

on doit distinguer deux espèces, les cataractes *laiteuses* et les cataractes *crayeuses* ou *plâtreuses*. Dans les premières, le cristallin, devenu liquide et confondu avec l'humeur de Morgagni, ne présente pas une teinte uniforme, parce que les diverses parties renfermées dans la capsule n'ont pas la même consistance, et cette différence d'égalité dans la teinte qui existe pendant les mouvements du corps disparaît quand il est immobile, parce que la partie la plus épaisse du liquide tombe au fond de la capsule, tandis que la partie la plus claire, étant plus légère, surnage. Dans les secondes, ou cataractes crayeuses, le cristallin, formé de plusieurs parties comme desséchées, présente aussi des inégalités dans sa teinte, parce que les diverses parties de sa substance, séparées et agglomérées les unes à côté des autres, laissent entre elles des intervalles où l'intensité de la couleur est moins forte. Les écrivains ont beaucoup parlé de la *maturité* de la cataracte, entendant par cette dénomination l'époque à laquelle toutes les parties du cristallin sont également altérées; et quelques pathologistes ont attaché une grande importance à connaître cette époque de maturité, pour décider le moment convenable de pratiquer l'opération. C'est une erreur, et on doit regarder la cataracte comme mûre, lorsque l'opacité du cristallin est telle, qu'il ne laisse plus passer les rayons lumineux.

Dans la *cataracte capsulaire*, nous devons distinguer celle qui attaque l'hémisphère antérieur de la capsule, et celle qui attaque l'hémisphère postérieur. La première est plus fréquente, parce que la partie antérieure de la capsule est plus épaisse et jouit de plus de vitalité que la partie postérieure. La teinte de ces cataractes diffère essentiellement de celle de la cataracte lenticulaire. Cette teinte, au lieu d'être uniforme, est inégale, et elle présente les transitions les plus brusques des tons les plus clairs aux tons les plus foncés de la même teinte. Ainsi la surface opaque présente l'apparence d'une plaque de nacre, ou mieux encore d'une cornée qui, à la suite d'une inflammation, a des taches de couleur blanche plus ou moins foncée en raison de la profondeur des désordres produits par l'inflammation. On peut aussi comparer ces cataractes à certaines agates. C'est de l'existence très-variée des stries et des plaques qu'offrent les cataractes capsulaires que sont venus les noms de cataractes *marbrées*, *fenêtrées*, *barrées*, *étoilées*, *pointillées*, *arborescentes*, *dendritiques*, etc.; dénominations inutiles tant pour le diagnostic que pour

la pratique. Les cataractes capsulaires antérieures présentent quelquefois des saillies, visibles surtout en regardant l'œil de côté: et on a nommé *pyramidale* la variété dans laquelle il n'y a qu'une seule saillie opaque. Quelquefois la capsule cristalline acquiert une très-grande densité et forme une lame solide: c'est la cataracte *sili-queuse*.

Dans la *cataracte du liquide de Morgagni*, nous retrouvons, par suite de la nature liquide de la maladie, les mêmes apparences que dans la cataracte lenticulaire laiteuse.

Les cataractes peuvent être à la fois capsulaires et lenticulaires, et alors elles présentent réunis les caractères des deux espèces. Dans quelques cas, le liquide de Morgagni non altéré sépare assez la capsule et le cristallin pour qu'on puisse apercevoir deux plans superposés.

Boyer dit peu de chose sur les causes de la cataracte; et nous ne sommes pas plus avancés aujourd'hui sur ce point qu'on ne l'était à l'époque où il a publié son ouvrage. Il doute que la contusion de l'œil puisse la produire, car il écrit: «Une contusion de l'œil a paru quelquefois la produire.» Il est certain que la contusion de l'œil peut occasionner la cataracte. J'en ai cité un exemple en parlant des plaies du globe de l'œil. Boyer dit aussi «qu'il n'est guère mieux prouvé que le virus vénérien puisse la faire naître.» On trouve dans les écrivains les plus recommandables quelques faits à l'appui de cette opinion: il est probable qu'ils auront confondu avec la cataracte de fausses membranes dont l'emploi du mercure aura favorisé la résorption.

La couleur des yeux peut être placée au nombre des causes de la cataracte. L'observation a démontré que tous les yeux ne sont pas également exposés à être affectés de cette maladie, et que c'est plutôt la couleur que le volume qui les dispose à cette affection. Cependant le volume a quelque influence sur le développement de la cataracte, car les yeux gros y sont moins sujets que les autres: aussi voit-on peu de myopes dont les yeux soient cataractés. Les yeux bleus et gris sont plus fréquemment le siège de la cataracte que les yeux bruns et noirs. M. le docteur Campagnac, ancien élève de Boyer et mon condisciple à l'hôpital de la Charité, m'a communiqué à cet égard une observation assez curieuse, qu'il avait recueillie sur un des nombreux malades affectés de cataracte qui venaient tous les ans à cet hôpital. Un homme âgé de trente à trente-cinq ans se pré-

senta pour être opéré de la cataracte. L'examen de ses yeux fit voir qu'il en avait un noir et un bleu, disposition assez rare, mais dont je connais néanmoins plusieurs exemples. L'opacité du cristallin existait dans l'œil bleu : l'œil noir jouissait de toutes ses facultés. Le même praticien avance, d'après les relevés qu'il a faits, que les cornées larges sont une prédisposition à la cataracte.

L'hérédité est aussi une cause de la cataracte. On a vu souvent des individus atteints de cette maladie, lorsque leurs ascendants l'avaient eue. On a aussi vu des frères et des sœurs en être affectés dans des conditions semblables.

Boyer dit qu'on a quelques exemples de cataractes *congéniales*; mais il ne parle pas de la nature de ces cataractes. Elles peuvent être, ainsi que celles observées chez les jeunes sujets, lenticulaires ou capsulaires. Le plus souvent elles sont laiteuses : dans quelques cas elles offrent un noyau de substance crétacée, ou seulement un point blanc très-opaque sur le milieu de la capsule. On a nommé cette variété cataracte *centrale*. D'autres fois le liquide est absorbé, et il ne reste qu'une enveloppe formée par la capsule dense et solide; c'est la cataracte nommée *aride siliqueuse*. Scarpa connaissait très-bien ces deux espèces de cataractes. Il dit qu'il y a une cataracte *primitive-ment membraneuse* en tout ou en partie; et il ajoute « qu'il entend parler de cette espèce particulière de cataracte dans laquelle le cristallin devient pour ainsi dire atrophié; de cette espèce dans laquelle ce corps dissous et soustrait ne nous laisse que la capsule opaque, ou tout au plus dans son intérieur un petit noyau pas plus gros que la tête d'une épingle. Cette espèce de cataracte se rencontre le plus souvent dans les enfants ou chez les personnes qui ne passent pas vingt ans. On la distingue des autres par une apparence semblable à une toile d'araignée, ou par un point blanchâtre dans le centre ou dans la circonférence de tout le cristallin, lorsque, absorbé, il en est à peine resté le noyau. »

Je n'ai rien à ajouter à ce que dit Boyer sur le développement, les symptômes, le diagnostic et le pronostic de la cataracte; je n'ai donc plus qu'à donner quelques notes sur le traitement.

Boyer pense qu'il ne faut pas pratiquer l'opération de la cataracte chez les enfants avant qu'ils aient atteint l'âge de raison. J'ai souvent vu pratiquer l'opération chez des enfants de dix ou douze ans, qui se prêtaient bien aux manœuvres nécessaires; et les succès furent diffé-

rents. Je n'ai eu qu'une seule fois l'occasion de faire l'opération de la cataracte chez un enfant : comme il n'avait que cinq ans et demi, je crois devoir rapporter l'observation. Dans l'automne de l'année 1839, une ouvrière en bretelles me présenta un petit garçon, âgé de cinq ans, affecté de cataracte à l'œil droit. Elle ne sut pas me dire à quelle époque de la vie de cet enfant la cataracte s'était formée. Lors de sa naissance, cette femme, qui est la mère de l'enfant, le mit en nourrice sans avoir aperçu aucune tache à l'œil. La nourrice l'a rendu, à l'âge de deux ans, à son grand-père, chez lequel l'enfant est resté jusqu'à quatre ans. C'est vers l'âge de trois ans et demi qu'une parente, le débarbouillant, s'aperçut que la pupille était blanche. J'engageai la mère à attendre le printemps pour l'opération, parce qu'alors je pensais encore qu'on ne pouvait pas opérer la cataracte en toutes saisons. La blancheur laiteuse du cristallin, l'égalité du ton de la couleur et la saillie de la partie antérieure du cristallin me portèrent à croire que la cataracte était laiteuse, d'autant plus qu'elle existait chez un enfant, et qu'elle pouvait être congéniale quoique les parents ne s'en fussent pas aperçus. En conséquence, je fis l'opération par abaissement; mais je m'étais trompé, le cristallin était solide. Je pratiquai cette opération le 13 avril 1840. Je couvris l'œil sain avec une compresse, et je voulus que l'enfant portât son œil droit en dedans, afin de pouvoir enfoncer l'aiguille dans la sclérotique: je ne pus y parvenir qu'après avoir ôté le bandeau qui couvrait l'œil non malade. Alors je piquai rapidement l'œil: mais l'enfant, mal maintenu, fit un mouvement brusque, et l'aiguille sortit de l'œil. J'ai fait tenir l'enfant plus ferme, et réintroduisant l'aiguille dans la même plaie, j'ai abaissé la cataracte. C'est alors que j'ai vu qu'au lieu d'être laiteuse, comme je le pensais, elle était solide. J'ai couvert l'œil avec une compresse épaisse, et j'ai fait mettre l'enfant dans une pièce obscure. Le lendemain 14, j'ai regardé l'œil: il était en bon état; il y avait seulement un peu de rougeur à la conjonctive. Le 15, je n'ai pas défait le pansement. Le 16, j'ai levé l'appareil: j'ai trouvé la conjonctive plus rouge; alors j'ai mis un vésicatoire au cou. Le 20, l'œil était presque revenu à son état normal: j'ai permis qu'on promenât l'enfant en lui couvrant l'œil. Le 24, l'inflammation de la conjonctive et la plaie de l'œil étaient complètement guéries; j'ai fait cesser tout pansement. Mais il restait derrière la pupille une tache blanche, formée probablement par la capsule cristalline antérieure qui n'avait pas

été totalement abaissée ou qui était remontée. L'enfant ne distinguait pas les objets ; je m'en suis assuré en lui présentant une montre, après avoir bouché l'œil sain avec un tampon de charpie maintenu par un bandeau noir. Un mois après, le 24 mai, je revis l'enfant. Depuis le 24 avril, il n'a aucun bandeau sur l'œil. La pupille, très-nette en haut, offre en bas un point blanchâtre dont la partie supérieure est moins foncée que l'inférieure. L'enfant, qui ne voyait pas le 24 avril, distingue 1° une patte de bretelles ; 2° une montre, dont il prend le fond pour un sou, mais dont il reconnaît le cadran ; 3° une pièce de cinq francs. Au mois de septembre de la même année, j'ai revu cet enfant : il a encore une petite tache blanche, mais il distingue tous les objets qu'on lui présente. Je ne l'ai pas vu depuis.

Boyer dit que le choix de la saison dans laquelle on opère la cataracte n'est pas indifférent, et il pense que le printemps et l'été sont préférables à l'hiver et à l'automne, temps froids et humides. D'autres chirurgiens et des ophthalmologistes pensent le contraire, et disent qu'il vaut mieux pratiquer cette opération dans l'automne et l'hiver, malgré l'humidité et le brouillard, parce qu'un temps égal et sans variations brusques et inattendues est plus favorable à la guérison de cette opération. D'autres chirurgiens sont d'avis qu'on peut faire cette opération en toutes saisons. Ayant vu pendant plus de douze années pratiquer un grand nombre d'opérations de cataractes pendant la fin du printemps, l'été et les beaux jours de l'automne ; ayant moi-même pratiqué pendant plus de douze ans des opérations de cataracte pendant la belle saison de l'année que je choisissais de préférence, et pendant la mauvaise saison que je choisissais pour l'expérimentation, en opérant toujours pendant les temps d'humidité et de brouillard, mais à température égale, je peux avoir une opinion basée sur l'expérience. Or, cette expérience m'a démontré, 1° que les temps chauds, orageux, et par conséquent à variations brusques, étaient contraires à la réussite des opérations de cataracte, quelle que soit la méthode suivie. Les yeux *tourment*, suivant l'expression populaire, c'est-à-dire sont altérés dans leur texture intime. Il est probable qu'alors l'électricité a une action spéciale sur les humeurs de l'œil, et les enflamme. J'ai vu maintes fois pareil accident arriver à des yeux cataractés sur lesquels l'opération avait été faite pendant un jour où le ciel était très-pur, lorsque le lendemain ou le surlendemain il survenait un orage. 2° Que les temps pendant lesquels la température

restait égale étaient propices au succès de l'opération. 3° Que les temps humides et brumeux, même froids, n'avaient aucune influence fâcheuse sur la réussite de l'opération. Ainsi, au mois de décembre, par un pareil temps que j'attendais et dont je profitais, j'ai pratiqué des opérations de cataracte soit par abaissement, soit par extraction, sans faire choix de malades, d'yeux bien conformés ou de cataractes de bonne nature, et j'ai obtenu d'heureux résultats. Je crois donc pouvoir conclure tant de mon expérience propre que de celle des autres, contrairement à l'opinion et à l'expérience de Boyer qui ne pratiquait l'opération de la cataracte que pendant la belle saison, je crois pouvoir conclure que cette opération peut être pratiquée pendant toutes les saisons de l'année, mais qu'il faut éviter constamment les saisons à températures variables, et que, par conséquent, la fin de l'automne, l'hiver et le commencement du printemps doivent être choisis de préférence.

Boyer dit que les moyens de détruire l'obstacle physique que le cristallin oppose à la vision se réduisent à deux, l'extraction et l'abaissement ; et que Pott a proposé un autre moyen, qui consiste à fendre en plusieurs sens la partie antérieure de la capsule cristalline, et à confier à la faculté dissolvante de l'humeur aqueuse et à l'absorption des vaisseaux lymphatiques la destruction du cristallin ; mais que ce moyen, applicable seulement à quelques cas, a été abandonné, parce qu'on ne peut juger *a priori* s'il peut suffire. Boyer décrit ensuite, pour l'extraction, les procédés de Daviel et de Lafaye, le couteau ou bistouri de Wenzel, et l'opération dans tous ses détails les plus minutieux : puis il décrit l'opération par abaissement d'après la méthode de Scarpa.

Dans l'état actuel de la science, les chirurgiens ont recours à trois ordres d'opérations, soit pour extraire, soit pour déplacer, soit pour broyer le cristallin ; je les ferai connaître après avoir indiqué le meilleur moyen de relever la paupière supérieure et de fixer l'œil en même temps.

Divers instruments destinés soit à fixer les paupières et les yeux sans le concours d'aides adroits, soit à pratiquer d'une manière mécanique l'opération de la cataracte par extraction, ont été imaginés, et sont employés par quelques opérateurs ; je ne crois pas devoir en parler, parce que l'opération de la cataracte, quelle que soit la méthode qu'on préfère, doit être confiée à l'adresse du chirurgien, et

non à un instrument mécanique : la délicatesse des manœuvres et de l'organe malade exige un instrument conduit par une main intelligente et non par une mécanique à ressort aveugle.

Boyer ne donne pas avec une grande précision la manière de relever la paupière et de maintenir l'œil immobile; il dit seulement que la tête du malade est appuyée sur la poitrine d'un aide intelligent et bien au fait de l'opération, placé derrière lui; que cet aide presse doucement avec une de ses mains l'œil qu'on n'opère pas; et qu'avec l'indicateur et le doigt du milieu de l'autre main, il relève la paupière supérieure de l'œil à opérer, et la maintient élevée en la pressant contre le rebord de l'orbite, et en évitant avec soin d'appuyer sur le globe de l'œil. Cette explication me paraît insuffisante pour apprendre à ceux qui ne le savent pas la manière de relever et de fixer la paupière. Après avoir mis sur l'œil que le chirurgien n'opère pas un tampon de charpie mollette et suffisamment gros pour tenir l'œil immobile, lorsque ce tampon est maintenu en place par une compresse longue fixée avec des épingles à la bande qui entoure le bonnet du malade, l'aide fait appuyer sur sa poitrine la tête de l'opéré, et il la maintient avec le bras opposé à l'œil qui doit subir l'opération, en plaçant sa main sur la partie du front qui correspond à la racine du nez et à cet œil. Il appuie sur le sourcil de celui-ci l'articulation de la première et de la seconde phalange du doigt indicateur, et il allonge le reste de ce doigt sur la paupière, de façon que sa pulpe appuie sur le bord libre de celle-ci au-dessus des cils. Alors, retirant le doigt en haut en le maintenant solidement sur les parties qu'il recouvre, il remonte la paupière autant que peut le désirer le chirurgien, sans appuyer sur l'œil. Pour le fixer, il n'a qu'à fléchir la dernière phalange, qui enfonce la paupière et maintient l'œil immobile, sans exercer sur lui une forte pression. Le chirurgien peut alors inciser la cornée ou enfoncer l'aiguille avec facilité. S'il incise la cornée, il prévient l'aide au moment où la section est terminée, et la phalange, relevée immédiatement, cesse toute pression sans que le doigt laisse baisser la paupière : pour que celle-ci s'abaisse, il suffit de lever le doigt qui tient le sourcil. De cette manière, la paupière est relevée sans que l'œil soit comprimé; celui-ci est comprimé à volonté; la cessation immédiate de toute pression empêche l'expulsion des humeurs de l'œil; et cependant la paupière reste relevée. Quoique toutes ces circonstances aient moins d'importance dans l'opération de la cataracte

par abaissement, il est bon d'avoir soin qu'elles soient réunies pour ne pas faire sortir le corps vitré par la piqure de l'aiguille.

Boyer ne parle pas d'un mode de traitement que l'on attribue aux chirurgiens arabes, et qui consiste, dit-on généralement, dans la succion du cristallin. D'après la lecture des ouvrages de ces chirurgiens, je suis porté à croire qu'il n'était nullement question du cristallin dans cette opération par succion; il est probable que la succion de l'eau était la succion de l'humeur aqueuse ou du corps vitré, opération basée alors, comme elle l'a été plus tard, sur l'opinion que le trouble de ces deux liquides ou leur action sur le cristallin étaient la cause de la cataracte.

L'extraction de la cataracte consiste à ôter le cristallin de la cavité du globe de l'œil. Elle peut être faite par l'incision de la cornée ou *kératotomie*, et par l'incision de la sclérotique ou *scléroticotomie*.

La kératotomie peut être pratiquée dans la moitié inférieure de la cornée, comme Daviel et Lafaye le faisaient, ou dans la moitié externe et inférieure, comme l'a conseillé et pratiqué Wenzel, et comme Boyer le décrit. Je ne reviendrai pas sur ces deux procédés qui ont été suffisamment rapportés plus haut avec tous les détails convenables. Cette kératotomie est désignée sous le nom de *kératotomie inférieure*. La sortie du corps vitré pendant ou après l'opération, la formation d'un staphylôme de l'iris, l'introduction du bord de la paupière inférieure entre les lèvres de la plaie, et les taches de la partie inférieure de la cornée que l'on craint d'augmenter par la cicatrice de l'incision, ont engagé des chirurgiens à pratiquer la *kératotomie supérieure*, c'est-à-dire à inciser la moitié supérieure de la cornée. Wenzel est le premier qui ait fait cette opération, et il en rapporte quatre observations. Mais les difficultés qu'elle peut présenter, et la saillie du rebord orbitaire supérieur qui expose souvent à blesser la paupière supérieure, n'ont pu faire adopter cette opération, quoiqu'un grand nombre de chirurgiens l'aient quelquefois essayée, parce que les succès obtenus étaient loin de contre-balancer ceux de la kératotomie inférieure. Il a fallu que M. Jøger imaginât un instrument qui remédiât aux inconvénients du procédé opératoire, et qu'il pratiquât une série d'opérations, pour que cette kératotomie prit dans la science le rang de méthode. M. Jøger s'est d'abord servi d'un instrument spécial, composé de deux couteaux ou bistouris à cataracte ou

kératotomes, posés l'un sur l'autre et construits de telle façon que l'instrument, quoique double, n'a pas plus d'épaisseur qu'un kératotome ordinaire. Ces deux instruments sont réunis sur un même manche, de façon que l'une des lames est fixée, et que l'autre glisse dans une coulisse, dans laquelle on peut la faire avancer ou reculer à volonté au moyen d'un bouton. Il faut avoir deux instruments, un pour chaque œil, afin que le bouton se trouve toujours en avant. L'instrument est tenu comme dans l'opération ordinaire de la cataracte par extraction; seulement le tranchant de la lame est tourné en haut. La manière de pratiquer la section de la cornée ne diffère de celle faite avec un kératotome simple que parce que dès que la pointe de l'instrument a traversé le côté interne de la cornée, le chirurgien se sert de la lame fixe pour ramener l'œil en dehors, et alors il fait couler la lame mobile qui achève l'incision. Aujourd'hui, M. Jøger a renoncé à cet instrument, et il se sert d'un kératotome simple. Ce chirurgien a obtenu, par ce mode opératoire, des succès remarquables et suivis; cependant on ne l'a pas généralement adopté. Quelques difficultés existent dans l'opération. Le rôle de l'aide est plus difficile à remplir que dans la kératotomie inférieure; ses doigts peuvent, par leur proximité, gêner l'opérateur; il peut plus aisément exercer sur l'œil une pression involontaire, et occasionner la proci-dence de l'iris et du corps vitré; il peut causer le renversement du lambeau de la cornée, surtout en abaissant la paupière; toutes circonstances aussi fâcheuses que celles qui peuvent arriver dans la kératotomie inférieure. Il arrive souvent, dans cette opération, que le chirurgien, craignant de faire le lambeau trop petit, ce qui nuirait à la sortie du cristallin, fait le lambeau trop grand; d'où résulte la acilité de son renversement.

La scléroticotomie, au rapport de Wenzel, aurait été pratiquée par Janin à l'infirmerie de l'hôtel royal des Invalides, lorsque Morand en était le chirurgien-major. Janin fit l'incision dans la partie inférieure de la sclérotique, à une ligne de la cornée, avec un instrument ressemblant à un as de pique; et il introduisit par cette incision un second instrument, ayant la forme d'un petit filet porté sur un manche, et destiné à saisir le cristallin. Mais il ôta à la fois le cristallin et une portion du corps vitré, de sorte que de sept malades opérés, aucun ne recouvra la vue. Butter et B. Bell proposèrent la scléroticotomie; ils ne firent des essais que sur le cadavre. Sir James

Earle imagina un instrument qui consiste en une petite lancette mobile d'avant en arrière et d'arrière en avant entre les lames d'une paire de pinces. Cet instrument étant introduit à travers la sclérotique et la choroïde, la lancette est retirée au moyen d'un ressort contenu dans son manche, tandis que la paire de pinces reste en place. Alors le chirurgien écarte les mors de celle-ci, saisit le cristallin et sa capsule, et les amène au dehors. M. Quadri, de Naples, pratique la scléroticotomie avec un kératotome ordinaire, en faisant à la sclérotique, à deux lignes de la cornée, une incision ayant trois lignes de longueur, par laquelle il introduit une petite pince pour saisir le cristallin. Les succès peu nombreux de ce mode opératoire et ses insuccès suivis d'accidents graves ont empêché qu'on l'adoptât.

Le déplacement de la cataracte consiste à ôter le cristallin du champ de la pupille, et à l'enfoncer dans le corps vitré de façon à l'y maintenir solidement. Deux procédés sont proposés pour pratiquer cette méthode: l'un que l'on nomme *abaissement*, et l'autre que l'on nomme *réclinaison*.

L'abaissement, auquel on a aussi donné le nom de *dépression*, se pratique comme l'a décrit Boyer. L'aiguille est appliquée sur le bord supérieur et un peu, mais très-peu, sur la face antérieure du cristallin, et celui-ci est poussé directement en bas, derrière l'iris, dans la partie inférieure du corps vitré, de manière que son bord supérieur devienne antérieur, et sa face postérieure devienne supérieure. Il ne peut prendre une autre position, à moins qu'il ne reste droit.

La réclinaison, qui a aussi reçu le nom de *renversement*, consiste à appliquer l'aiguille diagonalement sur la face antérieure du cristallin, et à faire exécuter à celui-ci un mouvement de bascule qui le plonge en arrière, en bas et en dehors, dans la partie moyenne, externe et inférieure du corps vitré: dans ce mouvement, la face antérieure du cristallin devient supérieure et son bord supérieur devient postérieur.

Le déplacement du cristallin, quel que soit le procédé que l'on suive, se fait de deux manières: ou en plongeant l'aiguille dans la sclérotique, ce qui constitue la *scléroticonyxis*, ou en introduisant l'aiguille par la cornée, procédé que l'on nomme *kératonyxis*.

L'abaissement de la cataracte est la plus ancienne méthode de traiter cette maladie. Nous la trouvons parfaitement décrite dans Celse, et il nous apprend que les chirurgiens de son temps introdui-

saient l'aiguille par la sclérotique dans le milieu de l'espace qui se trouve entre le noir de l'œil et l'angle le plus rapproché de la tempe : l'aiguille dont ils se servaient était droite. Depuis Celse jusque vers le milieu du XVIII^e siècle, époque à laquelle Daviel fit connaître la méthode par extraction, les chirurgiens ne mirent en usage que la méthode par abaissement. Alors celle-ci fut presque complètement rejetée, et la méthode par extraction fut, pour ainsi dire, uniquement employée. Scarpa remit en faveur, vers la fin de ce même siècle, la méthode par abaissement. Aujourd'hui les chirurgiens sont partagés sur les avantages de ces deux méthodes qui sont mises en usage dans des proportions égales, sans qu'il soit possible de décider, même d'après l'examen des faits, laquelle des deux doit être préférée. La forme des aiguilles a beaucoup varié, et maintenant encore il y en a de plusieurs formes ; chaque opérateur ayant la sienne qu'il trouve toujours préférable à celle des autres, oubliant dans ses prétentions que ce n'est pas la forme de l'aiguille qui fait le succès de l'opération, mais que ce sont l'intelligence diagnostique et l'habileté manuelle du chirurgien qui le conduisent à d'heureux résultats. Ces aiguilles sont toutes terminées par un fer de lance plus ou moins prononcé, c'est-à-dire par une partie ovoïde ou triangulaire, aplatie, pointue et tranchante sur ses deux bords. Dans les unes, ce fer de lance est droit ; dans d'autres, il est courbé ; dans d'autres, il présente du côté concave une légère saillie, de sorte que son épaisseur est beaucoup plus marquée dans son milieu que sur ses bords. Quelques chirurgiens se sont servis d'aiguilles sans fer de lance. Les tiges de toutes ces diverses espèces d'aiguilles sont ordinairement droites, soit qu'elles présentent dans toute leur longueur un diamètre égal, soit qu'elles aient une forme conique. D'autres chirurgiens ont imaginé des aiguilles doubles, c'est-à-dire des aiguilles servant à déprimer le cristallin et glissant dans une aiguille qui avait servi à piquer la sclérotique ; d'autres ont piqué la sclérotique d'abord, et ont introduit par l'ouverture faite une aiguille qui abaissait le cristallin. Je ne crois pas utile de décrire en détail tous ces divers instruments.

Les chirurgiens ne sont pas d'accord sur la position à donner au malade pendant l'opération par abaissement. Les uns veulent que le malade soit couché, les autres veulent qu'il soit assis, et, parmi ces derniers, plusieurs opérateurs ont voulu des sièges de formes différentes. Je n'entrerai pas dans l'examen de ces questions qui sont oi-

seuses. On peut opérer et réussir également, que le malade soit couché ou qu'il soit assis. Je ferai seulement observer que si le malade est couché, le chirurgien doit être debout, placé à gauche pour l'œil droit et à droite pour l'œil gauche ; et que si le malade est assis, le chirurgien doit être aussi assis et placé devant lui.

La réclinaison de la cataracte se pratique avec les mêmes instruments et de la même manière que l'abaissement : la seule différence consiste dans le mouvement imprimé au cristallin. J'aurais voulu pouvoir indiquer le nom du chirurgien ou de l'ophthalmologiste qui a eu l'idée de cette opération ; mais je n'ai pu le trouver d'une manière précise. Il est probable que le mouvement de bascule, qui constitue la réclinaison, a été imprimé au cristallin par un grand nombre d'opérateurs dans l'abaissement, et que les noms indiqués, comme ceux des inventeurs, sont seulement les noms des praticiens qui, en abaissant les cataractes, auront remarqué que, par suite de ce mouvement, l'opération réussissait le plus souvent.

L'abaissement et la réclinaison peuvent être faits, comme je l'ai indiqué plus haut, en introduisant l'aiguille par la sclérotique ou par la cornée. Je ne décrirai pas la première opération, ou scléroticonyx, parce que Boyer a donné sur elle des détails convenables ; je ne m'occuperai que de la seconde, ou kératonyx ; mais avant, j'ajouterai quelques mots sur la sclérotonyx.

Boyer dit qu'après avoir ouvert la capsule cristalline et abaissé le cristallin, on examine si la pupille est bien noire, et si on aperçoit quelque matière opaque, on ramène l'aiguille dans la chambre antérieure et on ôte cette matière de l'axe visuel. Cette remarque est très-juste, mais elle n'indique pas quelle est cette matière opaque. Scarpa, qui a tant vanté l'abaissement de la cataracte, donne à cet égard des détails que je crois devoir rapporter ici. Il dit qu'outre la précaution d'enfoncer dans le corps vitré la cataracte consistante, il en est une autre non moins importante pour l'heureux succès de cette opération. Elle consiste en ce que, dans l'acte de la dépression du cristallin, la convexité antérieure de la capsule déchirée, opaque ou non opaque au moment de l'opération, ne puisse par la suite porter obstacle à la vision. Or, il arrive souvent que les opérateurs, surtout ceux qui ne sont ni assez instruits ni assez exercés, éloignent le cristallin et laissent en position la partie antérieure de la capsule qui, transparente en ce moment, devient opaque peu de jours après l'opération,