santé bonne.

M. Roux pratique l'extraction le 14. Il y a beaucoup de difficulté pour faire sortir le cristallin qui ressemble à du fromage blanc. Il est obligé d'employer l'aiguille de Scarpa pour en extraire les fragments. Une certaine quantité de corps vitré s'échappe avant que le cristallin soit retiré. Du reste, après l'opération terminée, la pupille est très-noire.

15.—Hier et une partie de cette nuit, douleur modérée à l'œil et à la tête. Bien ce matin.

16.—La douleur a repris avec plus d'intensité; elle persiste ce matin. Peu de sommeil cette nuit.

17.—Encore de la céphalalgie et quelques élancements à l'œil. Aujourd'hui le bandeau est changé; la conjonctive paraît rouge au pourtour de la cornée. La malade dit n'y rien voir.

18, 19, 20, et 21. — Les élancements ont diminué, mais l'œil est très-tuméfié et menace suppuration. La vue est nulle.

22 au 27, jour de sortie. — La douleur a complètement cessé, cependant la conjonctive encore enflammée, forme un bourrelet saillant hors des paupières. L'œil est toujours fort tuméfié; en l'entr'ouvrant on aperçoit la cornée complètement blanche. Vue détruite.

Sortie après 15 jours. Opacité de la cornée. Chemoisis.

TRENTE-QUATRIÈME OBSERVATION. — *Cataracte simple; septembre 1830.*

Marie Champoise, entrée le 12 septembre, couchée salle Ste Rose, n° 15, porte une cataracte de l'œil gauche (pas d'autres renseignements).

Le 14, au moment d'être opérée, elle se trouve mal, l'opération est faite par extraction.

Le 15, je n'y assiste pas.

16.—Hier beaucoup de douleur à l'œil, nuit assez bonne; bien mieux ce matin.

Du 17 septembre au 3 octobre. — Plus de douleur nulle part, aucune rougeur à l'œil. La malade sort, voyant parfaitement bien, avec une pupille très-noire et un peu oblongue en dehors.

Sortie après 18 jours. Guérison parfaite.

TRENTE-CINQUIÈME OBSERVATION. — *Cataracte double; septembre 1830.*

Étienne François, âgé de 67 ans, sabotier, entré le 17 septembre, couché salle St Augustin, n° 8, porte deux cataractes d'un blanc bleuâtre; la gauche date de 3 ans, la droite d'un an. Elles sont survenues sans cause connue ni douleur. Le malade distingue le jour, ses iris sont bien mobiles, la santé bonne.

M. Roux pratique l'extraction le 21 septembre. L'opération n'offre rien de particulier; du côté gauche seulement la pupille reste légèrement obscurcie. Du côté droit l'iris a quelque tendance de sortir par la plaie; il est replacé avec la curette. Le malade voit ses mains.

22. — Le malade a éprouvé hier toute la journée de la céphalalgie et de la cuisson aux deux yeux. La nuit a été assez bonne. Il est mieux ce matin.

Du 23 au 29. — Le malade ne ressent plus de douleur ; à la levée de l'appareil il voit passablement bien.

30. — Les cicatrices sont saillantes surtout du côté gauche.

Le 13 octobre, le malade sort n'ayant plus ressenti de douleur, voyant bien ; les cicatrices sont toujours saillantes.

Sorti après 22 jours. Succès complet.

TRENTE-SIXIÈME OBSERVATION. — *Cataracte double ; septembre 1830.*

Marie Moreau-Leroy, meunière, âgée de 56 ans, entrée le 15 septembre, couchée salle Ste Rose, n. 8, porte deux cataractes d'un gris bleuâtre ; la gauche date de 22 mois, la droite de 6 ; elles sont survenues sans cause connue ni douleur. Elle distingue la lumière. Les iris sont mobiles, la santé bonne.

M. Roux pratique l'extraction le 21 septembre, du côté gauche rien de particulier, sinon une légère lésion du sac lacrymal. La pupille est bien nette.

Du côté droit la pointe du couteau touche le bord de l'iris près de la partie de la petite circonférence la plus voisine de l'angle externe de l'œil. L'iris est ainsi poussé jusque de l'autre côté de la pupille, comme un rideau (mais sans se décoller) et enfin transpercée dans toute la partie qui touchait le couteau. Il en résulte une pupille triangulaire à l'angle externe de l'œil. A peine le couteau est-il retiré de l'œil que le cristallin sort spontanément avec une quantité notable de corps vitré ; les chambres sont pleines de sang ; le sac lacrymal a aussi été lésé de ce côté.

22. Picotements hier dans la journée et cette nuit, un peu de céphalalgie. Ce matin les yeux ne sont plus douloureux et la céphalalgie a diminué.

23. — Hier, journée passable, nuit bonne ; toujours un peu de céphalalgie et de douleur aux yeux, surtout à l'œil droit.

24 au 28. — Les douleurs ont disparu, sauf de temps en temps une légère céphalalgie. La malade a fort bien vu quand on a changé de bandeau.

29, 30. — Les deux pupilles sont parfaitement noires, pas la moindre inflammation, la vue est fort bonne ; l'œil gauche est cependant un peu douloureux quand on le lave.

Du 3 au 13 octobre. — Plus de douleur, vue parfaite. Les deux pupilles très-noires, mais la droite est échancrée en dehors à cause de la lésion de l'iris.

Sortie après 52 jours. Guérison parfaite.

TRENTE-SEPTIÈME OBSERVATION. — *Cataracte double ; septembre 1830.*

Femme Petit , âgée de 70 ans , rentière , entrée le 17 septembre, couchée salle Ste Rose , n° 17, porte depuis deux ans une cataracte de l'œil droit , et depuis 6 mois une de l'œil gauche, survenues sans cause connue ni douleur. Elle distingue bien le jour ; les pupilles sont très-mobiles.

M. Roux pratique l'extraction le 21 septembre. L'opération n'offre rien de particulier , sinon que des deux côtés l'iris venant déborder le couteau après son introduction dans l'œil, M. Roux doit exciter sa contraction par le frottement de la cornée pendant qu'il laisse le couteau immobile. Du reste, du côté gauche, il y a une légère lésion de l'iris. La malade voit ses deux mains.

22. — Hier picotements aux yeux qui ont cessé cette nuit ; nulle douleur ce matin.

23. — Idem.

24. — Fatigue , malaise, céphalalgie sans douleur aux yeux , peau chaude , pouls un peu élevé.

25 , 26 et 27. — La douleur et l'appareil fébrile ont été en diminuant , et tout a disparu. Le bandeau est changé la malade voit bien.

28 et 29. — Idem.

30. — Légère céphalalgie. Du reste les yeux sont fort beaux et la vue bonne.

Du 1^{er} au 6 octobre. — Céphalalgie depuis 8 jours ; légère rougeur des conjonctives ; la vue est un peu moins bonne , cependant la malade voit bien ses doigts.

7. — La malade sort dans cet état. Il y a encore du larmolement et de la rougeur des conjonctives , mais les deux pupilles paraissent bien noires. La vue est assez bonne.

Sortie après 17 jours. Guérison complète.

TRENTE-HUITIÈME OBSERVATION. — *Cataracte simple ; septembre 1830.*

Femme Grimeau , âgée de 62 ans , couchée salle Ste Rose , n° 9, porte une cataracte à l'œil gauche. La cécité de cet œil est complète depuis 6 mois ; la pupille bien mobile.

M. Roux pratique l'extraction le 28 septembre. Rien de particulier , sinon que le sac lacrymal est blessé , et que la pupille reste légèrement obscurcie.

29. — Pas de douleur hier, peu de sommeil; ce matin l'œil est lourd et un peu douloureux.

30 et 1^{er} octobre. — La douleur a été en diminuant; la malade est parfaitement bien.

2 et 3 octobre.—L'appareil est levé, la conjonctive est rouge, la cornée blanche comme de l'ivoire. L'opacité est d'autant plus grande qu'on l'examine plus près de la plaie; il n'y a point eu de douleur.

6. — L'œil entier douloureux depuis le 4.

7, 8, 9. — idem.

10. — L'inflammation diminue, mais la cornée reste opaque partout, sauf dans un petit espace en haut.

Du 11 au 15. — La douleur de l'œil est des plus vives, quoique la rougeur de la conjonctive soit moindre. Vue nulle.

16 et 17. — La douleur diminue.

Du 18 au 27. — La cornée présente des points de couleur blanche, bien plus opaques que le reste, entre lesquels la pupille et l'iris semblent confondus. Partout il semble qu'on aperçoive deux ou trois points blancs à la place de la pupille.

Du 28 octobre au 1^{er} novemb.—La malade sort aujourd'hui. La cornée est redevenue d'un blanc laiteux, brillant et uniforme dans toute son étendue.

Sortie après 33 jours. Opacité de la cornée.

TRENTE-NEUVIÈME OBSERVATION. — *Cataracte double ; septembre 1830.*

François Labouré, âgé de 74 ans, cultivateur, entré le 19 septembre, couché salle Ste Vierge, n^o 30, porte deux cataractes d'un blanc bleuâtre; la droite date de cinq ans, la gauche d'un an. Elles sont survenues sans douleur ni cause connue. Les pupilles sont mobiles, le malade aperçoit la lumière, sa santé est bonne.

M. Roux pratique l'extraction le 28 septembre. L'opération n'offre rien de particulier, sinon que la capsule cristalline du côté gauche est fort difficile à inciser, vu le mouvement de l'œil et l'étroitesse de la pupille. Du côté droit il y a lésion du sac lacrymal. Les deux pupilles sont nettes.

29. — Hier céphalalgie et vive douleur aux yeux jusqu'au soir, puis des vomissements après lesquels le malade est plus tranquille; la nuit est passable, la céphalalgie a diminué; la douleur des yeux et presque nulle.

Du 30 septembre au 1^{er} octobre. — Presque plus de douleur.

2. — L'appareil est changé; pas de douleur, mais le malade ne voit que la clarté du jour. L'œil droit est un peu rouge.

Du 3 au 12.—Point de douleur, la rougeur a disparu, les deux pupilles semblent nettes. Le malade dit qu'il voit ses mains.

Du 12 octobre au 14 novembre. — La vue gagne insensiblement. Le malade voit assez pour se conduire dans les salles ; il ne peut distinguer ni les heures ni les aiguilles d'une montre , mais aperçoit seulement quelques lignes noires sur la blancheur du cadran. Les pupilles sont très-nettes ; la droite bien ronde ; la gauche un peu échancrée en dehors.

Sorti après quarante six jours.

Guérison non encore complète.

QUARANTIÈME OBSERVATION.—*Cataracte simple; septembre 1830.*

François Pano, âgé de 68 ans, marchand de tabac, entré le 24 septembre, couché salle St. Augustin, n°. 10, porte à l'œil gauche une cataracte qui date de 2 ans, survenue sans douleur ni cause connue.

M. Roux pratique l'extraction le 28 septembre. Un mouvement inattendu du malade dirige le couteau vers le bord inférieur de l'iris, qui est incisée ; il en résulte une pupille échancrée en bas.

29.—Hier, un peu de céphalalgie, mais pas de douleur à l'œil ; une nuit passable. Ce matin pas de douleur nulle part.

Du 30 septembre au 3 octobre.—Pas de douleur. L'appareil levé, le malade voit ses doigts. Il ne dort point.

Du 5 au 12, jour de sortie — Quelques picotements et douleurs à l'œil qui se font sentir pendant deux nuits. Le malade est très-bien le jour, sa vue gagne ; il compte ses doigts. Le jour de son départ pas de rougeur à la conjonctive. Vue excellente ; la pupille est bien noire, et plongée en bas et en dehors en forme d'un petit carré long. Encore un peu d'opacité de la cornée autour de la cicatrice.

Sorti après 14 jours. Guérison complète.

QUARANTE ET UNIÈME OBSERVATION.—*Cataracte simple; octobre 1830.*

La femme Bauduin, âgée de 48 ans, commerçante, entrée le 29 septembre et couchée salle Ste. Rose, n°. 7, porte à l'œil droit une cataracte qui date de 4 ans. Elle aperçoit de cet œil la lumière ; la pupille est mobile ; santé générale bonne.

M. Roux pratique l'extraction le 5 octobre. L'opération est facile, seulement l'iris a une tendance à sortir par la plaie après le cristallin ; elle est repoussée avec la curette. La pupille est très-noire ; la malade voit bien.

6.—Hier, picotements à l'œil, nuit bonne ; plus de douleur ce matin.

Du 7 au 10.—Aucune douleur. A la levée du bandeau la malade a vu le jour, sans rien distinguer.

11. — La malade souffre beaucoup de son vésicatoire; elle sent, dit-elle, des battements dans les oreilles et les yeux.

Du 12 au 15. — La douleur et les battements ont disparu, mais il y a un peu de rougeur à la conjonctive. La pupille est d'un gris blanchâtre, la vue détruite; la malade aperçoit seulement une ombre quand elle passe la main devant les yeux.

Du 16 au 20. — Même état; seulement un peu de douleur à l'œil ciconjoint. La conjonctive est toujours rouge.

La malade sort le 4 novembre avec une cataracte capsulaire bien blanche et caractérisée. La conjonctive est encore rouge. Vision nulle.

Sortie après 30 jours. Cataracte capsulaire.

QUARANTE-DEUXIÈME OBSERVATION. — *Cataracte simple; octobre, 1830.*

Femme Lahaie, âgée de 71 ans, rentière, porte une cataracte à l'œil gauche depuis 5 ans; la vue n'est entièrement abolie que depuis 2 ans. La malade aperçoit le jour. La pupille est mobile, la santé générale bonne. (Elle a été opérée avec succès, il y a 25 ans, d'un cancer de la lèvre inférieure).

M. Roux pratique l'extraction le 6 octobre. Elle ne présente rien de particulier, sinon que le cristallin a de la difficulté de sortir, attendu qu'au lieu de s'engager dans la pupille, il pousse l'iris au-devant de lui. Il offre un diamètre remarquablement étendu, et est très-dur.

6. — Hier, douleur à l'œil; elle a passé pendant la nuit, qui a été bonne. Ce matin la malade est sans douleur.

Du 7 au 10. — Pas de douleur. A la levée du bandeau, elle a bien vu ses mains.

11. — Un peu de céphalalgie.

12 et 13. — Légère douleur à l'œil; la conjonctive est devenue rouge et même un peu boursoufflée. La pupille me semble nette. La malade y voit très-peu; beaucoup moins, dit-elle, que les trois premiers jours.

Du 14 au 19. — Même état. Le 19, j'examine l'œil avec soin, la malade n'y voit plus. La pupille n'est point nette; elle semble de même couleur que l'iris. La douleur persiste, quoique légère, ainsi que le boursoufflement et la rougeur de la conjonctive.

Du 20 au 25. — Rien de changé. Je vois que la pupille semble s'éclaircir un peu. La malade voit de nouveau ses mains.

Du 26 octobre au 4 novembre. Même état. La malade sort avec la vue très-faible et imparfaite. La pupille n'est point nette.

Sortie après 29 jours. Guérison incomplète.

QUARANTE-TROISIÈME OBSERVATION.—*Cataracte simple; octobre 1830.*

Stabel, J. J., concierge, âgé de 76 ans, entré le 1^{er} octobre, couché salle Ste Vierge, n° 20, porte deux cataractes; la droite date de 7 ans, la gauche de 6 mois. Le malade distingue la lumière. Les pupilles sont mobiles.

Depuis 3 mois ses conjonctives sont lésées par une inflammation chronique. Il y ressent de la douleur. Souvent les paupières sont collées. Il y a 8 jours qu'un vésicatoire lui a été appliqué à la nuque; la douleur et l'inflammation ont diminué; cependant les conjonctives sont encore assez injectées.

M. Roux pratique l'extraction le 5 octobre. L'œil gauche est seul opéré, vu l'extrême mobilité de l'œil droit. Un mouvement subit fait passer la pointe du couteau derrière l'iris, et la capsule cristalline est incisée.

6. — Beaucoup de douleur à l'œil gauche, hier, cette nuit et encore ce matin, quoiqu'un peu moindre. Il n'y a pas de céphalalgie.

Du 7 au 13. — Le malade se plaint chaque matin de souffrir à l'œil gauche. Il dit avoir bien vu à la levée de l'appareil. Le 12 je l'examine avec soin; malgré la douleur, il n'y a pas la moindre inflammation. La pupille est bien noire; la vue bonne.

Du 15 au 1^{er} novembre. — La douleur va en diminuant, et disparaît bientôt. La pupille continue à être bien noire et la vue excellente.

Sorti après 25 jours. Guérison complète.

QUARANTE-QUATRIÈME OBSERVATION.—*Cataracte double; octobre 1830.*

Dardenne, âgé de 60 ans, rentier, couché salle St Augustin, n. 9, porte deux cataractes qui remontent à une époque fort reculée; car il prétend que sa vue commençait à baisser il y a trente ans. Il y a six mois qu'elle est abolie. A cette époque il a ressenti dans les yeux quelques élancements passagers. Ce malade jouit d'une bonne santé; mais il est d'une excessive susceptibilité: la moindre chose le fait trembler de tous ses membres, et ses yeux sont dans un état de mobilité continuelle dès qu'on lui dit de les tenir fixes. En les touchant deux ou trois fois le matin avec un stylet d'argent, pendant huit jours, je finis par les accoutumer si bien à ce contact, qu'ils restent complètement immobiles.

M. Roux pratique l'extraction le 5 octobre. Rien de particulier, sinon qu'après l'ablation du cristallin du côté gauche il reste une légère flétrissure au centre de la cornée. Du reste, la pupille est bien nette. Du côté droit quelques légers flocons restent dans la pupille

6 octobre. — Hier beaucoup de douleur aux yeux jusqu'à minuit, puis un peu de céphalalgie qui passe bientôt pour faire place à un calme parfait. Le malade est fort bien cette nuit.

Du 7 au 9. — Aucune douleur. A la levée du bandeau le malade a distingué tous les objets.

Du 10 au 15. — Nulle douleur, nulle inflammation ; le malade voit fort bien, seulement ses yeux sont des plus sensibles à la lumière.

17. — Du reste, des deux yeux il distingue les aiguilles d'une montre, mais la vue de l'œil gauche est un peu moins bonne ; il semble que la pupille soit légèrement obscurcie.

Du 18 au 26. — La vue gagne sans cesse ; l'œil droit est toujours le plus fort : la sensibilité à la lumière s'émousse.

Du 27 au 30. — Rien n'est changé à l'état des yeux ; mais le malade est pris d'une dysenterie des plus aigües : il éprouve pendant 3 ou 4 jours de vives coliques. Beaucoup de tranchées et coliques avec selles sanguinolentes.

Il est très-accablé. L'eau de riz gommé, 4 demi-lavements contenant chacun 6 gouttes de laudanum, et administrés pendant la période la plus aigüe de l'affection, calment rapidement toutes ces affections, qui n'ont influé en rien sur l'état des yeux.

1^{er} novembre. Il est complètement guéri, et sort le 7, voyant très-bien, ayant deux pupilles bien rondes et bien nettes.

Sorti après 33 jours. Guérison complète.

QUARANTE-CINQUIÈME OBSERVATION. — *Cataracte double ; octobre 1830.*

Catherine Chavois, âgée de 71 ans, blanchisseuse, entrée le 11 octobre, couchée salle Ste Rose, n^o 18, porte deux cataractes dont l'origine remonte à un an. Elle distingue bien la lumière ; les pupilles sont mobiles, la santé bonne.

M. Roux pratique l'extraction le 16 octobre. Sans lésion apparente, un épanchement de sang se fait dans la pupille du côté gauche. Du côté droit l'iris est blessée en dedans. La capsule ne remplit pas ses fonctions, vu la mobilité de l'œil. La pupille est déformée et obscurcie.

17. — Presque aucune douleur. Hier l'œil droit a été un peu plus sensible que le gauche.

18. — Pas de douleur.

19. — Coliques assez vives.

20. — La malade distingue bien ses doigts de l'œil droit. Le gauche est très-sensible à la lumière, mais il n'y a pas de douleur.

Du 21 octobre au 7 novembre. — L'œil droit est fort bon. L'œil gauche

continue à être excessivement sensible à la lumière, quoique sans rougeur vive ; il peut voir, mais bien moins que l'autre.

Sortie après 22 jours.

Guérison complète d'un œil, incomplète de l'autre.

QUARANTE-SIXIÈME OBSERVATION. — *Cataracte double; octobre 1830.*

Femme Gosse, âgée de 73 ans, rentière, couchée salle Ste Rose, n° 17, porte deux cataractes, ayant commencé, sans cause connue, l'une, il y a 18 ans, l'autre, il y a 20 mois. Elle distingue bien le jour ; les pupilles sont mobiles, la santé parfaite.

M. Roux pratique l'extraction le 16 octobre. Rien de particulier, sinon que le lambeau supérieur de la cornée droite est irrégulier ; les deux pupilles sont nulles.

17—Elancements, vive douleur aux deux yeux hier toute la journée ; l'œil gauche est surtout douloureux. La malade est bien ce matin ; l'œil gauche est encore un peu sensible.

Du 18 au 24.—Pas de douleur. La malade dit ne rien voir.

25.—J'examine avec soin les deux yeux, la conjonctive est enflammée à gauche et une grande partie de la cornée, est très-opaque. L'autre œil paraît exempt d'inflammation, mais la malade aperçoit à peine ce qu'on passe devant cet œil, sans rien distinguer.

14 novembre.—La malade sort aujourd'hui, la vue est nulle des deux côtés ; elle aperçoit seulement la lueur du jour.

L'œil gauche est le siège d'une hernie de l'iris qui sort du côté de l'angle externe de l'œil. La pupille est occupée presque entièrement par un petit corps blanchâtre qui semble avancer jusqu'à la hernie. Du reste, la cornée est grisâtre à partir de la cicatrice et s'avancant jusqu'au milieu de l'œil. C'est de cet œil que la malade aperçoit le mieux la lumière.

Du côté droit, l'iris est immobile, la pupille extrêmement étroite ; il y a certainement une cataracte capsulaire avec adhérence de l'iris. La cornée est transparente, la lumière est à peine perçue par cet œil.

Sortie après 28 jours.

Hernie de l'iris avec opacité de la cornée et cataracte secondaire d'un côté ; cataracte capsulaire avec adhérence de l'iris de l'autre.

QUARANTE-SEPTIÈME OBSERVATION. — *Cataracte simple; octobre 1830.*

Jeanne Juelle, pensionnaire, couchée salle Ste Rose, n° 11, porte deux cataractes ; la gauche blanchâtre, depuis 6 ans ; la droite un peu

plus grisâtre, depuis 6 mois. Elles sont survenues sans cause connue. La malade distingue fort bien le jour ; les pupilles sont mobiles.

M. Roux pratique l'extraction le 16 octobre. L'œil gauche est seul opéré, et ne présente rien de particulier.

L'opération est commencée du côté droit : le couteau traverse l'iris à la partie externe de sa circonférence, s'enfonce obliquement dans le cristallin et vient reparaître à l'autre extrémité du diamètre transversal de la pupille. M. Roux croit devoir ne pas achever l'opération.

17. — Hier vive douleur aux deux yeux, surtout au gauche ; céphalalgie très-forte. Tout cela dure jusqu'à minuit. Le reste de la nuit la malade dort bien ; le matin il n'y a plus de douleur nulle part.

19. — La douleur aux yeux, ou plutôt des picotements ont disparu hier pendant la journée, et ce matin n'existent plus.

20. — La malade voit ; cependant la douleur continue.

Du 21 au 25. — Presque tous les soirs il y a de la douleur et des élancements dans les yeux. La malade dit qu'elle est soulagée d'ordinaire par un larmoiement abondant. Les conjonctives ne semblent point rouges.

26 et 27. — La malade n'a plus que la sensation de la lumière ; voici l'état de ses yeux : le gauche semble être le siège d'une cataracte capsulaire, du moins la pupille est obscurcie et occupée par un corps grisâtre. Du côté droit un corps blanc, l'iris, fait une hernie assez saillante entre les lèvres de la plaie ; c'est comme un cristallin déformé au moment de son passage.

Du 28 octobre au 7 novembre, jour de sortie. — Aujourd'hui voici l'aspect des yeux : Du côté droit la vue est entièrement nulle. Au milieu de la cornée existe une tache triangulaire et d'une apparence telle qu'on ne peut dire si elle appartient seulement à la cornée ou si elle dépend aussi de la présence d'un corps placé derrière elle.

Du côté gauche, il s'est formé, entre les lèvres de l'incision, une hernie mamelonnée, constituée par un corps d'un blanc mat qui semble ne pas tenir de l'iris. Les lèvres de l'incision sont elles-mêmes opaques et l'opacité remonte assez haut. Cependant la place de la pupille paraît bien noire. La vue n'est pas totalement détruite de ce côté. Les yeux sont toujours fort douloureux pendant la nuit.

Sortie après 22 jours. Perte des deux yeux.

QUARANTE-HUITIÈME OBSERVATION. — *Cataracte double; octobre 1830.*

Mademoiselle Legendre, âgée de 66 ans, journalière, entrée le 15 octobre, porte deux cataractes ; la droite datant d'un an, la gauche de six mois. Elle distingue bien le jour. Les pupilles sont mobiles.

M. Roux pratique l'extraction le 16 octobre. L'opération n'offre rien de particulier, malgré la petitesse et l'enfoncement des yeux ; seulement la pupille droite reste légèrement obscurcie.

17. — Douleur aux yeux et céphalalgie, hier pendant la journée ; nuit bonne. Douleur nulle part ce matin.

Du 18 au 24. — La malade a vu le jour quand son bandeau a été changé. Il existe une douleur constante, mais très-légère à l'œil gauche ; à peine la malade la remarque-t-elle.

25. — Pour la première fois j'examine les yeux avec soin : le gauche est en pleine suppuration ; le droit est fort bon.

Du 26 octobre au 14 novembre, jour de sortie. La douleur de l'œil qui suppure, va en diminuant ; il est complètement perdu. Le droit voit fort bien. Sortie après 25 jours. Un œil guéri, l'autre en suppuration.

QUARANTE-NEUVIÈME OBSERVATION. — *Cataracte double ; octobre 1830.*

Emmanuel Itorni, âgé de 51 ans, entré le 3 octobre, porte deux cataractes ; la gauche date de six ans, la droite de 18 mois. Les cataractes sont d'un blanc opale assez opaque ; cependant le malade non-seulement voit le jour, mais encore distingue ses doigts de l'œil droit. Les pupilles sont habituellement dilatées, quoique très-mobiles. M. Roux pratique l'extraction le 16 octobre. Du côté gauche la cataracte est laiteuse ; la partie dure du cristallin est réduite à une petite lentille. Pupille très-noire du côté droit ; le cristallin est dur.

17. — Céphalalgie et douleur aux yeux, hier toute la journée et une partie de la nuit ; l'œil gauche a été le plus douloureux. Le malade souffre beaucoup moins ce matin.

Du 18 au 21. — Nulle douleur, légère rougeur des conjonctives. Le malade assure bien voir des deux yeux ; cependant la pupille droite n'est pas bien nette.

Du 22 au 27. — Même état. La vue est plus faible du côté droit.

Du 28 octobre au 7 novembre. — Les deux yeux sont parfaitement beaux ; pupilles bien noires, vue très-bonne.

Guérison complète.

CINQUANTIÈME OBSERVATION. — *Cataracte double ; octobre 1830.*

Nicolas Brosse, fripier, âgé de 82 ans, couché salle St Augustin, n° 11, porte deux cataractes qui ont commencé, il y a 3 ans environ ; elles ont

été accompagnées, à cette époque, de légères douleurs de tête pendant la nuit. Il distingue la lumière; les pupilles sont mobiles.

M. Roux pratique l'extraction le 16 octobre. Les deux cristallins sont d'un volume énorme et d'une teinte enfumée; les deux pupilles sont belles.

17. — Un peu de douleur aux yeux hier.

18 octobre au 7 novembre. — Nulle douleur. Les deux pupilles sont superbes, à peine aperçoit-on la trace des cicatrices; vue excellente.

Sorti après 22 jours. Guérison parfaite.

CINQUANTE-UNIÈME OBSERVATION. — *Cataracte double; août, 1830.*

Marie Asselin, marchande de beurre, couchée salle Ste Rose, n° 12, porte deux cataractes depuis 3 ans. Elle distingue le jour.

M. Roux pratique l'extraction le 28 août.

Du 29 août au 10 septembre.—Aucune douleur, sauf une légère le jour de l'opération Nulle inflammation; vue excellente; le vésicatoire est douloureux.

16.—Hier quelques picotements dans les yeux. La malade est constipée; il lui semble que sa vue diminue; ses deux yeux paraissent fort beaux.

17.—Picotements, larmoiement. (Lavement.)

18.—Le bord des paupières est légèrement rosé, de là les picotements; mais les deux pupilles sont superbes.

Du 19 septembre au 7 octobre.— Nulle douleur; la malade sort voyant fort bien.

Sortie après 40 jours. Guérison complète.

CINQUANTE-DEUXIÈME OBSERVATION.—*Cataracte double; août 1830.*

Réné Humeau, 75 ans, couchée salle Ste. Rose, n° 13, porte deux cataractes qui ont commencé il y a dix ans. Elle distingue bien le jour.

M. Roux pratique l'extraction le 28 août. Il y a effusion d'une partie du corps vitré de l'œil gauche.

Du 29 août au 1^{er} septemb.—Légère douleur seulement à l'œil gauche. La malade voit des deux yeux mais moins bien du gauche; ni l'un ni l'autre ne sont rouges.

6 septembre.—L'œil gauche seul continue à être un peu douloureux et un peu tuméfié; il est aussi légèrement rouge. Cependant la malade voit encore de cet œil, mais moins bien que du droit.

Du 7 au 10.— L'œil gauche est en suppuration, sans que les douleurs aient beaucoup augmenté. L'autre est fort bon.

Du 11 au 26.—Même état. L'œil droit est parfaitement guéri ; la vue est très-bonne de ce côté.

Partie après 28 jours.

Guérison d'un côté, suppuration de l'autre.

QUELQUES RÉFLEXIONS

DU D^r S. FURNARI,

Oculiste à Paris, Membre de l'Académie de Palerme, etc.,

SUR

DES RÉSULTATS OBTENUS

PAR M. ROUX.

Mon intention n'est pas ici de faire le procès de l'opération de la cataracte par extraction, l'expérience de tous les jours prouve qu'il ne doit jamais y avoir de méthode exclusive pour l'opération de la cataracte : mais comme quelques personnes se sont recriées sur les résultats défavorables obtenus par M. Roux dans la pratique de l'extraction, nous nous faisons un devoir de rapporter ici quelques faits relatifs à ce que M. Carron du Villards a annoncé et pour que l'on ne puisse les révoquer en doute, nous transmettons textuellement l'histoire de 57 opérations de cataracte opérées par M. Roux, et lorsque l'on résumera les résultats qu'elles donnent, on ne trouvera plus rien d'exagéré dans les chiffres avancés par notre honorable ami et maître le docteur Carron du Villards. Du reste, ces insuccès sont communs à presque tous les extracteurs puisque à dater du moment où Daviel réintégra l'opération de l'extraction dans la chirurgie moderne, on a presque toujours observé des résultats analogues. En effet *Caquiè* annonçait à l'Acadé-

mie royale de médecine de Paris dans une communication en date du 15 janvier 1753, que sur 34 opérations de cataracte faites par Daviel 9 eurent une issue complètement défavorable, ce qui est sans contredit un résultat excessivement fâcheux (1). Quelque temps après Grima Mathese écrivait à son ami Angelo Hann Nannoni, que la méthode de Daviel réussissait en partie, mais que dans un grand nombre de cas, non-seulement elle entraînait la perte de la vue, mais encore la destruction complète de l'œil. Veut-on un fait plus concluant ? Après avoir pratiqué l'extraction pendant 17 ans, Daviel y renonça tout à coup pour adopter l'abaissement. Richter, grand partisan de l'extraction ne fut pas plus heureux, car il comptait à peine 7 succès sur 10 opérations. Le Baron de Wenzel lui-même observait qu'avant d'avoir obtenu de l'extraction des résultats satisfaisants il avait fait un si grand nombre d'opérations infructueuses que l'on aurait pu faire beaucoup de chapelets en enfilant à une soie, tous les cristallins qu'il avait extraits inutilement.

M. Boyer et M. Roux lui-même n'ont pas eu, quoiqu'ils en disent, beaucoup à se louer de l'extraction, car en parcourant les nos 78, 88, 91, du tome 2^e de la clinique des hôpitaux, l'on y voit que 20 malades ayant été opérés par extraction à l'hôpital de la Charité 10 d'un seul œil et 10 des deux yeux ; sur les 30 yeux 16 seulement ont entièrement recouvré la vue : ce qui donne, comme il est facile d'en juger, la moitié moins 1 d'insuccès. Le père Elisée qui exerçait à Gênes la profession d'oculiste avec autant de zèle que de désintéressement, frappé des inconvénients de l'extraction y renonça complètement forcé qu'il y fut par un grand nombre d'insuccès. Son exemple fut immédiatement suivi par fra Pasquale de Marilo, son élève et son ami. Nous croyons d'un autre côté que

(1) Observations de chirurgie avec des remarques. Paris, 1757, p. 34.

M. Roux n'a jamais tenu un compte exact des opérations qu'il a faites, car en lisant les divers mémoires qu'il a publiés soit dans le journal général de médecine, soit dans son rapport à l'institut, il règne un défaut d'harmonie dans les chiffres et les résultats qui prouve à l'évidence que M. Roux base son opinion plutôt sur des souvenirs que sur des tableaux ou des observations recueillies en temps utile. Dans le nombre des résultats recueillis par M. Maunoir dans le service de M. Roux, on trouve trois cas de mort rapide, circonstance excessivement rare par l'abaissement, au point qu'en interrogeant ses notes et ses souvenirs, M. Carron du Villards qui a fait plusieurs centaines d'opérations de cataracte, qui en a tant vu pratiquer, ne connaît qu'un seul cas de mort, et qui est relaté dans le mémoire qui précède. Maintenant, afin que l'on ne nous accuse point de partialité, nous allons laisser parler M. Theodore Maunoir, il s'exprime en ces termes : « 115 sujets ont » subi l'opération de la cataracte par extraction soit d'un » seul, soit des deux côtés ; de ces 115 malades, 73 ont dû » à l'extraction le rétablissement de la vue, ce qui » donne 115 ou un peu plus de 5 sur 8, pour le rapport » des individus sur lesquels l'opération a réussi, au nombre » total de ceux qui ont été opérés.

« En ne considérant maintenant que les yeux, nous en » trouvons 179 sur lesquels l'extraction a été opérée. De » ces 179 opérations, 97 ont été suivies de succès, c'est- » à-dire un peu moins de 5 à 9 pour le rapport des cas de » succès au nombre total des opérations.

« Voici d'autre part, les différentes espèces de lésions qui » ont anéanti la vue dans les cas d'insuccès : 14 yeux » détruits par la suppuration.

» Dans les cas de cette espèce, il se déclare d'abord une » inflammation très-vive de la conjonctive oculaire et pal- » pébrale. Cette membrane se concentre considérablement, » et forme un gros bourrelet d'un rose vermeil qui pousse

» en avant la paupière supérieure et lui fait faire une saillie,
» quelquefois de la grosseur d'une noix, et même d'une petite
» pomme. Due aussi en partie à une infiltration œdémateuse,
» elle sécrète d'abord une sérosité purulente, puis ensuite
» un pus véritable; l'intérieur de l'œil est bientôt envahi
» par la suppuration, et finit par se vider. C'est après les
» accidents de ce genre que l'on voit l'organe réduit à un
» tubercule plus ou moins irrégulier et qu'il est possible
» alors de corriger la difformité au moyen d'un œil d'émail,
» dont l'aspect et les mouvements imitent quelquefois avec
» une grande perfection ceux de l'œil véritable.

» Il ne faudrait pas confondre avec ce bourrelet l'inflam-
» mation de la conjonctive une autre lésion, assez fréquente,
» qui a quelque rapport avec la première, mais qui est
» bien moins grave. Je veux parler d'une sorte de petit
» chemosis d'un rouge livide, très-brillant, d'un aspect
» comme demi-transparent, bosselé et que l'on voit quel-
» quefois se former du jour au lendemain il ne suppure
» point, je crois, et existe plus souvent à la paupière infé-
» rieure qu'à la supérieure.

» Quoiqu'il ne soit pas rare de le voir coïncider avec la
» formation d'une cataracte capsulaire, ou d'une opacité to-
» tale ou partielle de la cornée je l'ai vu se développer sur
» des yeux qui n'ont pas été perdus.

» 19 cas d'opacité de la cornée assez complète pour que
» l'on ne pût rien distinguer en arrière.

» 9 cas d'opacité incomplète de la cornée laissant aper-
» cevoir en arrière une tache opaque dans le champ de la
» pupille.

» 15 cas de cataractes membraneuses bien évidentes, sans
» opacité de la cornée, et sans que je trouve indiqué dans
» mes notes une déformation notable, ou un déplacement
» de la pupille; dans 3 ou 4 cas ces cataractes présentaient
» une teinte rosée uniforme des plus évidentes.

» Dans six cas, il y avait un corps opaque dans le champ

» de la pupille, avec déplacement ou déformation très-
» marquée de cette ouverture.

» Une seule fois occlusion complète de la pupille. Il reste
» enfin 18 cas qui n'ont pu entrer dans les divisions précé-
» dentes. L'un était celui de cet homme dont la vue était
» anéantie quoique les deux pupilles fussent très-noires.
» Un second qui ne présentait d'opacité que dans un point
» très-écarté de la pupille et cependant ne voyait pas.
» Deux cas fort curieux dans lesquels, pendant le temps
» employé à la guérison de la plaie, un corps de forme
» irrégulière, d'un blanc opalin, ressemblant assez à une
» cataracte déformée pendant l'extraction, vint s'interposer
» entre les lèvres de la plaie de la cornée; il y adhérait
» fortement quoiqu'il fut assez volumineux pour soule-
» ver le lambeau d'une manière notable : chez l'un des
» deux malades, ce corps paraissait sortir de jour en jour
» davantage et après avoir longtemps soulevé le lambeau
» il finit par être tout à fait hors de l'œil, mais resta soli-
» dement implanté sur l'extérieur de la cicatrice, il était
» opalin, dur au toucher, insensible. Chez ces deux malades
» l'extraction avait été bien complète, et il n'était resté
» après l'opération aucune partie opaque dans le champ de
» la pupille. Serait-ce là comme une végétation anormale
» de déviation du tissu fibreux de la cicatrice. Quoiqu'il
» en soit, la vue fut détruite chez l'un de ces malades par
» une cataracte capsulaire qui se forma en même temps
» que cette excroissance; chez le second la pupille parais-
» sait à peu près nette, mais la vision ne s'exerçait que
» très-imparfaitement.

» Plusieurs des autres malades étaient de ceux qui ont
» été rangés parmi les demi-succès soit qu'ils aient quitté
» l'hôpital, conservant une trop grande sensibilité de l'œil
» pour qu'on pût l'examiner avec force, soit qu'ils offrissent
» une opacité partielle de la cornée ou de la pupille. Enfin
» dans quelques cas, la lésion n'a pas été suffisamment

» décrite pour pouvoir l'indiquer ici; cette omission a
» surtout eu lieu pour l'iris; je ne trouve que dans trois
» ou quatre cas l'indication d'un changement de couleur,
» et d'une teinte plus terne que présentait cette membrane;
» mais je n'affirmerais point que les cas d'iritis n'aient pas
» été plus fréquents (1). »

Maintenant si l'on ajoute à ces résultats ceux qui ont été recueillis en 1836 dans le service de M. Roux à l'Hôtel-Dieu, l'on aura plus d'arguments qu'il n'en faut pour évaluer à sa juste valeur les prétendus succès du chirurgien en chef actuel de l'hôtel-Dieu. Loin de nous l'idée d'en accuser la méthode seule, car M. Carron a fait observer avec raison combien le procédé employé par M. Roux était défectueux et routinier. Les insuccès de M. Roux n'ont point échappé à quelques graves chirurgiens contemporains, au point que parmi ses élèves les plus chers il y a déjà de nombreux dissidents. M. Blandin lui-même, son élève le plus cher, commence déjà à ne plus jurer selon la parole du maître et ne pratique presque plus que l'abaissement comme méthode générale, en réservant l'extraction pour des cas spéciaux.

M. Guersent n'a qu'à se louer des résultats obtenus par l'abaissement, dans son service de Bicêtre. M. Vidal de Cassis, chaud partisan de l'extraction formé à l'école du père Mouban de Marseille était trop judicieux pour ne pas se rendre à l'évidence, et les partisans de l'abaissement doivent maintenant compter dans leur rang un nouvel athlète plein de conviction et qui ne leur fera pas défaut au jour de la discussion.

Il serait inutile d'énumérer ici les résultats étonnants obtenus dans la pratique de l'abaissement, par Lusardi, Gensoul, Serres de Montpellier, Sanson, Panizza, Riberi,

(1) Thèse sur la cataracte, par Théodore Manoir de Genève, pages 78, 79 et 80. Paris, 1833.

Belizio, fra de Marilo, Pacini, Andreini, Sisco, Slajanni, Schianterelli, Defilipi, Venturelli, etc. Nous rappelons seulement ces faits, afin de mettre nos lecteurs en garde contre une assertion de M. Rognetta qui prétend que dans le midi de l'Italie, l'opération de la cataracte est faite exclusivement par extraction. Si le journaliste appelle le midi de l'Italie le lambeau de terre nommé royaume de Naples, où il a pris naissance, il a raison, car l'extraction y a été mise en honneur par Quadri, élève de l'école de Vienne dont il font tous les errements, mais pour rendre hommage à la vérité, il faut avouer qu'un grand nombre de chirurgiens napolitains et siciliens, n'ont qu'à se louer de pratiquer l'abaissement en suivant les principes consacrés par l'illustre Scarpa, dont le nom sera toujours la gloire de l'Italie.

EXPLICATION DES PLANCHES.

PLANCHE 1^{re}.

N^o 1.

Couteau de Tadini, coupant de deux côtés, avec arête saillante au centre de la lame.

2.

Le même, sans arête.

3.

Couteau de Barth, modifié par Beer.

4.

Le même, modifié par Maunoir.

5.

Aiguille de Beer, pour inciser la capsule.

6.

Ciseaux de Daviel, pour agrandir l'incision de la cornée.

7.

Kératotome, du docteur Carron du Villards, pour le même objet (voir sa lettre au professeur Maunoir).

8.

Kistito-pinces, du docteur Carron du Villards, vu de face avec sa lame cachée pour ouvrir la capsule.

9.

Le même, vu en profil, déployant sa pince pour saisir la capsule ou les fragments du cristallin.

10.

Couteau à deux lames de Jøeger.

11.
Contentif au spéculum de Lusardi.
12.
Le même, vu en profil.
13.
Pince fenêtrée de Maunoir.
14.
Pince à crochet du même.
15.
Kistitome et curette de Boyer.
16.
Couteau de Ware.
17.
Modification apportée au couteau de Wenzel, parle docteur Carron du Villards.
18.
Couteau de Guthrie, à une seule lame.
19.
Couteau de Forlenza, pour agrandir l'incision de la cornée.
20.
Pincés à crochet et à ressort, de Pellier.
21.
Instrument d'Earle.
22.
Couteau à lame de Jøger.
23.
Crochet du docteur Carron du Villards, pour extraire les corps étrangers de la cornée.
24.
Le même, vu de côté.
25.
Aiguille de Saunders, de double volume.
26.
La même, vue de profil.

27.

Pince-aiguille de Georgi, ouverte.

28.

Kistitome du docteur Carron du Villards.

29.

Aiguille de Georgi, vue de face et fermée.

30.

Elévateur de Pellier, modifié par Saunders.

31.

Crochet de Beer.

32.

Aiguille à cataracte, droite.

33.

Aiguille courbe de Græfe, avec onglet.

34.

Aiguille de Scarpa.

35.

Kistitome caché de Lafaye.

36.

Couteau à double lame, de Guthrie.

37.

Instrument de Guérin, de Bordeaux, avec désignation des lignes qu'il décrit dans ses mouvements.

Tous les instruments que l'on vient de voir ont été exécutés par M. Charrière, avec son habileté et sa précision accoutumées.

En les désignant par les chiffres indiqués dans cette planche, il pourra exactement en fournir de conformes à ceux que j'emploie ; car, comme je l'ai dit ailleurs, la perfection des instruments entre pour beaucoup dans la réussite des opérations.

PLANCHE II.

N° I.

Section de la cornée, selon le procédé de Beer.

2.

Section de la cornée, par son segment supérieur, méthode de Wenzel perfectionnée et légèrement modifiée par Jøeger.

3.

Premier temps de l'introduction de l'aiguille pour relever le lambeau avant d'inciser la capsule.

4.

Divers temps et mouvements pour porter l'aiguille dans la chambre postérieure, inciser le cristallin et pour ressortir l'instrument.

5.

Application du kératectome du docteur Carron du Villards, pour agrandir la partie externe.

6.

La même opération, pratiquée avec les ciseaux de Daviel.

7.

Application des pinces fenêtrées de Maunoir.

8.

Modèle exact du couteau de Wenzel, et premier temps de son introduction.

9.

La double ponction achevée.

10.

Section complète et externe, seul procédé ordinaire de Wenzel.

11.

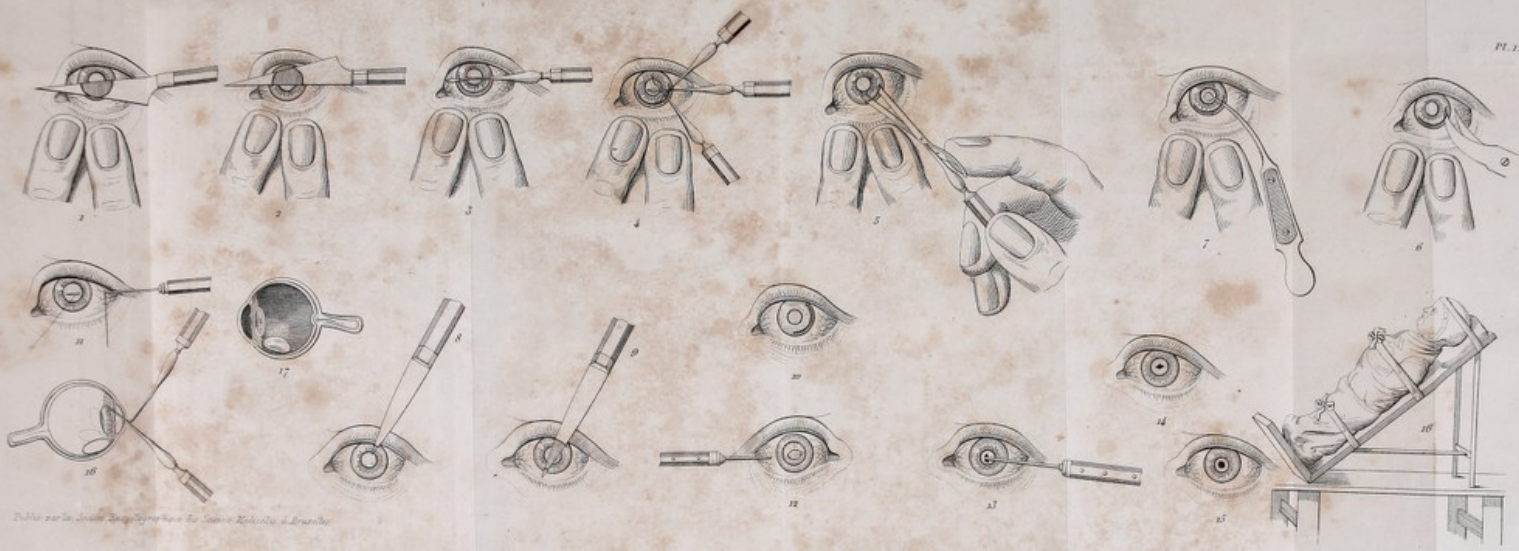
Hyalonixis, d'après le procédé de Bowen.

12.

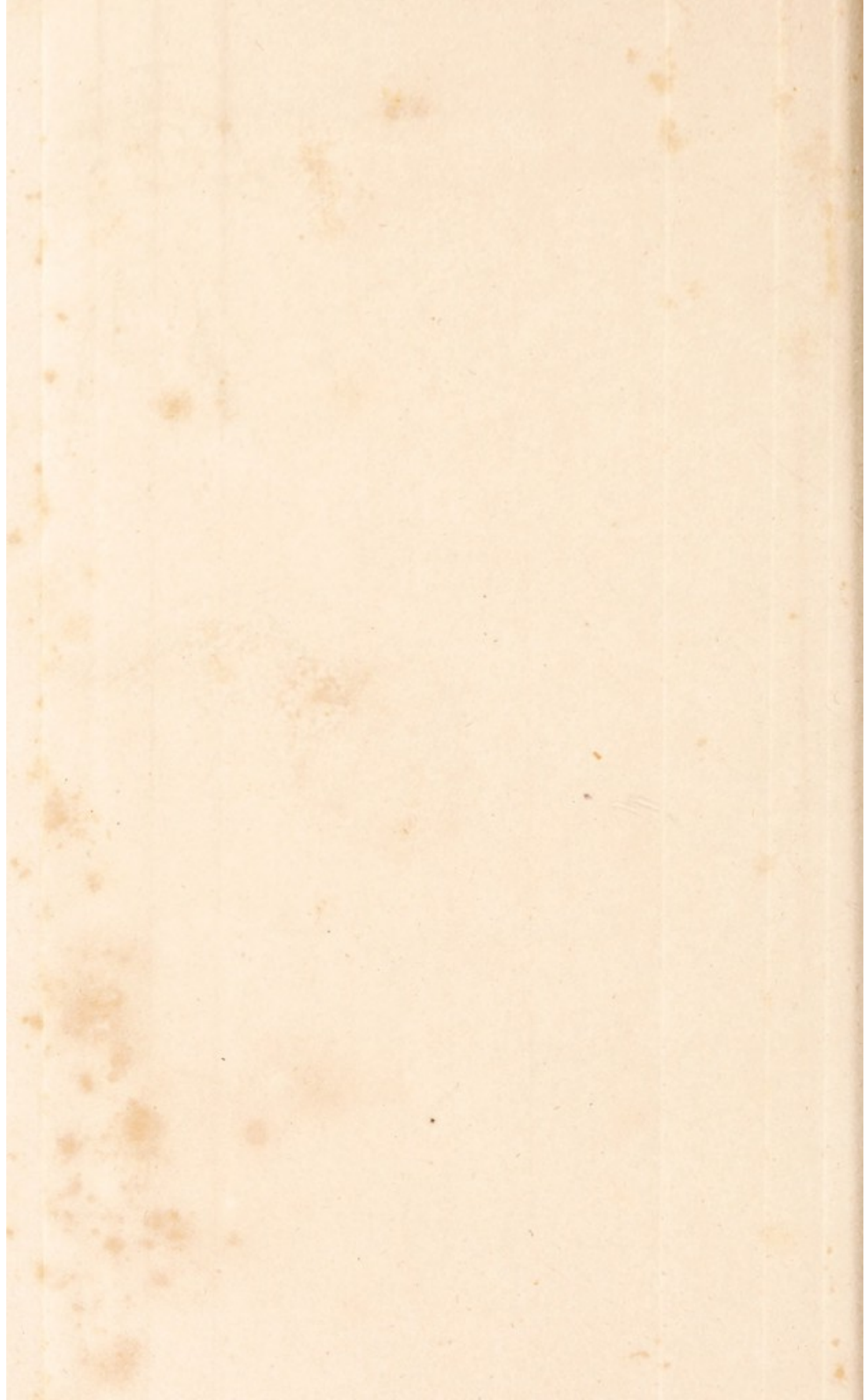
Broïement du cristallin par la sclérotique, selon la méthode de Saunders.

13.

Procédé du même auteur, pratiqué par la cornée.



Publie par le Docteur J. B. de la Motte, Chirurgien de la Faculté de Médecine de Paris.



RECHERCHES MEDICO-CHIRURGICALES SUR LA CATARACTE

par J.C. Carron du Villards.

Chirurgien de l'Hôtel des Invalides de Paris.





14.

Perforation centrale du cristallin, par le procédé de Saunders, au moment de l'opération.

15.

Perforation après quelques phénomènes d'absorption.

16.

Position de l'enfant pour l'opération de la cataracte congéniale, d'après le docteur Carron du Villards.

16 bis.

Divers temps et mouvements que l'on fait faire à l'aiguille pour la kératonyxis.

17.

Coupe perpendiculaire de l'œil, et position d'un cristallin abaissé.

FIN DE L'EXPLICATION DES PLANCHES.

TABLE DES MATIÈRES.

Lettre à M. le docteur Vleminckx.	Pages. vii
Traduction d'une lettre du professeur Scarpa au Dr. Rusconi.	xv
Avant-propos.	xviij

PREMIÈRE PARTIE.

INUTILITÉ DES TRAITEMENTS MÉDICAUX POUR GUÉRIR LA CATARACTE.	1
Opinion des anciens.	2
Lettre de M. le comte de Vaublanc.	6
Double cataracte, obs. 1 ^{re} .	18
<i>Id.</i> obs. 2 ^e .	19
Cataracte complète, obs. 3 ^e .	20
RECHERCHES PRATIQUES SUR LES CAUSES QUI FONT ÉCHOUER L'OPÉRATION DE LA CATARACTE PRATIQUÉE SELON LES DIVERS PROCÉDÉS.	25

CHAPITRE PREMIER.

Quelques considérations sur l'opération de la cataracte.	25
Accidents propres à cette opération.	29
Tableau synoptique des divers procédés opératoires.	32-33
Déplacement du cristallin.	34
Extraction du cristallin.	35
Abaissement antéro-postérieur.	36

CHAPITRE II.

Accidents propres à toutes les espèces d'opérations de cataracte.	36
---	----

CHAPITRE III.

Erreurs de diagnostic, de l'espèce de cataracte et de la nature de ses adhérences.	37
---	----

CHAPITRE IV.

Du choix du procédé.	54
----------------------	----

Propositions relatives aux circonstances qui réclament l'emploi de l'abaissement.	56
Cas d'opération où l'extraction est applicable.	57
Proposition à cet égard.	<i>ib.</i>

CHAPITRE V.

Position désavantageuse du malade pendant l'opération.	59
--	----

CHAPITRE VI.

De la défectuosité des instruments employés.	67
Inconvénients des instruments de Guérin et de Dumont.	69
Observation de M. Bancal, de Bordeaux, relative à l'emploi de l'ophthalmostat de M. Guérin.	72
Opinion de Marc-Antoine Petit, sur cet instrument.	<i>ib.</i>
Comment Scarpa en est venu à donner une courbure à son aiguille.	74

CHAPITRE VII.

Accidents qui se manifestent pendant et après l'opération.	76
--	----

CHAPITRE VIII.

Des névralgies sus-orbitaires et auriculo-maxillaires qui se développent après l'opération de la cataracte.	78
Comment elles débutent.	80
Quels phénomènes les accompagnent.	<i>ib.</i>
Leurs causes.	81
Leur traitement.	<i>ib.</i>
Histoire de quatre malades chez lesquels ces névralgies se sont montrées.	
Observation I.	83
Observation II.	85
Observation III.	86
Observation IV.	89

CHAPITRE IX.

De l'ophthalmorrhagie.	91
------------------------	----

CHAPITRE X.

De l'iritis.	94
Début, symptômes, marche, traitement et terminaison.	<i>ib.</i>

CHAPITRE XI.

De l'iritis chronique.	101
Traitement.	102

CHAPITRE XII.	
De l'éréthisme oculaire.	104
CHAPITRE XIII.	
Du traitement consécutif à l'opération de la cataracte.	106
CHAPITRE XIV.	
De l'exposition prématurée de l'œil à la lumière.	110
Précautions à prendre.	111
CHAPITRE XV.	
Des causes d'insuccès propres à l'abaissement, telles que : 1° le staphylôme partiel de la sclérotique; 2° la difficulté d'abaisser le cristallin; 3° les obstacles que l'on rencontre quand on pratique le broiement; 4° le passage du cristallin, en entier, dans la chambre antérieure; 5° la fuite de cet organe au-devant de l'aiguille; 6° la réascension du cristallin; 7° enfin l'amaurose.	114
CHAPITRE XVI.	
Du staphylôme partiel de l'albuginée.	115
CHAPITRE XVII.	
Difficulté ou impossibilité d'abaisser le cristallin en masse.	118
CHAPITRE XVIII.	
De la réascension du cristallin.	126
CHAPITRE XIX.	
Cataracte capsulaire consécutive à l'abaissement.	130
CHAPITRE XX.	
De l'amaurose, suite de l'abaissement.	132

DEUXIÈME PARTIE.

CHAPITRE PREMIER.

Accidents qui peuvent faire échouer l'opération de la cataracte, par les divers procédés de l'extraction.	136
---	-----

CHAPITRE II.

De l'incision de la cornée.	138
Position du malade et de l'opérateur.	141
Procédé de Wenzel.	142

CHAPITRE III.

Incision trop grande de la cornée.	149
Lettre du professeur Maunoir, de Genève, à ce sujet.	150
Observation I.	157
Observation II.	159

CHAPITRE IV.

Des blessures de l'iris, son décollement et sa hernie.	169
Observation I.	177
Observation II.	178
Observation III.	179

CHAPITRE V.

De la chute de l'humeur vitrée et des accidents spasmodiques de l'œil et de ses annexes pendant l'opération.	180
--	-----

CHAPITRE VI.

Des difficultés que l'on rencontre dans l'extraction de la cataracte et de ses annexes.	184
Observation.	188

CHAPITRE VII.

De la cataracte capsulaire primitive ou secondaire.	191
---	-----

CHAPITRE VIII.

De l'introduction de l'air dans l'œil.	195
--	-----

CHAPITRE IX.

De l'hypopion consécutif à l'extraction.	196
--	-----

CHAPITRE X.

Mauvaise méthode de pansement après l'opération.	199
--	-----

CHAPITRE XI.

Des cicatrices difformes de la cornée et du staphylôme.	205
---	-----

CHAPITRE XII.

Des accidents propres à la kératomie sclérotidienne, ou scléroticotomie.	208
Inconvénients qu'offre cette méthode, d'après le mémoire de Quadri.	209

CHAPITRE XIII.

Accidents de la kératomie-réclinaison, dite méthode égyptienne.	212
Méthode de Gensoul, de Lyon.	215
Méthode de Giorgi, d'Imola.	216
Procédé opératoire de Giorgi, d'Imola.	218
Première observation de <i>id.</i>	220
Deuxième observation de <i>id.</i>	<i>ib.</i>

	CHAPITRE XIV.	
Procédé mixte de Quadri.		221
	CHAPITRE XV.	
Accidents propres à la kératonyxis.		222
Causes principales qui la font échouer.		<i>ib.</i>
	CHAPITRE XVI.	
L'inflammation de la cornée et de ses annexes.		224
L'évacuation prématurée de l'humeur aqueuse.		225
L'inflammation de la tunique de l'humeur aqueuse.		227
	CHAPITRE XVII.	
Réascension du cristallin.		229
	CHAPITRE XVIII.	
Du staphylôme partiel de la cornée et de l'albugo.		231

TROISIÈME PARTIE.

CHAPITRE PREMIER.

Considérations sur l'opération de la cataracte congéniale.	233
Faits tirés de la pratique de Saunders et de Lusardi.	234
De la nécessité d'opérer les enfants en bas âge.	237
Parrallèle et examen des différentes méthodes appliquées à la cataracte congéniale.	240
Procédé de Lusardi.	243
Procédé de Saunders.	247

CHAPITRE II.

Capsule opaque avec un cristallin fluide.	251
Opinion de Maunoir sur la cataracte congéniale.	259

CHAPITRE III.

Soins consécutifs à l'opération.	260
Règles générales de l'opération de la cataracte par extraction.	265
Règles générales de l'abaissement.	273
Règles générales pour la kératonyxis.	279
Indication à suivre pour l'emploi des lunettes à cataracte.	281
Notes concernant l'opération de la cataracte.	287
Notes sur la cataracte congéniale.	293
Pièces justificatives.	297
Quelques réflexions du docteur Furnari.	344
Explication des planches.	351

THE HISTORY OF THE
CITY OF BOSTON
FROM THE FIRST SETTLEMENT
TO THE PRESENT TIME
BY
NATHANIEL BENTLEY
VOLUME I
CONTENTS
CHAPTER I
THE FIRST SETTLEMENT
CHAPTER II
THE EARLY HISTORY
CHAPTER III
THE GROWTH OF THE CITY
CHAPTER IV
THE REVOLUTIONARY PERIOD
CHAPTER V
THE PRESENT STATE
CHAPTER VI
THE FUTURE PROSPECTS
CHAPTER VII
THE CONCLUSION

