

ment préférable, et encore malgré les précautions qu'on prend ou que l'on conseille, presque toujours après cette opération le cristallin passe tôt ou tard dans la chambre antérieure.

COMPLICATIONS GÉNÉRALES. — Le nombre en est infini; les principales sont les rhumatismes, la goutte, la syphilis, les scrofules, la grossesse, etc. Lorsque l'on veut pratiquer l'extraction, la toux, le catarrhe, l'asthme, les maladies du cœur, celles des voies urinaires et toutes celles qui ne permettent pas au malade de garder l'immobilité doivent être prises en considération. On a noté aussi, comme une complication sérieuse, les anciens ulcères des membres inférieurs, surtout lorsqu'on les a fermés peu de temps avant l'opération. Weller, entre autres, pense que leur suppression peut produire des accidents sérieux. C'est une observation que j'ai faite plusieurs fois moi-même dans ma pratique particulière: M. F..., ancien banquier à Péronne, homme robuste, âgé de soixante-huit ans, vint me trouver en 1843. Son œil droit était complètement cataracté; le gauche présentait des opacités déjà assez marquées. L'examen du malade me fit reconnaître qu'il avait aux jambes d'anciens ulcères fort larges, et donnant une suppuration très abondante. Je proposai l'opération de l'œil droit, à la condition expresse que le malade conserverait ses ulcères ouverts. Il n'y consentit pas, et de mon côté je persistai dans ma résolution. M. F... entra alors à la maison royale de santé du faubourg Saint-Denis, y fit cicatriser ses ulcères, et, immédiatement après, opérer son œil droit, qui se fondit. Quelques mois plus tard, il revint me trouver, ne voyant plus de l'autre œil, et me promettant de se soumettre cette fois à mes conseils. Je lui prescrivis un régime très sévère, des purgations répétées, et six mois après je l'opérai par abaissement. Aujourd'hui M. F... a repris ses habitudes et ses occupations; sa vue est parfaitement bonne.

Traitement de la cataracte.

Les divisions que nous avons établies pour distinguer entre elles les diverses espèces de cataractes, disent assez qu'elles sont de nature différente, et que le même traitement ne peut leur être applicable. Dans quelques cas, les moyens médicaux suffiront à eux seuls pour éloigner les causes de l'opacité, pour l'enrayer dans sa marche toujours croissante, ou même pour la faire dispa-

raître entièrement; tandis que, dans le plus grand nombre, on devra recourir immédiatement à des opérations chirurgicales. De là deux routes différentes à suivre: l'une est le *traitement médical*, qui trouvera de rares applications; l'autre, le *traitement chirurgical*, qui, au contraire, en aura de très fréquentes.

SECTION PREMIÈRE.

Traitement médical.

Avant de nous occuper de ce sujet, nous devons faire remarquer encore qu'il est une distinction fort importante à établir entre les diverses cataractes.

1^o S'agit-il de cataractes pseudo-membraneuses ou capsulaires encore récentes?

2^o Veut-on parler des cataractes traumatiques?

3^o La question s'applique-t-elle aux cataractes lenticulaires dures ou molles?

Je répondrai tout d'abord affirmativement en ce qui touche les deux premières:

Oui, le traitement médical est puissant.

Je dirai avec la même assurance, pour ce qui a rapport à la troisième espèce:

Non, ces cataractes ne seront pas guéries par le traitement médical.

Il existe cependant quelques exemples de guérisons de ces dernières par déplacement spontané (voy. LUXATION DU CRISTALLIN, p. 10) ou d'amélioration dans l'état de l'œil par résorption spontanée de quelques parties de la lentille devenues opaques. (Voyez p. 85 et l'article 3 de cette section.)

ARTICLE PREMIER.

DU TRAITEMENT MÉDICAL DES CATARACTES CAPSULAIRES
PSEUDO-MEMBRANEUSES.

Cette variété de cataracte est celle qui a donné quelque crédit à ces hommes qui, plus ou moins étrangers à l'art véritable, ont prétendu ou prétendent encore guérir la cataracte sans opération.

Qu'est cette cataracte, au point de vue de sa pathogénie, et quels sont ses éléments pathologiques ? Telle est la question que doit se poser d'abord tout médecin sérieux et assez habile en ophthalmologie pour distinguer anatomiquement cette cataracte des autres variétés de la même maladie.

La cataracte capsulaire se forme dans les conditions suivantes : Un œil, bon jusque-là, est pris tout à coup, et sous l'influence d'une cause connue ou non, d'une inflammation de l'iris. La pupille se resserre par suite de la phlogose, qui a pour premier effet de gonfler toutes les artères iridiennes ; l'iris change de couleur, prend des teintes diverses, et la pupille offre une coloration beaucoup moins noire qu'à l'état physiologique ; une sorte de fumée blanc-bleuâtre semble la remplir.

Un traitement antiphlogistique plus ou moins vigoureux est prescrit et exécuté ; mais comme on n'a pas employé à temps la belladone pour retirer l'iris vers le corps ciliaire, ou que ce moyen a échoué à cause de l'intensité de l'inflammation, des adhérences se sont établies entre cette membrane et la capsule recouverte de cette sorte de fumée blanc-bleuâtre qui n'est autre chose qu'une exsudation plastique. La matière fibro-albumineuse augmente dès lors de quantité, forme bientôt, en s'organisant peu à peu, une tache blanc mat plus ou moins étendue dans la pupille, et devient ainsi un obstacle souvent considérable à la vision.

Si l'on admet que l'inflammation disparaisse complètement et que le malade consulte un médecin peu expérimenté ou peu honnête, ce qui par malheur n'est pas impossible, il arrivera la même chose que s'il n'avait consulté personne, c'est-à-dire une amélioration progressive, qui eût pu devenir une guérison complète s'il se fût adressé à un médecin sérieux. En effet, l'opacité qui siège

dans la pupille, est, comme nous l'avons déjà dit, une exsudation plastique ; ce tissu est susceptible à la fois de contraction et de résorption ; si, ce qui arrive presque toujours, en cela comme dans les exsudations semblables que l'on voit dans la cornée, la partie la plus épaisse du dépôt se trouve excentriquement placée par rapport à l'axe antéro-postérieur de l'œil, la résorption et la contraction marchant, une petite partie d'abord, puis plus tard une très grande partie de la pupille se trouvera découverte, et la vue sera rendue.

Évidemment, tout cela est fort simple, très facile à prévoir ou à expliquer, et certes, le médecin instruit eût pu, dans des circonstances semblables, donner tout d'abord une certaine espérance au malade et diriger plus rapidement et plus sûrement l'affection vers un plus complet résultat.

Il aurait tout d'abord, alors que l'inflammation était encore récente, après l'avoir rapidement abattue, cherché par les moyens ordinaires à éloigner la marge de l'iris de l'exsudation déposée par cette membrane sur la capsule, et s'il était parvenu à ce premier résultat, l'exsudation, faute de rapports directs avec l'iris, qui est sa véritable ressource, se serait résorbée en quelques jours.

Voici une observation d'un fait de ce genre :

Observation.— Un grand personnage étranger s'adresse à moi pour une violente iritis de l'œil gauche, datant déjà de douze à quinze jours. Le médecin du malade, trompé par la rougeur externe, avait prescrit des astringents locaux et des purgatifs, et ne croyait pas avoir affaire à une aussi grave affection. Le prince, habitué à vivre largement en toutes choses, se trouvait, par suite des douleurs vives qu'il commençait à ressentir, dans un état d'excitation morale des plus insupportables. Je lui fis appliquer force sangsues et des ventouses scarifiées près de l'oreille ; je le fis saigner largement, et bientôt une amélioration survint ; mais cela fut de bien courte durée. Le malade, peu habitué à se plier aux exigences même les plus fondées, commit l'imprudence de passer la soirée et la nuit en compagnie d'une femme, et fut pris dès le matin d'une récidive assez alarmante par son acuité. Les saignées générales et locales furent encore appliquées, et j'y ajoutai les onctions mercurielles belladonnées, le calomel et l'opium à l'intérieur, les purgatifs, etc.

La vue était jusque là demeurée assez bonne ; mais tout à coup elle diminua, puis disparut en même temps que j'apercevais dans

la pupille une teinte de fumée bleuâtre, symptôme d'un exsudat plastique. La famille du prince s'émut alors, demanda une consultation dans laquelle plusieurs médecins furent réunis au médecin de la maison et à moi. De ces médecins, les uns pensèrent que la rétine avait pu être détruite; les autres, sans rapporter l'abolition de la vision à des symptômes plus ou moins appréciables, jugèrent le fait très grave; seul je persistai, à cause de l'exsudation récente, à porter un pronostic très favorable. Une nouvelle saignée fut prescrite et pratiquée, on conseilla un vésicatoire à la nuque, mais il ne fut pas appliqué.

Appelé par le malade aussitôt après la consultation, il me dit qu'il s'en rapporterait uniquement à moi, promettant de se soumettre à tout ce que je voudrais.

La saignée ayant fait tomber les symptômes inflammatoires, je pus reconnaître, comme je l'avais déjà fait, que la marge pupillaire était immobile et fixée sur la capsule. Sachant bien que, si je parvenais à isoler l'exsudat de l'iris, je guérirais rapidement le malade en lui épargnant une cataracte pseudo-membraneuse, je lui fis moi-même pendant trois heures l'instillation dans l'œil de cinq en cinq minutes, d'une goutte d'une solution de belladone au 1/10° (l'atropine n'était pas connue alors). A la deuxième heure, plusieurs points de la pupille avaient repris leur liberté, et après la troisième, cette ouverture était très large et à peu près régulière. Au centre de la pupille, et isolée de toutes parts, on voyait l'exsudation plastique de couleur blanche qui se détachait parfaitement sur le fond noir de l'œil. En voici le dessin que je copie sur mes notes.

Fig. 11.



- A. Exsudation isolée au centre de la capsule.
 B. Pupille parfaitement noire autour de l'exsudation.
 C. Iris retiré vers ses attaches par l'action de la belladone.

La vision se rétablit en partie immédiatement; mais il restait sur la capsule un exsudat plastique; et pourtant je ne m'en inquiétai pas, certain d'avance que, tant que la connexion avec l'iris qu'il avait perdue ne se rétablirait pas, il se résorberait complètement; et, en effet, huit jours après, il avait entièrement disparu.

Que serait-il arrivé si la pupille n'eût pas été éloignée à temps?

Je l'ai déjà dit, elle aurait perdu ses mouvements en totalité ou en grande partie, et, au lieu de disparaître, l'exsudation se serait organisée et aurait constitué une cataracte pseudo-membraneuse qui aurait aboli pour toujours ou diminué considérablement la vision.

La guérison du malade fut parfaite, et, depuis il n'a plus souffert de cet œil.

Mais la cataracte ne se forme pas toujours sous les yeux du médecin, et, le plus souvent, il est appelé à l'observer toute faite et à un temps plus ou moins éloigné du début. Il doit alors, pour établir le pronostic et le traitement, résoudre les questions suivantes :

L'exsudation qui la constitue remplit-elle la pupille en totalité?

Une partie de la marge pupillaire est-elle libre?

Voit-on une lacune dans cette ouverture et le malade distingue-t-il quelques objets?

La maladie ne date-t-elle que de quelques semaines, d'un ou deux mois?

Depuis que l'inflammation a disparu, la vue s'est-elle un peu améliorée?

Voit-on des vaisseaux passer de l'iris sur la fausse membrane?

L'exsudation n'est-elle pas encore arrivée à l'état de *produit froid*, comme le dit le professeur Ribéri, et peut-on espérer qu'elle diminuera avec beaucoup de temps sous l'influence d'un traitement convenablement dirigé?

Les diathèses du malade seront étudiées et convenablement prévenues par des moyens appropriés et le traitement suivant appliqué à la cataracte pseudo-membraneuse :

Des onctions mercurielles, plus tard des onctions iodurées seront faites autour de l'orbite, à l'intérieur l'iodure de potassium à petites doses sera prescrit et longtemps continué.

Des vésicatoires volants surtout, appliqués sur le front et la tempe, provoqueront un processus résorbant sur lequel le médecin est en droit de compter.

Enfin, on aura soin de tenir la pupille dilatée, en même temps que l'on instillera dans l'œil des collyres résolutifs légers, et de temps en temps des collyres à l'iodure de potassium.

On arrivera ainsi très souvent à provoquer la résorption partielle, quelquefois même complète, des cataractes pseudo-membraneuses, sans pratiquer l'opération, qui, d'ailleurs, ne devrait être faite que plus d'une année après l'apparition du mal.

ARTICLE II.

DU TRAITEMENT MÉDICAL DES CATARACTES TRAUMATIQUES.

La cataracte traumatique peut se guérir de deux manières sous l'influence d'un traitement médical bien dirigé. Je veux dire avec : 1° conservation du cristallin ou 2° disparition complète de ce corps par résorption.

I. Tout le monde sait que la lésion de la capsule et du cristallin produit une cataracte *lenticulaire*, et quelquefois une cataracte *capsulo-lenticulaire*. Si l'ouverture qui met le cristallin en rapport avec l'humeur aqueuse est étroite, aucun débris de ce corps, ou à peu près, ne s'échappe par la blessure de la cristalloïde, et celle-ci peut se refermer. Le cristallin montre alors, dans l'endroit blessé, une opacité d'un blanc bleuâtre à peu près uniforme, qui peut demeurer stationnaire pendant quelque temps et ensuite diminuer et même disparaître.

En voici la preuve dans l'observation suivante :

Un jeune garçon de sept ans m'est amené par son père le 25 août 1855. Trois jours avant, cet enfant jouant avec ses petits camarades, se trouvait placé sur la marche la plus élevée d'un escalier tandis que l'un d'eux était demeuré en bas. Une feuille de papier collée contre le mur servait de but à celui-ci pour lancer une petite flèche assez pesante et armée d'une espèce de clou très acéré de la longueur d'un demi-pouce environ. La flèche, maladroitement dirigée, vint blesser notre jeune garçon de bas en haut à la partie inférieure externe de la cornée, traversa du même coup l'iris, la capsule et le cristallin.

Le médecin de la famille, qui avait autrefois suivi mes cours, fait appliquer aussitôt douze sangsues près de l'oreille, conseille des applications glacées, un bandeau légèrement compressif, et m'envoie le malade immédiatement, bien qu'une distance de quatre-vingts lieues me sépare de lui.

L'enfant m'arrive le troisième jour de l'accident et je constate les lésions que je viens d'indiquer, notamment la blessure de la lentille, dans laquelle en bas et en dehors il y avait une opacité assez considérable, et dont le centre correspondait exactement aux points touchés pendant le trajet de l'instrument vulnérant.

Je fis aussitôt appliquer sur les deux yeux des bandelettes de taffetas d'Angleterre ; on continua encore quelques jours les applications d'eau froide, et la plaie de la cornée, longue d'un demi-centimètre environ, était guérie entièrement le dixième. La pupille était un peu tirillée en bas et en dehors par suite de la blessure de l'iris ; mais cela ne gênait pas l'enfant, et après la troisième semaine il lisait à *l'œil nu* aussi bien que de l'autre, ce qui prouvait que le cristallin ne s'était pas déplacé et qu'il n'avait pas été résorbé. Six semaines après l'accident, on voyait encore une petite traînée blanche dans le cristallin, mais depuis elle a probablement disparu.

J'ai cité cette observation de préférence parce qu'elle est de date récente ; mais combien de faits semblables n'ai-je pas vus dans ma pratique ! entre autres, je citerai les suivants :

Une couturière de vingt ans se pique la cornée en travaillant ; l'aiguille traverse la chambre antérieure, blesse la lentille à travers la capsule, assez profondément. L'iris n'est pas touché ; une traînée blanc bleuâtre existe après deux jours, dans le cristallin, autour de la piqûre, et finit par disparaître complètement. Il resta seulement un petit point opaque à la surface de la cristalloïde ; mais cela ne gênait en aucune façon la vision, qui demeura normale.

Un garçon de pharmacie reçoit dans l'œil gauche un éclat de verre qui divise la cornée dans l'étendue de 9 millim. près de son bord interne et inférieur ; l'iris est traversé et la capsule ouverte dans une étendue que je ne puis exactement apprécier. Le cristallin devient opaque dans la direction de la blessure à une grande profondeur. Il y avait lieu de croire que toute la lentille deviendrait opaque, et cependant il n'en fut rien, car la tache se limita de plus en plus, et il n'y eut point de résorption du cristallin. La vue demeura gênée par la direction de la blessure et de l'adhérence qui s'était établie entre l'iris et la cornée ; cependant le malade lisait de cet œil sans lunettes.

MM. Stœber (de Strasbourg), Marjolin et A. Robert (de Paris),

Mendières (de Londres), et bien d'autres, ont observé des faits semblables (voy. *Annales d'oculist.*, t. XXVI, p. 195).

Des recherches que j'ai faites bien des fois dans un autre but prouvent également que la capsule peut se refermer, et viennent expliquer ce qui se passe dans les conditions qui nous occupent. Ainsi, que l'on introduise dans l'œil d'un lapin vivant une aiguille à cataracte, par la cornée ou par la sclérotique, et que l'on divise dans une grande étendue la capsule du cristallin, sans trop déplacer ce corps, on verra pendant quelques jours une obscuration de la substance corticale que l'on aura mise en communication avec l'humeur aqueuse; mais le travail morbide sur le cristallin sain s'arrêtera le plus souvent, la capsule se refermant, toute la tache disparaîtra, et l'œil redeviendra aussi limpide que celui qui n'aura pas été touché. MM. Lebert, Giraldès et Robert ont publié récemment des observations semblables qui se trouvent en opposition avec celles de M. Dieterich. Si l'on détruit l'animal, l'examen de l'œil observé démontre que le cristallin a son volume normal et que sa capsule ne présente ni ouverture ni tache dans l'endroit que l'on avait blessé avec l'aiguille.

J'ai vu des cas semblables sur l'homme cataracté lorsque pour méthode j'avais choisi la dilacération de la capsule; ainsi, l'aiguille avait certainement déchiré la capsule antérieure dans une étendue convenable, et une petite partie de la lentille ramenée en avant par l'aiguille sortait de l'ouverture. Cependant cette partie de cristallin opaque se résorbait par places ou en tombant dans la chambre antérieure, et, dès ce moment, toute action de l'humeur aqueuse sur la cataracte devenait nulle, quelque temps que l'on attendît. Évidemment, la plaie capsulaire s'était refermée comme dans les cas précédents, et une nouvelle opération était dès lors nécessaire.

Il résulte de ces faits qu'une cataracte traumatique peut se guérir sans altération de la vision, et que le traitement médical a sur cette maladie une action des plus puissantes.

Les antiphlogistiques locaux et généraux, l'application du froid sur l'œil blessé; l'occlusion des deux yeux continuée plusieurs jours pour éviter tout frottement et tout déplacement de la plaie; les frictions iodurées après celles d'onguent napolitain, un peu de calomel à dose altérante, tels sont les moyens médicaux sur lesquels on doit compter le plus pour guérir cette cataracte.

Mais nous avons à examiner une autre condition de la blessure de la lentille.

Lorsque la blessure de la capsule et du cristallin est plus large ou plus profonde, ou bien que, sans qu'elle le soit plus que dans les observations qui précèdent, les choses tournent mal, il se forme peu à peu une cataracte complète. On observe alors que des parties de la lentille qui n'avaient pas été blessées commencent à s'obscurcir peu à peu en prenant une teinte bleuâtre de plus en plus marquée, et finissent par devenir tout à fait blanc mat, très opaques. Des débris de cristallin passent à travers l'ouverture de la cristalloïde et tombent dans la chambre antérieure, où ils ne tardent pas à se résorber. Une inflammation plus ou moins menaçante se déclare, avec douleurs quelquefois insupportables, qui exigent de la part du praticien un traitement antiphlogistique actif. Enfin, les accidents inflammatoires disparaissent et l'on n'a plus affaire qu'à une cataracte traumatique.

Que deviendra cette cataracte?

Doit-on se hâter de l'opérer dès que toute inflammation a disparu? Doit-on attendre, au contraire, afin de savoir si la résorption ne la ferait pas disparaître?

Le praticien ne s'y trompera certes pas et ne fera pas d'opération prématurée. Il examinera l'œil opéré tous les deux ou trois jours (à plus grande distance, ses observations manqueraient de précision), surveillera avant tout ce qui se passe dans la plaie de la capsule, et trouvera là une preuve certaine que le plus souvent le cristallin opaque ne cesse pas de diminuer par résorption. En effet, si l'on fait grande attention aux formes diverses que prend la surface de cette petite plaie, on y découvrira aujourd'hui de petites saillies plus ou moins pointues ou obtuses qui, dans quelques jours, auront fait place à autant de petits enfoncements microscopiques. Dans un autre endroit, on remarque aujourd'hui une sorte de petite cupule qui sera remplacée demain par un débris saillant de la lentille faisant hernie dans la plaie. La lumière artificielle oblique (voyez *Discision*) ou la loupe, pour découvrir ces choses, sont quelquefois nécessaires aux personnes peu exercées à voir de petits objets; mais qu'importe si l'on y parvient. On est assuré que dès ce moment la résorption marche et qu'aucune opération n'est actuellement nécessaire, puisque le blessé est dans des conditions exactement semblables à celles d'un homme qui aurait été opéré de la cataracte par simple discision de la capsule.

Le plus souvent cette sage expectation sera récompensée par le succès, la cataracte se résorbant ainsi entièrement et faisant place à une pupille parfaitement noire.

Dans des cas de ce genre, l'amélioration que détermine dans l'état de l'œil l'emploi des lunettes à cataracte, qui rendent immédiatement aux malades la faculté visuelle, comme nous l'avons dit plus haut dans l'observation du général F... (voyez, p. 19), fournit une preuve certaine de la résorption du cristallin.

Le traitement que nous avons indiqué plus haut, à part les émissions sanguines, est encore applicable ici.

ARTICLE III.

DU TRAITEMENT MÉDICAL DES CATARACTES LENTICULAIRES.

Il nous reste à répondre maintenant au troisième point de la question que nous nous sommes posée : Peut-on guérir les cataractes lenticulaires par un traitement médical ?

Observe-t-on des cas dans lesquels la cataracte lenticulaire disparaisse sans traitement ni médical ni chirurgical ?

I. Nous avons déjà exprimé plus haut notre opinion sur le traitement médical des cataractes lenticulaires et nous y revenons ici pour l'appuyer comme il convient.

Et d'abord nous n'avons qu'à jeter un coup d'œil sur la nature intime d'une cataracte lenticulaire, et nous aurons immédiatement la conviction qu'aucun traitement ne peut remédier à de pareils désordres. Comment réparer d'aussi profondes altérations ? comment rendre au cristallin ses caractères physiologiques ? comment faire disparaître de pareilles modifications organiques ? Lisez les descriptions de ces lésions (voy. p. 67), et vous serez convaincus de l'inutilité de vos efforts.

Examinons cependant les traitements divers qu'on a proposés pour la guérison de la cataracte lenticulaire proprement dite. Dès les temps reculés, des remèdes ont été essayés, souvent les plus insignifiants, et à une époque peu éloignée de nous on retrouve la même crédulité. Nous nous garderons bien de rapporter ici toutes les hypothèses, toutes les billevesées auxquelles a donné naissance le désir de guérir la cataracte sans opération. On a cherché récemment encore, par des moyens plus ou moins directs,

à rendre au cristallin sa transparence : l'électricité est au nombre des agents qu'on a employés avec un prétendu succès. Ceux qui considèrent la cataracte comme le produit d'une inflammation ont eu recours dès son début aux antiphlogistiques : quelques résultats heureux ont été signalés ; mais le diagnostic avait-il été bien fait ? l'opacité n'était-elle point produite par une subinflammation des membranes internes ?

Telles sont les questions qu'on peut opposer à de semblables succès.

Les *révulsifs* ont été l'objet d'essais répétés ; on les a appliqués sur le front, les tempes, sur toute la surface du crâne, et l'on a cru reconnaître que l'usage en a quelquefois été heureux. Il est évident qu'on a enregistré, sous le nom de *cataractes lenticulaires*, des taches du système cristallinien qui n'étaient en réalité que des exsudations encore récentes à la surface de la pupille.

M. Velpeau, en France, a voulu essayer cette médication ; dans un cas seulement, et au bout d'une année entière, il a amélioré la vision, et le cristallin est devenu un peu moins opaque. Ce fait ne s'est point renouvelé depuis, et il est bien permis de se demander si, d'une part, les révulsifs n'ont point éloigné une ancienne congestion de l'œil, et si, de l'autre, le cristallin avait effectivement perdu de son opacité.

En Sicile, le professeur Pugliatti a présenté un mémoire au septième congrès scientifique d'Italie qui a eu lieu en 1846 à Naples ; ce mémoire, en vérité, serait presque capable de faire naître des doutes à l'endroit de l'incurabilité. L'auteur pose en fait que certains médicaments qu'on applique, soit à la tempe, soit à l'angle orbitaire interne, pénètrent profondément et transmettent leur action jusque dans les tissus profonds de l'œil. Il prétend qu'en appliquant sur le cadavre des compresses trempées dans divers acides minéraux aux environs de l'orbite, leur action se transporte jusqu'au cristallin, et celui-ci devient opaque. De même, en appliquant à l'angle orbitaire externe, chez le vivant, une compresse en plusieurs doubles trempée dans de l'ammoniacque liquide, et couverte d'un verre de montre convexe pour empêcher l'évaporation de l'alcali, on finit également par produire un effet sur le cristallin : et s'il est opaque, il se ramollit et finit, au bout d'un certain temps, par *s'éclaircir* ou par *se dissoudre*, surtout si l'on joint à cela l'usage interne de l'iodure de potassium. Les faits que M. Pugliatti rapporte, s'ils sont authentiques, et il