

dans cette inflammation, la capsule cristalline tuméfiée se rapprochant de l'iris contracté, celui-ci dépose à sa surface le pigmentum de luvée, et que cette matière colorante, adhérant à la membrane cristalline ou aux fausses membranes qui la couvrent, donne lieu à la formation des cataractes arborescentes ou dendritiques. Elle peut, dit on, se terminer par résolution; ce qui explique les cataractes commençantes guéries. Elle se termine le plus souvent par formation de plaques ou taches blanches opaques, comme on en observe dans la cornée. Ces taches constituent une espèce de cataracte.

L'inflammation de l'hémisphère postérieur de la capsule cristalline est beaucoup plus rare, et les écrivains avouent qu'elle est beaucoup plus difficile à diagnostiquer. Il n'y a pas, comme pour la première, les symptômes qui se tirent des rapports de la capsule antérieure avec le cristallin. On peut cependant, dit-on, y apercevoir la disposition en étoile des vaisseaux dilatés. On la reconnaît aussi à la situation profonde de l'opacité qui succède à l'inflammation.

L'inflammation du cristallin, nommée *cristallite*, *phakite*, est encore plus rare que celle de la capsule postérieure; elle s'annonce, dit-on, par des points blancs disséminés dans le cristallin et situés plus ou moins profondément.

Il est probable que ces divers symptômes ont été confondus avec ceux des cataractes commençantes, quelles que soient leurs causes. Dans toutes les hypothèses, la marche de ces inflammations est très-lente et chronique. Quelques ophthalmologistes prétendent en avoir observé qui avaient eu une marche aiguë.

Les causes de ces affections sont inconnues et rapportées à toutes les causes générales des maladies; aussi je ne les examinerai pas.

Il en est de même du traitement, qui consiste dans l'emploi des émissions sanguines, et des mercuriaux jusqu'à salivation. Le traitement de l'iritis chronique est indiqué comme très-convenable.

§ 2. — De l'opacité du cristallin, ou de la cataracte.

L'opacité du cristallin et de ses annexes a été désignée sous les noms de *suffusion*, *d'hypochyma*, de *goutte obscure*, et surtout sous celui de *cataracte*.

Les symptômes de cette affection, les signes qui la caractérisent et les moyens de la combattre étaient connus bien longtemps avant

qu'on se fût formé une idée exacte sur sa nature et sur son siège. Celse avait dit, et les auteurs avaient répété après lui, que la cataracte consistait dans la présence d'une pellicule membraneuse, opaque, formée par une humeur contre nature qui, en s'épaississant, interceptait peu à peu le passage de la lumière et amenait par degré la cécité. Ce ne fut qu'au commencement du xviii^e siècle que Maître-Jan, Méry, et Brisseau, annoncèrent et parvinrent à établir une opinion différente. On reconnut que la cataracte consistait ordinairement dans l'opacité du cristallin, et quelquefois dans celle de sa membrane ou de l'humeur qu'elle exhale.

Cette différence dans le siège de la cause matérielle qui produit la cataracte en fit admettre trois espèces, savoir : la cataracte cristalline, qui dépend de l'opacité du cristallin lui-même; la cataracte membraneuse, qui provient de l'obscurcissement de la capsule cristalline; et une troisième qui n'a pas reçu de nom particulier, et qui résulte de l'épaississement et de l'opacité de l'humeur de Morgagni. Quelquefois deux de ces parties, ou même toutes les trois, deviennent opaques en même temps; ce qui aurait pu constituer une ou plusieurs autres espèces de cataractes. On a aussi admis d'autres variétés en raison de la consistance du cristallin et de la nature du liquide qui l'entoure : ainsi l'on a distingué les cataractes en solides, en caséuses, laiteuses, etc. Ces distinctions ne sont pas tout à fait sans utilité, parce qu'elles déterminent quelques modifications dans les procédés opératoires.

Les causes de la cataracte sont presque toujours fort obscures. Une ophthalmie violente, une contusion de l'œil, ont quelquefois paru la produire. On a remarqué aussi que les ouvriers qui sont continuellement exposés à une lumière vive, les verriers, les forgerons, les serruriers, les cuisiniers, en étaient plus communément affectés que les autres hommes. Cependant le plus souvent la cause de la cataracte est absolument inconnue. Il est fort incertain que la suppression des évacuations, le rhumatisme, la goutte, les vices scrofuleux et dartreux, puissent, comme on l'a dit, produire cette maladie. Il n'est guère mieux prouvé que le virus vénérien puisse la faire naître.

La cataracte est, en général, une affection de l'âge mûr et de la vieillesse; les enfants en sont rarement atteints, les jeunes gens plus rarement encore. On a quelques exemples de cataractes congéniales.

Lorsque la maladie commence à se former, tantôt la vue baisse lentement et progressivement, ce qui paraît résulter de l'obscurcisse-

ment uniforme de tout le cristallin; tantôt le malade croit voir voltiger dans l'air des flocons de laine, de la poussière, des toiles d'araignées, illusions qui sont dues probablement à l'opacité partielle ou du moins inégale du cristallin. Dans ce dernier cas, les malades s'aperçoivent de la lésion de l'organe de la vue dès le début de la maladie; dans le premier, au contraire, si la cataracte n'occupe qu'un œil, elle peut durer longtemps sans que les personnes qui en sont affectées en aient le moindre soupçon. Quelquefois elles croient avoir un œil plus faible que l'autre; mais le plus souvent elles ne reconnaissent le changement survenu dans l'œil malade que quand elles s'avisent de fermer l'œil sain et de regarder quelque objet avec l'autre. Au surplus, soit que le malade éprouve un simple obscurcissement dans la vue, ou qu'il soit tourmenté par des *imagination*s, l'un ou l'autre de ces symptômes augmente graduellement, sans intermission, et gêne de plus en plus l'exercice de la vue. L'espèce de brouillard à travers lequel les objets sont aperçus devient plus épais, et les malades finissent par n'être plus en état de marcher sans guide. La cécité n'est jamais portée à un point assez considérable pour ôter la faculté de distinguer la lumière des ténèbres. La cataracte présente dans son cours une particularité assez remarquable sous le rapport du trouble qu'elle produit dans la vision: dans les premiers temps de la maladie, la vue est plus nette le soir et le matin, à un demi-jour; à une époque plus avancée, au contraire, les malades distinguent encore quelques objets à une lumière vive, et ne voient plus rien dans un lieu obscur. Voici la cause de cette différence. Dans la cataracte commençante, l'opacité n'occupe encore, chez beaucoup de malades, que le centre du cristallin; à cette époque, si les yeux sont exposés à une lumière vive, la pupille deviendra très-étroite, et les rayons lumineux qui la traverseront tomberont presque tous sur la portion opaque du cristallin: aussi la vue sera-t-elle très-confuse. A une lumière douce, au contraire, la pupille se dilatera, et permettra à la lumière de traverser la portion encore transparente du cristallin; la sensation sera plus distincte alors. On remarque encore dans ces circonstances que les malades distinguent mieux les objets placés sur les côtés que ceux qui se trouvent dans la direction même de l'axe optique. Lorsque le cristallin est devenu opaque en totalité, les rayons de la lumière rencontrent dans toute sa périphérie, quelle que soit la dilatation de la pupille, un obstacle qui les empêche d'arriver jusqu'à la rétine; or, à

cette époque, une lumière faible se perd en totalité en traversant le cristallin, une lumière très-vive n'est absorbée qu'en partie, et parvient encore plus ou moins affaiblie jusqu'à la membrane nerveuse de l'œil. On voit d'après cela qu'un phénomène qui offre d'abord quelque singularité, n'est que le résultat nécessaire de la marche de la maladie et des lois de la physique.

Lorsqu'on examine avec attention un œil affecté de cataracte, on observe que la pupille a perdu sa couleur noire, et qu'à cette couleur a succédé une teinte jaunâtre, blanchâtre ou grise, quelquefois brune et même verdâtre. Cette teinte est tantôt uniforme et tantôt inégale; dans quelques cas même, elle paraît marbrée de plusieurs nuances distinctes; dans d'autres, mais rarement à la vérité, la tache que présente le cristallin offre une mobilité sensible, de légères vacillations au moindre mouvement de la tête ou de l'œil. Ces petits balancements du cristallin ont servi à établir une variété de la cataracte qu'on appelle *cataracte branlante*. La mobilité a quelquefois été si grande, qu'on a vu le cristallin passer dans la chambre antérieure de l'œil.

Il est rare que la cataracte soit accompagnée de douleurs dans le globe de l'œil; la maladie est ordinairement bornée au cristallin, et si l'on excepte l'iris dont l'ouverture est un peu plus dilatée que dans un œil sain, aucune des parties de cet organe n'offre la plus légère altération.

Le larmolement, l'ophtalmie, l'adhérence du cristallin à l'iris, l'immobilité de ce dernier, ainsi que les douleurs de tête habituelles, peuvent exister avec la cataracte; mais ils ne doivent point être considérés comme des symptômes de cette maladie; ils en sont souvent une complication, et voilà tout.

L'opacité du cristallin se développe ordinairement avec lenteur; dans quelques cas néanmoins, elle a paru se former avec une grande rapidité, en quelques jours, par exemple; mais de pareilles observations sont si rares et si extraordinaires, qu'on ne doit les admettre qu'avec la plus grande réserve. On doit aussi opposer quelques doutes à ces faits plus extraordinaires encore qui tendent à prouver que la cataracte peut être guérie par certains topiques. Tout ce qui s'éloigne des procédés ordinaires de la nature doit paraître suspect aux observateurs judicieux: gardons-nous toutefois d'un scepticisme absolu; toutes ses lois ne sont point connues, et elle se plaît assez souvent à déconcerter nos idées.

Le diagnostic de la cataracte est toujours très-facile. Le changement de couleur de la pupille est un signe pathognomonique qui distingue cette maladie de toutes les autres. Une taie de la cornée peut au premier abord être prise pour une cataracte, ou celle-ci pour une taie; mais un examen un peu attentif préservera de toute erreur, surtout si on regarde l'œil de côté, de manière à n'apercevoir que la cornée. Il est pourtant un cas qui pourrait offrir de la difficulté : c'est celui où le cristallin a pris une couleur noire. L'état de la pupille qui conserve alors sa couleur naturelle, et le dérangement de la vue, peuvent faire croire à une amaurose : il importe d'autant plus de distinguer ces deux affections, que leur traitement est fort différent. Si la couleur noire du cristallin est un peu mélangée, le diagnostic est moins obscur, et l'on peut, en examinant l'œil attentivement, reconnaître la nature de la maladie. Une affection de cette espèce, qu'on avait prise pour une goutte sereine, fut bien jugée par M. Wenzel, qui fit avec succès l'extraction de la cataracte. Mais lorsque le cristallin est entièrement noir, il est nécessaire de réunir tous les indices qui doivent éclairer le diagnostic. En conséquence, après s'être informé de l'invasion de la maladie, toujours lente dans la cataracte, souvent rapide et quelquefois soudaine dans l'amaurose, on portera toute son attention sur l'état actuel de l'œil, et sur le dérangement de la vue. Si la pupille est d'un noir mat qui absorbe toute la lumière et ne réfléchit rien de luisant vers l'œil de l'observateur; si les mouvements de l'iris sont à peu près réguliers; si le malade distingue la lumière des ténèbres; s'il aperçoit mieux les objets peu éclairés, s'il voit, ou si dans le principe il a vu moins confusément le soir et le matin, il n'est pas douteux qu'il ne soit affecté de cataracte noire (1). Si quelques-uns de ces signes seulement se présentaient, et que le diagnostic restât obscur, on devrait agir comme dans le traitement de la cataracte : l'extraction du cristallin peut rendre la vue au malade, s'il a une cataracte; et s'il est atteint d'amaurose, l'opération ne peut avoir aucun danger, surtout quand les remèdes propres à combattre la goutte sereine ont été pendant quelque temps employés sans succès.

La cataracte est, sous le rapport du pronostic, une affection toujours sérieuse. Si le malade refuse de se soumettre à l'opération, il

(1) Recueil périodique de la Faculté de médecine, t. 1, p. 180; extrait d'un mémoire d'Arachard.

reste pour toujours privé de la vue; s'il consent à l'opération, le résultat en est incertain. Il peut, à la vérité, recouvrer entièrement la vue; mais il peut n'éprouver qu'une amélioration médiocre, ou n'en éprouver aucune.

Ces différences dans les résultats de l'opération ont été attribuées par quelques chirurgiens à la nature même de l'altération du cristallin; ils ont cru pouvoir, *a priori*, et d'après la couleur de la pupille, indiquer d'une manière à peu près sûre les effets du traitement; mais on a reconnu toute l'insuffisance de pareils signes dans le pronostic, et il est démontré aujourd'hui que si l'aspect du cristallin peut faire présumer quelle est sa consistance, et par conséquent un peu plus ou un peu moins de difficultés dans l'opération, cette circonstance n'est d'aucun poids pour faire connaître le résultat de l'opération, et pour engager le chirurgien à la pratiquer ou à s'en abstenir. Mais si l'inspection du cristallin ne donne que des signes illusoire pour le pronostic, il n'en est pas de même de ceux que fournissent les autres parties de l'œil. Lorsque celles-ci sont dans un état parfait d'intégrité, on doit toujours recourir à l'opération, parce qu'il est permis alors d'espérer un heureux succès; lorsqu'au contraire ces parties elles-mêmes sont le siège de quelque complication, qui, après l'opération, peut provoquer des accidents ou rendre le succès de l'opération inutile, il faut ou la différer jusqu'à ce qu'on ait fait disparaître les complications, ou bien y renoncer si elles sont incurables. Nous allons parler de diverses circonstances qui peuvent contre-indiquer l'opération de la cataracte.

Si l'œil affecté de cataracte était ou plus gros ou plus petit que l'œil sain, et que cette différence ne fût point congéniale, il faudrait s'abstenir de toute opération sur un organe menacé ou même atteint déjà d'hydropthalmie ou d'atrophie. Si l'œil était dur au toucher, si la cornée était petite et proéminait en formant une sorte de pointe, on pourrait présumer que les vaisseaux de la rétine et de la choroïde sont variqueux et que l'opération serait inutile. On doit également renoncer à l'opération, lorsque la sclérotique est traversée par des veines variqueuses (24^e obs. de Wenzel, *Traité de la catar.*). Si les paupières étaient infiltrées, si les yeux étaient ordinairement larmoyants et la conjonctive injectée, il faudrait combattre ces affections avant d'opérer. L'observation a appris que, pratiquée dans ces circonstances, l'opération n'est presque jamais suivie de succès. A plus

forte raison, faudrait-il la différer si la conjonctive était actuellement le siège d'une inflammation aiguë. Si des taches assez épaisses pour intercepter la lumière couvraient le centre de la cornée, l'opération serait tout à fait inutile; mais si ces taches étaient assez minces pour ne pas s'opposer entièrement au passage des rayons lumineux, nous croyons qu'on pourrait tenter l'opération, après avoir toutefois prévenu le malade de l'incertitude du succès, de l'impossibilité d'obtenir une guérison complète, et de la crainte de voir la tache s'épaissir par le fait même de l'opération. Lorsque les taies occupent la circonférence de la cornée, et qu'elles sont depuis longtemps stationnaires, on doit opérer, mais avec moins de confiance que si la cornée était entièrement transparente.

C'est surtout à l'examen de la pupille qu'il faut s'attacher pour juger s'il est à propos ou non de faire l'opération. Les mouvements de l'iris font connaître l'état de la rétine. La paralysie de cette dernière membrane est de toutes les complications de la cataracte celle qui doit le plus éloigner le chirurgien de l'idée d'extraire le cristallin. Aussi Maître-Jan a-t-il donné la plus grande attention à l'état de la pupille chez les personnes affectées de cataracte. Il recommande de placer le malade au milieu d'une chambre peu éclairée, d'examiner si la largeur de la pupille est convenable, et si, en faisant approcher le malade de la fenêtre, elle se rétrécit progressivement. Le malade étant assis auprès de la fenêtre, il veut que le chirurgien passe sa main devant l'œil, et observe si l'iris se dilate et se resserre ensuite, lorsque la main est ôtée subitement. Il veut qu'on abaisse la paupière supérieure, qu'on exerce sur elle de douces frictions pendant quelques instants; qu'ordonnant alors au malade d'ouvrir tout à coup son œil, on regarde si la pupille s'est plus ouverte que dans les épreuves précédentes (1).

Dans tous ces cas, l'œil doit être fermé, parce que les sensations qu'on éprouverait imprimeraient à l'iris de l'œil qu'on examine des mouvements sympathiques. Enfin, si à la régularité des mouvements

(1) Une chose très-remarquable et dont il serait impossible de donner une explication satisfaisante, c'est que, dans un œil affecté de cataracte, les mouvements de l'iris sont plus étendus et plus rapides que dans un œil sain. (Note de l'auteur.)

de la pupille se joint la faculté de distinguer encore le jour de l'obscurité, il est évident qu'il n'y a point de complication d'amaurose, et l'opération doit être entreprise; elle présente de grandes chances de succès. Mais les choses ne sont pas toujours aussi claires, et souvent il est fort difficile de porter un jugement certain. Ainsi, tel malade chez lequel il y a à la fois amaurose et cataracte peut encore distinguer une lumière vive, et sa pupille offrir quelques mouvements sensibles: phénomènes absolument semblables à ceux qui se présenteront chez un autre malade atteint de cataracte. Dans ces circonstances vraiment embarrassantes, il faudra recourir à d'autres signes: ainsi l'on compare l'affaiblissement de la vue à l'opacité du cristallin, et si la cécité est presque complète quand le cristallin n'est que médiocrement opaque, on peut croire qu'une autre cause concourt au dérangement de la vue. On a encore recours aux signes commémoratifs; on s'informe si l'invasion a été subite ou lente; si la vue était plus confuse le soir et le matin qu'au milieu du jour, ou au milieu du jour que le matin et le soir; si l'obscurcissement de la vue est parvenu à un degré considérable sans que le cristallin ait offert d'opacité sensible, etc. De cette manière, on peut dans quelques cas porter un jugement certain sur la nature de la maladie, mais plus souvent encore on ne parvient qu'à se former une opinion plus ou moins probable. Et quelle sera alors la conduite du chirurgien? Devra-t-il condamner à une cécité perpétuelle un homme à qui peut-être il rendrait la vue? Devra-t-il s'exposer à lui faire subir une opération inutile, mais nullement dangereuse? Nous n'hésitons pas à préférer une opération qui peut n'être pas utile, à une inaction qui peut être fort nuisible. C'est en se conformant à ce précepte que plusieurs chirurgiens ont sauvé d'une cécité absolue des personnes qu'on croyait affectées de goutte sereine, et chez qui l'immobilité de la pupille, l'aveuglement complet, étaient dus à l'opacité très-considérable du cristallin et de ses membranes, et aux adhérences du petit anneau de l'iris avec la capsule cristalline. Guérin, de Lyon, qui avait envoyé à l'Académie de chirurgie un mémoire fort intéressant sur cet objet, a observé que l'augmentation du volume du cristallin produisait quelquefois l'immobilité de la pupille et rendait la cécité absolue: il a remarqué que dans ces cas la pupille ne conservait presque jamais sa largeur naturelle, mais que tantôt elle était fort rétrécie, ce qui devait écarter l'idée d'une complication d'amaurose, et que tantôt elle

était fort dilatée, ce qui permettait de reconnaître avec de l'attention l'accroissement du cristallin. Il est donc bien difficile d'avoir la certitude que la cataracte est compliquée d'amaurose: ce n'est pourtant qu'avec cette certitude qu'on doit renoncer aux avantages de l'opération. Ajoutons, pour terminer ce qui concerne le pronostic de la cataracte, qu'une des circonstances les plus défavorables à la réussite de l'opération, c'est une douleur habituelle dans quelque partie de la tête. L'expérience prouve que presque tous les malades chez lesquels l'opacité du cristallin est jointe à une céphalalgie habituelle ont été opérés sans succès.

On a vu des personnes affectées de cataracte recouvrer subitement la vue. Un de leurs yeux avait repris sa transparence naturelle, et l'opacité qui se voyait précédemment au fond de l'œil avait disparu. Cette guérison ne peut s'expliquer que par l'abaissement spontané du cristallin: aussi tous ceux qui en ont observé de pareilles les ont-ils attribuées à cette cause. J'ai eu occasion de constater ce déplacement du cristallin. Un ancien avocat avait deux cataractes: un des yeux fut opéré sans succès. Les plus célèbres chirurgiens avaient jugé que la cataracte de l'autre œil était de mauvaise nature, et qu'il ne fallait point y toucher. Il était donc aveugle depuis environ vingt-cinq ans. Un jour qu'accompagné de son guide il marchait dans une rue, il fut étonné de distinguer les objets qui l'environnaient. Ravi d'un changement aussi heureux qu'inespéré, il vint m'en faire part, et me pria d'examiner ses yeux. J'avais eu plusieurs fois occasion de le voir avant cette époque. L'œil dont on avait précédemment extrait le cristallin était toujours dans le même état. Il en était autrement de celui qui n'avait point été opéré; le cristallin opaque s'était détaché dans ses quatre cinquièmes supérieurs, et avait exécuté un mouvement de bascule en arrière; de sorte qu'il avait pris une situation presque horizontale; il semblait ne plus tenir que par la partie la plus inférieure de son contour; sa face antérieure était tournée en haut, et la partie supérieure de sa circonférence était dirigée en arrière. Il était légèrement agité lorsqu'on imprimait de grands mouvements à la tête. La moitié supérieure du disque de la pupille était transparente; la moitié inférieure était encore obstruée par le cristallin.

Lorsque la cataracte est reconnue et qu'aucune circonstance ne détruit l'espoir de la guérir, doit-on recourir de suite à l'opération, ou doit-on la différer selon que le degré d'opacité du cristallin est plus

ou moins avancé, selon que la maladie occupe les deux yeux ou qu'elle n'en occupe qu'un? Doit-on avoir égard pour le moment de l'opération à l'âge du malade, à la saison, aux maladies régnantes? La maladie occupant les deux yeux, faut-il opérer les deux cataractes ou n'en opérer qu'une le même jour? Enfin, selon quelle méthode faut-il pratiquer l'opération? Nous allons examiner successivement chacune de ces questions.

Lorsque le trouble de la vue est devenu assez considérable pour empêcher le malade de se livrer à ses occupations ordinaires, il désire être débarrassé de suite de l'obstacle qui s'oppose à la vision, et sollicite l'opération. Mais le succès de cette opération est trop incertain pour ne pas attendre que l'œil soit devenu inutile, qu'il ne puisse pas même servir à diriger les pas du malade. A cette époque, l'opération peut bien, à la vérité, n'être pas profitable, mais elle ne peut pas être nuisible. En opérant plus tôt, on agirait contre le premier principe de l'art: *primum non nocere*. Les anciens, qui attendaient la *maturité* de la cataracte, obéissaient à ce précepte; et, quoique conduits par une fausse théorie, ils agissaient avec beaucoup de sagesse. La même raison doit empêcher de pratiquer l'opération dans les cas où la cataracte n'occupe qu'un seul œil, en supposant même que cet œil soit complètement privé de la faculté de voir. L'opération n'offrirait alors, il est vrai, aucun inconvénient par rapport à l'œil malade, mais il n'en serait pas de même pour l'œil sain. L'inflammation plus ou moins considérable qui accompagne quelquefois l'opération ne se borne pas toujours à l'œil sur lequel on la pratique; souvent elle s'étend à l'autre. Or, qui peut répondre des suites d'une ophthalmie grave, quand on sait qu'une ophthalmie, même légère, donne quelquefois lieu, en se prolongeant, à la formation de taches sur la cornée, d'abcès entre ses lames, etc.; et si en même temps l'opération de la cataracte n'a point un succès complet, elle sera la cause de la cécité chez un individu à qui un seul œil pouvait suffire pour les besoins ordinaires de la vie. Nous voyons dans ce moment une dame à qui un oculiste a extrait le cristallin gauche. L'opération a déterminé une inflammation vive sur l'œil droit: les deux cornées sont couvertes de taches. L'œil opéré est perdu; les taches de l'œil qui était sain s'épaississent chaque jour davantage. Bientôt cette femme sera entièrement aveugle. Les observations de ce genre ne sont pas très-rares. On ne doit donc opérer les personnes affectées de cata-

ractes que lorsque les deux cristallins opaques ont rendu la cécité complète.

Lorsque la cataracte survient dans les premières années de la vie, quelque grande que soit l'opacité du cristallin, il n'est pas possible de recourir à l'opération, soit par la difficulté de la pratiquer, soit par le danger qui résulterait des suites de l'opération, nécessairement aggravées par l'indocilité des malades. Ce n'est qu'à l'époque où l'enfant pourra concevoir le désir de la guérison, et la ferme volonté de se soumettre à l'opération, qu'on devra la pratiquer; cette époque est celle où la raison commence.

Il n'est pas indifférent de faire l'opération de la cataracte dans une saison ou dans une autre. Ses suites sont moins à craindre dans le printemps et dans l'été que dans l'hiver et dans l'automne, temps froids et humides pendant lesquels les affections catarrhales et inflammatoires sont plus fréquentes et durent plus longtemps. Enfin, lorsqu'il règne une maladie épidémique, on doit également différer l'opération: l'impression qu'elle produit sur le malade peut rendre plus active sur lui l'influence atmosphérique, et diminuer encore l'espoir du succès, en joignant à la plaie de l'œil une complication plus ou moins grave. A plus forte raison devra-t-on retarder l'opération, s'il existe des ophthalmies épidémiques, comme on en a observé plusieurs fois à Paris.

La cataracte occupant les deux yeux, et l'opacité du cristallin étant portée à un degré suffisant, doit-on pratiquer en même temps l'opération sur les deux yeux, ou bien faut-il mettre un certain intervalle entre les deux opérations? Les chirurgiens qui ont embrassé l'une ou l'autre de ces opinions l'ont appuyée de raisons qui méritent d'être discutées. Ceux qui n'opèrent qu'un œil assurent avoir observé que quand on fait les deux opérations le même jour, et qu'il survient des accidents, les deux yeux en sont atteints simultanément, et que le malade perd alors complètement la vue et l'espoir de la recouvrer. Lorsqu'au contraire on n'opère d'abord que d'un seul côté, et qu'on n'en vient à l'autre opération que quelque temps après la première, il n'est pas à présumer qu'il survienne chaque fois des accidents, et si les deux yeux ne sont pas conservés, il est au moins très-probable que l'opération réussira sur l'un ou sur l'autre. Outre cela, il arrive quelquefois que des personnes opérées avec succès de la cataracte s'aperçoivent, au bout d'un certain temps, de quelques années par exemple, que leur vue s'affaiblit, au point qu'elles retombent peu à

peu dans le même état qu'avant l'opération, avec cette différence que la cécité ne dépend pas de la même cause, et qu'elle est presque toujours incurable. Ne serait-il pas très-avantageux alors de n'avoir opéré que d'un seul côté, et d'avoir la ressource d'une seconde opération, qui pourrait procurer au malade la faculté de voir encore, au moins pendant quelques années?

Telles sont les principales raisons sur lesquelles se fondent ceux qui préfèrent n'opérer qu'un seul œil. Quelque solides qu'elles paraissent, nous croyons que si elles suffisent pour justifier la conduite de plusieurs praticiens célèbres, elles ne sont point assez puissantes pour assurer la préférence à cette méthode, ni même pour contrebalancer les raisons qui nous autorisent à suivre une conduite opposée. En effet, l'expérience prouve: 1° Qu'en opérant les deux yeux à la fois, s'il survient des accidents, il est très-rare qu'ils attaquent les deux yeux avec la même intensité; il est plus rare encore que ces accidents amènent dans l'un ou l'autre de ces organes la perte complète de la vue. D'un autre côté, si l'on opère un seul œil et qu'il survienne des accidents, l'autre peut aussi être affecté, ainsi que nous l'avons dit, et lorsqu'on fera la seconde opération, le premier sera exposé encore à une nouvelle inflammation; en sorte que les deux yeux sont, par cette manière d'agir, exposés deux fois l'un et l'autre aux mêmes accidents, inconvénient qu'on ne peut craindre qu'une fois lorsqu'on pratique en même temps les deux opérations. 2° Que l'affaiblissement progressif de la vue, après l'opération de la cataracte faite avec succès, a été observé assez souvent; mais il n'est pas la suite nécessaire de l'opération, et le nombre des cas dans lesquels il est survenu est extrêmement petit, par rapport à celui où le succès de l'opération s'est maintenu. L'importance de ce précepte diminue donc beaucoup, par cela même qu'il ne s'applique qu'à un très-petit nombre de cas. Mais si l'on recherche à quelle cause peut tenir cette diminution graduelle de la vue, il est évident qu'elle doit dépendre très-souvent, et peut-être toujours, d'une amaurose; or, dans l'un et dans l'autre cas, de quelle utilité serait-il pour les malades de n'avoir été opérés d'abord que d'un côté? Et ne voit-on pas d'avance quel serait le succès de la seconde opération, en songeant que la même cause qui détermine l'affaiblissement de la vue dans l'œil opéré produit très-probablement une lésion semblable dans l'autre? 3° Qu'en supposant qu'en opérant un seul œil ou en opérant les deux yeux, le même