

Le malade qui vient d'être opéré doit être placé dans une chambre très-obscur. Dans les hôpitaux et dans tous les lieux où il ne sera pas possible de se conformer à ce précepte, il faudra entourer son lit de rideaux très-épais, de manière à soustraire complètement les yeux à l'impression de la lumière. Il sera retenu pendant huit ou dix jours, couché sur le dos, la tête basse.

Les pansements subséquents consisteront en quelques lotions avec une eau mucilagineuse. S'il survenait une inflammation considérable, on emploierait les moyens que nous avons indiqués contre l'ophthalmie aiguë grave. Dans tous les cas, on tiendra le malade à la diète pendant les premiers jours, et à un régime peu nourrissant les jours suivants. La situation horizontale et le repos sont absolument nécessaires. Quelques praticiens font appliquer, le jour même de l'opération, un vésicatoire à la nuque, pour déterminer un autre point d'irritation, et modérer les symptômes inflammatoires. Sans blâmer l'emploi de ce moyen, dont nous n'avons point observé de mauvais effets, nous pensons qu'on doit en restreindre l'usage à quelques circonstances particulières : une ophthalmie, par exemple.

Lorsque la plaie est entièrement guérie, ce qui a lieu ordinairement au bout de huit ou dix jours, on rend peu à peu, à l'appartement qu'occupe le malade, un peu de lumière ; on diminue par degrés l'épaisseur et le nombre des rideaux qui entourent son lit. Lorsque enfin on peut lui permettre de s'exposer à la lumière du jour, on doit lui recommander de placer au-dessus de ses yeux un garde-vue de taffetas vert. Il faut ne tenir le malade dans l'obscurité que pendant le temps où cette précaution est nécessaire ; en agissant autrement, on augmenterait la sensibilité de la rétine à un point tel, qu'il faudrait ensuite un temps très-long pour accoutumer les yeux à la lumière.

Telle est l'opération de la cataracte par extraction ; tels sont les soins qu'elle exige. Nous allons parler du procédé par lequel on déplace le cristallin en le laissant dans l'œil, c'est-à-dire de l'opération de la cataracte par abaissement.

Cette seconde méthode, infiniment plus ancienne que l'extraction, qui ne fut employée que dans le commencement du siècle dernier, a été décrite par Celse, comme étant en usage de son temps. C'est la seule qu'on ait pratiquée jusqu'à l'époque où Daviel proposa d'enlever le cristallin. Cette dernière méthode fut dès lors exclusivement adoptée. M. Scarpa, vers la fin du siècle dernier, est parvenu à ramener

l'attention des chirurgiens sur l'opération de la cataracte par abaissement. Voici de quelle manière ce chirurgien célèbre la pratique.

Les instruments dont il se sert sont : 1^o un élévateur de la paupière supérieure qu'on emploie seulement lorsque l'œil est petit et très-enfoncé ; 2^o une aiguille mince, assez forte cependant pour ne point ployer, un peu recourbée à sa pointe afin d'agir par une plus grande surface sur le cristallin qui est arrondi.

Le malade et le chirurgien sont placés comme pour l'extraction. L'œil étant dirigé un peu en dedans, l'opérateur saisit l'aiguille comme une plume à écrire, de la main droite, s'il opère sur l'œil gauche, et de la main gauche, s'il opère sur l'œil droit. Il appuie les deux derniers doigts sur la tempe, et enfonce la pointe de l'aiguille dans la sclérotique, à deux lignes environ de l'union de cette membrane avec la cornée, un peu au-dessus du diamètre transversal de la pupille, en imprimant à la main un mouvement en avant, jusqu'à ce que la pointe de l'instrument qui est recourbé ait pénétré dans l'œil. Le chirurgien conduit ensuite la concavité de l'aiguille sur le cristallin ; il le presse légèrement de haut en bas, ce qui le déprime un peu ; il fait passer la pointe de l'aiguille entre le corps ciliaire et la capsule cristalline, la fait paraître dans la pupille au devant du cristallin, et reporte l'aiguille en arrière jusqu'au niveau de la partie supérieure et un peu interne de la circonférence de la lentille ; il applique alors la concavité de l'aiguille sur le bord du cristallin et un peu sur la face antérieure de la capsule ; et par un mouvement de l'aiguille, en arc de cercle, il déchire amplement la portion antérieure de la capsule, et enfonce profondément le cristallin dans le corps vitré ; après l'avoir maintenu pendant quelques instants avec l'aiguille, il imprime à celle-ci un mouvement de rotation, afin de la séparer du cristallin dans lequel elle a pénétré. Avant de retirer l'instrument, il examine si la pupille est bien noire. S'il aperçoit quelque matière opaque, il ramène l'aiguille dans la chambre antérieure, et pousse cette matière hors de l'axe visuel. L'instrument est retiré de l'œil, en suivant, dans un sens opposé, le même trajet qu'il a parcouru en y pénétrant.

Lorsque la cataracte est laiteuse ou purulente, le chirurgien s'en aperçoit au moment où il commence à déprimer le cristallin. Le liquide s'épanche alors dans la chambre antérieure, et trouble la transparence de l'humeur aqueuse à laquelle il se mêle. Le cristallin et l'instrument qui doit l'abaisser disparaissent aux yeux de l'opérateur ;

mais celui-ci ne doit pas s'en inquiéter : il doit faire exécuter à l'aiguille le mouvement de rotation qui doit porter en arrière le cristallin. L'absorption fera disparaître peu à peu le trouble de l'humeur aqueuse.

Quand la cataracte est caséuse, le chirurgien déchire, autant qu'il peut, la cristalloïde antérieure de manière à la détruire dans une étendue égale au disque de la pupille dans sa dilatation ordinaire ; ensuite il réduit en petits fragments la substance molle du cristallin, afin que la dissolution en devienne plus facile, et il les pousse dans la chambre antérieure pour prévenir leur adhérence à la zone ciliaire.

Le procédé que nous venons de décrire n'est pas le seul qui ait été employé pour abaisser le cristallin devenu opaque. Dans ces derniers temps, on a tiré de l'oubli dans lequel il était tombé un autre procédé que les praticiens allemands ont nommé *kératonyxis*, et qui consiste, comme ce nom l'indique, à percer la cornée avec l'aiguille qui doit servir à déplacer le cristallin, ou à le diviser ainsi que sa capsule en plusieurs fragments. Ce procédé opératoire a été le sujet de plusieurs dissertations, dont la plupart ont été publiées en Allemagne, et dans lesquelles on lui a prodigué les plus grands éloges ; mais ces éloges n'ont pas été confirmés par l'expérience, et tout porte à croire que ce procédé ne tardera pas à retomber dans l'oubli où l'on aurait dû le laisser. C'est pourquoi nous croyons pouvoir nous dispenser d'en parler plus au long.

Quel que soit le procédé opératoire que l'on ait employé pour abaisser la cataracte, le pansement consiste à couvrir l'œil d'un bandeau de linge fin. On place ensuite le malade dans une situation demi-assise, et on le met absolument à l'abri de l'impression de la lumière pendant les premiers jours qui suivent l'opération. On combat enfin les accidents inflammatoires par les mêmes moyens que dans la méthode précédente, ou plutôt dans l'ophtalmie aiguë grave.

Comparons maintenant les avantages et les inconvénients des deux méthodes que nous venons de décrire, sous le triple rapport de l'exécution, des accidents consécutifs et des résultats.

1° Le procédé opératoire le plus facile sera toujours celui auquel on se sera exercé davantage. Wenzel trouve l'extraction beaucoup plus facile, et M. Scarpa l'abaissement : cela se conçoit. Mais celui qui veut apprendre à pratiquer l'opération de la cataracte, et qui ne peut et ne doit la pratiquer encore que sur le cadavre et sur les animaux

vivants, s'exercera facilement à faire l'extraction ; tandis que, s'il opère par abaissement, il ne sera jamais certain d'avoir réussi à déprimer la lentille lorsqu'elle n'est point opaque, parce qu'il ne peut l'apercevoir dans le mouvement qu'il cherche à lui imprimer.

Quelques circonstances peuvent jeter la même incertitude sur la dépression du cristallin, tentée sur l'homme affecté de cataracte, ou forcer de la remettre à un autre temps : c'est quand la transparence de l'humeur aqueuse est troublée par quelques gouttes de sang ou de pus, soit que l'aiguille en pénétrant dans l'œil ait déchiré un vaisseau sanguin, soit qu'un liquide puriforme, remplissant la capsule cristalline, se mêle à l'humeur aqueuse au moment où la cristalloïde antérieure est rompue. Dès lors l'instrument et le cristallin se dérobent aux regards de l'opérateur, et s'il continue l'opération, il n'agit plus qu'au hasard, excepté toutefois le cas où l'aiguille est déjà enfoncée dans le cristallin au moment où l'humeur aqueuse perd sa transparence.

Lorsque le cristallin est fort dur, et que la pointe de l'aiguille ne peut pas le pénétrer, il glisse sous l'instrument, et il devient souvent fort difficile de l'abaisser, et surtout de le porter en arrière, de façon à empêcher qu'il ne remonte.

Dans les cas où la cataracte est membraneuse, et dans ceux où il y a des flocons muqueux dans la capsule, M. Scarpa conseille de déchirer la cristalloïde antérieure et de pousser à travers la pupille dans la chambre antérieure les débris de cette membrane et les accompagnements. On sent qu'ici l'opération est plus difficile qu'en suivant l'autre méthode, dans laquelle on porte les pinces et la curette dans l'œil par l'ouverture faite à la cornée. Combien l'opération n'est-elle pas plus laborieuse encore, lorsque le cristallin ramolli se divise en fragments qu'il faut rendre plus petits encore, et pousser ensuite dans la chambre antérieure de l'œil ? Dans l'extraction, cette circonstance n'ajoute presque aucune difficulté à l'opération. Enfin, en cherchant à abaisser la cataracte, il peut arriver, comme on en a quelques exemples, que le cristallin passe dans la chambre antérieure et qu'il devienne indispensable alors de recourir à l'extraction. Lorsqu'au contraire le cristallin fuit en arrière et se cache dans le corps vitré, pendant l'opération par extraction, on peut toujours le saisir avec un crochet, s'il se trouve dans l'axe visuel ; et, s'il ne s'y trouve pas, il n'y a aucun inconvénient à le laisser où il est. Ainsi, considérée

sous le rapport de l'exécution, la méthode de l'extraction offre plus de facilité que celle de l'abaissement, dans les cas les plus compliqués comme dans les plus simples.

2^o 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. Ceux qui ont écrit depuis semblent n'avoir parlé des vomissements que sur la foi de leurs prédécesseurs. Cette remarque doit porter à croire que cet accident est plus fréquent dans l'abaissement que dans l'extraction, qui ne l'excite presque jamais.

La douleur qui accompagne l'opération n'est bien vive ni dans un cas ni dans l'autre. La sensibilité de la cornée est très-obscur; celle de la sclérotique ne l'est pas moins; mais il en est autrement de la rétine et peut-être de la choroïde; outre cela, le grand nombre de nerfs qui se portent au cercle ciliaire et à l'iris, forme en quelque sorte un réseau nerveux dont l'aiguille est exposée à blesser quelques portions: dans ce cas, qui n'est pas très-rare, la douleur est fort vive; si un nerf, au lieu d'être coupé complètement, ne l'est qu'en partie, la douleur peut se prolonger pendant plusieurs jours et devenir la cause d'une inflammation plus ou moins violente, et d'autres accidents graves. La blessure des nerfs n'est jamais possible dans l'autre méthode.

L'inflammation est-elle plus à craindre à la suite de l'extraction qu'après l'abaissement? Dans le premier cas, on incise une membrane dans laquelle l'anatomie ne découvre aucun nerf, aucun vaisseau: ces circonstances, jointes à l'écoulement d'une partie des humeurs de l'œil, ne permettent point de craindre une inflammation violente, et l'expérience de tous les praticiens a confirmé ce raisonnement. Dans l'opération par abaissement, la piqûre de la choroïde et de la rétine, membranes dont l'une est essentiellement vasculaire et l'autre tout à fait nerveuse, le déchirement du corps vitré, l'état de réplétion de l'œil, que le moindre épanchement sanguin doit nécessairement augmenter, sont autant de causes qui peuvent déterminer l'inflammation, ou rendre cette inflammation plus grave lorsqu'elle est déjà développée. Nous n'avons point parlé de la déchirure de la capsule cristalline, parce qu'elle a lieu également dans l'une et l'autre méthode. Finissons par conclure qu'en général l'inflammation de l'œil est moins fré-

quente et moins grave dans l'opération par extraction que dans celle par abaissement.

Outre ces accidents communs aux deux méthodes, il en est quelques autres qui sont propres à chacune d'elles. L'écoulement de l'humeur vitrée, la blessure de l'iris, les cicatrices de la cornée, sont les principaux inconvénients qu'on a reprochés à l'extraction. Mais, 1^o l'écoulement de l'humeur vitrée est dû, dans beaucoup de cas, à la maladresse de l'opérateur, ou à des pressions exercées sans ménagement sur le globe de l'œil. Dans d'autres circonstances, qu'il est assez souvent facile de prévoir avant l'opération, d'après la saillie considérable de l'œil, l'écoulement n'est que médiocre et ne nuit point au succès de l'opération: l'expérience même a appris, et notre pratique nous en a fourni plusieurs exemples, que dans les cas où une portion considérable du corps vitré s'est échappée, la guérison peut avoir lieu, le cristallin même étant resté dans l'œil. Un succès aussi heureux ne couronne pas toujours une opération aussi désagréablement terminée pour le chirurgien; mais on l'a observé assez souvent pour convaincre que l'écoulement d'une partie même assez considérable de l'humeur vitrée n'influe point sur la réussite de l'opération. 2^o Presque toujours la cicatrice de la cornée est à peine visible, et comme elle se trouve très-près de la circonférence de cette membrane, elle ne peut, en aucune manière, nuire à la netteté de la vue. Si, dans quelques cas, la cicatrice s'est trouvée au milieu de l'œil, il ne faut pas attribuer cet accident à l'imperfection de la méthode, mais bien à la maladresse de l'opérateur. 3^o La blessure de l'iris a rarement lieu lorsqu'on incise séparément la cornée et la capsule; cet inconvénient arrive plus souvent dans le procédé de Wenzel, et il est presque toujours possible de s'en préserver en opérant comme nous l'avons recommandé. L'iris peut, il est vrai, être quelquefois décollé à sa circonférence par le cristallin; mais, outre que cet accident est fort rare, il ne produit pas toujours la cécité; et, dans tous les faits connus jusqu'ici, les malades ont pu voir assez distinctement, lorsque cette circonstance, qui paraît très-fâcheuse, s'est présentée pendant l'opération: enfin, l'autre méthode n'est pas exempte de l'inconvénient dont il est question, et qu'on reproche exclusivement à l'extraction. En effet, lorsque l'iris adhère à la capsule épaissie et opaque, l'aiguille qui doit rompre cette adhérence ne peut être guidée par l'œil de l'opérateur; elle est poussée presque au hasard derrière le voile qui la cache, et l'iris peut être dé-

taché sans toutefois que le chirurgien puisse prévoir ni empêcher cet accident. Si, au contraire, dans une circonstance semblable, on opère par la méthode de l'extraction, on peut détruire facilement ses adhérences, sans crainte de blesser l'iris, parce que l'œil dirige tous les mouvements de l'aiguille. 4° On a reproché encore à la méthode de l'extraction de produire le staphylôme de l'iris. Nous avons dit ailleurs comment on peut réduire l'iris lorsqu'il vient de s'échapper; nous avons dit aussi comment on remédie au staphylôme quand il est ancien. Nous ferons seulement remarquer que cet accident n'a rien de grave, et qu'il arrive très-rarement lorsque l'incision de la cornée est bien faite.

La dépression du cristallin a aussi plusieurs inconvénients qui lui sont propres : 1° le cristallin remonte quelquefois dans le lieu qu'il occupait, ce qui rend absolument inutile l'opération déjà faite. Or, il n'est pas aussi indifférent que le prétend M. Scarpa d'introduire plusieurs fois l'aiguille dans l'œil. 2° Le cristallin enfoncé déchire quelquefois la rétine dans le mouvement que lui imprime l'instrument, et d'autres fois il appuie simplement sur cette membrane; dans l'un et dans l'autre cas, mais surtout dans le premier, il produit fréquemment des douleurs fort vives, qui persistent très-longtemps et quelquefois même toute la vie. Ces accidents ne sont pas très-communs, il est vrai, mais ils sont assez graves pour mériter une attention particulière dans le parallèle des deux méthodes. 3° Il peut arriver que l'aiguille, en traversant les membranes de l'œil, déchire une artériole ou une veine un peu considérable, et qu'il en résulte une hémorrhagie intérieure qui amène la distension de l'œil, et peut-être aussi la suppuration. Ces accidents sont rares, sans doute, mais leurs conséquences sont si graves, qu'ils doivent nécessairement influer sur le choix d'une méthode.

Il résulte de ce que nous venons de dire que, parmi les accidents qui suivent l'opération de la cataracte, les uns sont communs aux deux méthodes, les autres sont propres à chacune d'elles; que les accidents communs aux deux méthodes sont en général plus graves dans l'abaissement que dans l'extraction, et que ceux qui sont propres à cette dernière sont plus nombreux et plus fréquents, à la vérité, mais beaucoup moins graves que ceux qui appartiennent à l'abaissement. Enfin, nous ajouterons que la plupart des reproches qu'on a faits à la méthode de l'extraction retombent sur l'opérateur; tandis

que ceux qu'on met sur le compte de l'abaissement sont indépendants de l'habileté du chirurgien, et sont véritablement inhérents à la méthode elle-même. Ainsi la piqûre d'un nerf, d'un vaisseau, la pression du cristallin sur la rétine, la déchirure même de l'iris lorsque cette membrane est adhérente à la capsule, sont des accidents que l'opérateur, quelque habile qu'il soit, n'est jamais sûr d'éviter; au lieu que dans l'extraction, la direction vicieuse de l'incision de la cornée, la blessure de l'iris et, jusqu'à un certain point, la formation du staphylôme et l'écoulement du corps vitré, peuvent être évités ou prévus par un chirurgien expérimenté.

3° Si des expériences nombreuses avaient été faites avec le soin convenable pour déterminer quelle est celle des deux méthodes qui réussit le plus souvent, la question qui nous occupe ne serait plus indécise, et tout ce qu'on pourrait dire en faveur de l'une ou de l'autre serait sans autorité; mais jusqu'ici ces expériences comparatives n'ont été entreprises par aucun praticien. Cela tient sans doute à ce que chaque chirurgien a une prédilection particulière pour l'une ou pour l'autre de ces deux méthodes, et qu'il est forcé par sa conscience même à suivre celle qu'il croit la meilleure. Ne pouvant point comparer les résultats de l'expérience d'un seul, il faut donc recourir aux observations de ceux qui ont suivi la méthode de l'extraction. Mais malheureusement cette comparaison ne peut être établie qu'entre un petit nombre de faits. On a parlé des réussites; on a omis les insuccès. Cependant sur deux cent six opérations faites par Daviel, cent quatre-vingt-deux ont réussi. Sharp n'obtint de succès que pour la moitié de ses malades; Richter, en se servant de son instrument, en guérit sept sur dix.

Quant aux succès obtenus par la méthode de l'abaissement, il paraît qu'ils étaient bien rares autrefois relativement au nombre des opérations, puisque beaucoup de chirurgiens, Heister entre autres, avaient renoncé à la pratiquer, et qu'elle était en quelque sorte abandonnée aux oculistes qui parcouraient les provinces. Sur cent malades opérés de cette manière, à peine y en avait-il un qui recouvrât la vue (1). Il est vrai qu'à cette époque M. Scarpa n'avait pas perfectionné le procédé opératoire, et nous convenons volontiers que les modifica-

(1) Sabatier, *Méd. opérat.*, t. III.

tions qu'il y a apportées ont rendu cette méthode beaucoup meilleure. Mais nous pensons que ces changements, tout avantageux qu'ils sont, ne mèneront pas à des résultats pareils à ceux qu'ont obtenus Daviel, Sharp, Richter, et surtout Wenzel, dont le procédé nous a paru pourtant susceptible de quelques modifications.

Si nous examinons maintenant quelle est la méthode qui expose le plus à la récurrence de la maladie, nous trouverons, je crois, que la reproduction de la cataracte est plus à craindre après l'abaissement du cristallin qu'après son extraction. Voyons rapidement les causes qui peuvent arrêter encore après l'opération le passage de la lumière par l'axe visuel. Cette cataracte secondaire peut être due à l'opacité consécutive de la capsule cristalline, ou à celle de l'humeur de Morgagni; elle peut dépendre du retour des parties opaques dans l'axe optique d'où elles avaient été éloignées. Or il est facile de voir que ce dernier ordre de causes ne peut se rencontrer que chez les malades opérés par abaissement; qu'aucun motif ne peut porter à croire que l'opacité subséquente de la capsule et du liquide qu'elle contient soit plus fréquente après l'extraction qu'après la dépression du cristallin. Les auteurs mêmes de l'abaissement avouent que la récurrence a lieu dans beaucoup de cas. Nous sommes de leur avis; mais nous ne pensons pas comme eux que ce soit un accident léger, et qu'on puisse sans grands inconvénients recourir plusieurs fois à l'opération.

Nous donnons, comme on voit, la préférence à la méthode de l'extraction sur celle de l'abaissement; nous sommes loin toutefois de prétendre qu'on doive pratiquer l'une exclusivement, et rejeter absolument l'autre. Nous croyons qu'en général l'extraction offre plus d'avantages que l'abaissement, mais nous croyons aussi que cette dernière méthode est seule convenable dans quelques cas. Voyons les principales circonstances dans lesquelles elle convient exclusivement.

- 1° L'œil peut être tellement enfoncé dans l'orbite, que l'incision de la cornée devienne impossible.
- 2° Si, au contraire, l'œil est extrêmement saillant; l'incision est facile; mais on est presque certain, avant d'entreprendre l'opération, qu'une portion considérable du corps vitré s'échappera au moment où l'on achèvera la section de la cornée; or, quoique cet accident ne cause pas toujours la perte de la vue, il rend le pronostic moins favorable.
- 3° Lorsque la pupille est très-étroite, et que les moyens employés pour en produire la dilatation ont été inu-

tiles, on doit encore préférer l'abaissement, parce que le diamètre du cristallin étant plus grand que celui de cette ouverture, il arriverait, si on voulait l'extraire, ou bien que l'iris serait déchiré, ou que cette membrane serait décollée à sa circonférence; ou bien encore si l'iris distendu s'allongeait suffisamment pour permettre, sans se rompre, au cristallin de traverser la pupille, il en résulterait probablement, ainsi que l'expérience l'a démontré, de la difformité dans cette membrane, ou même la paralysie de la rétine. Ces accidents divers influent toujours d'une manière sensible sur la netteté de la vue; et comme on n'y est point exposé en suivant l'autre méthode, elle doit être exclusivement employée.

4° Dans les cas où la cornée est très-petite, il est à craindre que le cristallin ne soit trop volumineux pour traverser l'ouverture faite à cette membrane, et l'on doit opérer par abaissement, surtout si le globe de l'œil est volumineux, si l'individu est d'une taille élevée et d'une constitution forte: circonstances qui devront faire présumer que le cristallin a au moins un volume ordinaire.

5° Enfin, lorsque les paupières sont affectées d'un gonflement chronique, ou qu'elles sont renversées en dedans ou en dehors, la dépression du cristallin est préférable à son extraction.

Voilà les seuls cas dans lesquels nous pensons qu'on doive recourir à la méthode d'abaissement; d'autres circonstances pourront peut-être encore la rendre préférable; mais ces circonstances ne peuvent guère être prévues; c'est à la sagacité du chirurgien à les apprécier.

Nous avons parlé ailleurs des accidents qui surviennent après l'opération de la cataracte; nous n'y reviendrons pas. Nous renvoyons aux articles *Staphylôme de l'iris*, *Rétrécissement et occlusion de la pupille*, *Paralysie et décollement de l'iris*, etc. Nous voulons seulement recommander, relativement à la cataracte secondaire, de ne point se hâter de recourir à l'opération pour détruire le nouvel obstacle qui arrête la lumière; car, lorsque cette seconde cataracte est récente, il est permis d'espérer qu'elle se dissipera spontanément, ainsi que l'expérience l'a très-souvent prouvé.

Quoique le cristallin ne soit pas d'une nécessité indispensable pour l'exercice de la vue, il est vrai néanmoins que la force réfringente de l'œil est diminuée, et que la plupart des personnes opérées avec succès de la cataracte ont besoin, pour voir distinctement, de remplacer le cristallin par des lunettes très-convexes, vulgairement connues sous le nom de lunettes à cataracte (a).

(a) — Pour exposer avec clarté les additions que je crois devoir faire à ce que Boyer a dit sur la cataracte, je suivrai l'ordre qu'il a adopté.

Je ne reviendrai pas sur l'historique de l'opinion des anciens médecins sur la cataracte, et je me contenterai de faire observer que cette opinion, qui consistait à admettre la formation d'une pellicule dans l'humeur aqueuse entre le cristallin et la cornée, a donné lieu à la dénomination d'une espèce de cataracte, admise à tort par quelques ophthalmologistes. Ils ont reconnu avec raison qu'il se formait quelquefois dans l'humeur aqueuse des pellicules momentanées par suite de l'inflammation de la membrane séreuse qui tapisse les chambres de l'œil, et ils ont pensé que l'obstacle à la vision qui résultait de leur présence devait constituer une espèce de cataracte qu'ils ont nommée *cataracte fausse*. Une pareille dénomination ne peut subsister dans la science, parce qu'elle conduit à une idée erronée : il en est de même du nom de *cataracte vraie*, donné à la cataracte réelle pour la distinguer de la cataracte fausse. Ces distinctions doivent être complètement rejetées.

Boyer ne parle que des recherches de Maître-Jan, de Méry et de Brisseau sur la nature de la cataracte. Mais avant eux, Borelli et Rolink l'avaient décrite dans le xvii^e siècle, d'après les observations de Carré, célèbre médecin de Paris, et plus tard, dans ce même siècle, Gassendi et Rohault avaient inséré dans leurs ouvrages cette même opinion sur la nature de la cataracte, d'après ce que leur avait communiqué Lasnier, habile chirurgien de Paris, mort en l'année 1690. Ils n'avaient reconnu qu'une espèce de cataracte, celle qui a son siège dans le cristallin. Ce fut trente ans plus tard, en l'année 1722, que Morand fit connaître à l'Académie royale des sciences l'existence d'une autre espèce de cataracte, ayant son siège dans la membrane du cristallin, et il la nomma *cataracte membraneuse*. Enfin, dans la dernière moitié du même siècle, lorsque Morgagni eut démontré l'existence d'un liquide entre le cristallin et sa capsule, les chirurgiens reconnurent que les altérations de ce liquide pouvaient donner lieu à une espèce de cataracte; c'est, je crois, Hoin qui fixa la science sur ce point de doctrine. Cette cataracte a été nommée *cataracte de l'humeur ou du liquide de Morgagni, cataracte morgagnienne, cataracte interstitielle*.

Il existe donc, ainsi que le dit Boyer, trois espèces de cataractes :

1^o celle qui a son siège dans le cristallin, ou *cataracte lenticulaire*; 2^o celle qui a son siège dans la capsule cristalline, ou *cataracte membraneuse*; 3^o celle qui a son siège dans le liquide de Morgagni, ou *cataracte morgagnienne, cataracte interstitielle*. A ces trois espèces simples, on a ajouté une espèce complexe dans laquelle la capsule cristalline et le cristallin sont opaques; on l'a nommée *cataracte capsulo-lenticulaire*.

Boyer dit qu'on a admis encore d'autres variétés dans les cataractes en raison de la consistance du cristallin et de la nature du liquide qui l'entoure, et que ces distinctions ne sont pas sans utilité parce qu'elles peuvent apporter des modifications dans les procédés opératoires. Je crois devoir donner quelques explications sur ce sujet.

Quoique dans le plus grand nombre de cas, il ne soit pas d'une très-grande importance pratique de savoir si la cataracte est lenticulaire, ou capsulaire ou morgagnienne, il est convenable cependant de connaître les signes qui peuvent faire reconnaître chacune des espèces : or, ces signes se tirent de l'aspect que présentent le cristallin et sa capsule.

Dans la *cataracte lenticulaire*, la teinte du cristallin opaque est ordinairement d'une teinte uniforme, plus marquée au centre, parce que dans ce point, l'organe est plus épais, et moins foncée à la circonférence où l'épaisseur est moindre; mais cette teinte uniforme va en dégradant du centre à cette circonférence. Ce phénomène existe dès le principe de la maladie : il n'y a de différences que dans l'intensité de la teinte. Cette teinte est mate et terne, et ne présente pas de reflets. Elle varie depuis le gris-blanc jusqu'au noir. Il y en a qui sont gris-perle, gris d'acier, jaune d'ambre. Dans quelques cas rares, on en a rencontré qui étaient noires. Wenzel rapporte une observation de ce genre, citée par Boyer. Morgagni, Maître-Jan, Peller et beaucoup d'autres chirurgiens en ont vu de cette couleur. Il faut savoir que sous le nom de cataractes noires, on a souvent désigné des cataractes ayant seulement une couleur brune plus ou moins foncée. On a vu quelques cataractes de couleur verdâtre : il est important de connaître cette variété de couleur pour éviter toute confusion avec le glaucome. En général, la consistance du cristallin est en raison de l'intensité de la couleur. Cependant, ce principe n'est pas constant : ainsi, j'ai vu des cataractes de couleur jaune d'ambre, dans lesquelles le centre du cristallin était très-dense et sa surface molle. Dans les cataractes lenticulaires blanc-grisâtre ou presque blanches,