

artères du membre inférieur, M. Dupuytren prescrivit une large saignée du bras, et l'emploi de cataplasmes émollients sur les parties qui étaient le siège de la gangrène et des douleurs. Immédiatement après la saignée, le malade éprouva un soulagement remarquable. La nuit, il dormit parfaitement, et il ne cessait de se louer du calme et du bonheur qu'il éprouvait. L'appétit dont il était privé depuis plus de quinze jours lui était déjà revenu.

Cet état ne se démentit pas un seul moment. Les douleurs ne reparurent plus une seule fois. La gangrène cessa de faire des progrès, et un cercle inflammatoire d'un rouge vif annonça qu'elle était limitée. Les boissons émollientes et rafraîchissantes, les cataplasmes émollients, une diète modérée, furent continués sans interruption jusqu'à la chute de l'escarre qui avait envahi toute l'épaisseur de la peau de la face interne du gros orteil, ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané; une ulcération profonde et allongée remplaça l'escarre, et, au moment où nous écrivons cette observation (10 avril), la cicatrisation commence, et tout fait espérer qu'elle se fera sans aucun accident.

M... est sorti, à la fin du mois, entièrement guéri.

L'opium n'est point un médicament à dédaigner, et l'on peut même dire que les antiphlogistiques et les calmants réunis et combinés, selon l'état et les forces du sujet, constituent jusqu'à présent la meilleure méthode de traiter la gangrène symptomatique, quelle que soit la période à laquelle elle soit parvenue. Les boissons adoucissantes, rafraîchissantes, acidulées, les topiques émollients, enfin toute la série des antiphlogistiques généraux et locaux, doivent être mis en usage pour seconder l'effet des moyens principaux sur lesquels nous venons d'insister : la saignée générale et l'opium.

Une question fort intéressante se présente ici : la gangrène ne bornant point ses progrès, n'est-il pas indiqué d'amputer toutes les parties touchées ou même menacées, afin de préserver le reste? Un chirurgien instruit a plusieurs fois tenté avec succès l'amputation dans le cas de gangrène non limitée; qui empêche de suivre cet exemple? C'est qu'il y a à

cette question une réponse péremptoire; dans le premier cas, en agissant sur des gangrènes par cause externe, on enlève à la fois le mal et sa cause; ici, la cause rebelle et toujours agissante se dérobe au couteau. Il ne faut pas demander, en effet, si l'amputation peut arrêter la gangrène, quand celle-ci n'est qu'un symptôme, mais si l'amputation peut quelque chose contre l'artérite; la question ainsi posée se résout d'avance. En général, l'amputation ne doit être pratiquée que lorsque la maladie est exactement bornée et qu'on a détruit la cause qui l'a déterminée. Faisons néanmoins observer qu'il n'y a rien de positivement absolu dans les sciences, car on lit dans une observation recueillie par M. Dalmas (14 juillet 1824), que le malade reçu dans le service de M. Dupuytren pour une gangrène des deux pieds à laquelle il succomba, avait été amputé avec succès deux ans auparavant du premier orteil gauche pour une maladie semblable. L'autopsie de cet homme fit voir que les artères étaient ossifiées en grand nombre. Cette lésion de tissu avait aussi gagné les artères cardiaques. Les principaux vaisseaux artériels de la jambe étaient oblitérés, et la veine-cave elle-même offrait des plaques d'ossification.

ARTICLE VII.

DE LA CATARACTE. — SES DIVERSES ESPÈCES. — PROCÉDÉS OPÉRATOIRES. — TRAITEMENTS.

De toutes les maladies qui affectent les yeux il n'en est point qui exige plus fréquemment le secours de la chirurgie que la cataracte. L'art possède peu de moyens, soit pour arrêter la marche de cette affection, soit pour la guérir; mais en revanche le nombre des charlatans qui prétendent avoir contre elle un secret, est immense. Quand la cataracte a atteint toute son extension, et qu'elle est mûre, comme on le dit, ce serait une absurdité de chercher à rétablir la vue autrement que par l'opération; mais si cette nécessité est au-

jourd'hui généralement admise, le choix de l'opération elle-même n'est pas aussi facilement accordé, et ici commencent les difficultés. Les uns veulent que la cataracte soit toujours faite par extraction; ceux-ci préfèrent la méthode par abaissement, quelques uns préconisent la kératonyxis. La question n'est donc pas aussi simple qu'elle le paraît d'abord, car il faut reconnaître que chaque praticien a une prédilection pour sa méthode; aussi est-il presque toujours impossible de rien conclure d'après l'expérience d'un seul. Il est rare d'ailleurs que le chirurgien, indépendamment de son opinion particulière, n'ait pas acquis une plus grande dextérité dans la méthode qu'il a choisie. Les circonstances environnantes sont aussi pour beaucoup dans le succès des opérations, surtout dans la cataracte; et sous ce rapport un hôpital ne présente point rigoureusement les mêmes avantages et les mêmes inconvénients qu'un autre. Enfin, et cette considération est la plus importante de toutes, la variabilité des complications est un éternel obstacle à une exacte comparaison entre les méthodes les plus employées, et le tableau ne peut s'établir qu'approximativement.

Après avoir médité ces difficultés nous nous sommes arrêté au plan suivant: examiner rapidement ce qui est relatif à l'état des malades avant l'opération, indiquer les accidents particuliers de la cataracte, ses diverses espèces, les circonstances anatomiques qui peuvent l'accompagner, les cas spéciaux qui sortent de la ligne commune; dire quelques mots de l'opération elle-même et des modifications nécessitées par les différentes maladies; parler de certains accidents qui peuvent suivre cette maladie, en appuyant les différents sujets de faits et d'observations; terminer enfin par l'exposition de nos idées et de nos résultats sur l'opération par kératonyxis.

La cataracte, comme beaucoup d'autres maladies, a été divisée en un certain nombre d'espèces. La cataracte *simple* consiste dans l'opacité de la lentille cristalline. Une autre espèce, presque aussi commune que la précédente, résulte de l'opacité de la membrane cristalloïde: on la nomme cataracte

membraneuse. Celle-ci, d'après les observations nombreuses de M. Dupuytren, est à la cataracte ordinaire comme 1 est à 1 1/2. Elle est surtout fréquente chez les enfants, où elle est quelquefois congéniale, et où Saunders l'a observée vingt-une fois sur quarante-quatre. Le plus souvent elle est alors complète, très rarement incomplète. Chez les adultes, elle se forme ordinairement à la suite de coups, de contusions, de piqûres, reçus sur le globe de l'œil. Elle se rencontre aussi chez les individus de constitution scrofuleuse, et chez ceux qui ont subi l'extraction sans qu'on ait eu la précaution de déplacer la capsule. Enfin, lorsqu'elle est complète, elle se présente sous des formes variables. La plus ordinaire est celle que Saunders a nommée *centrale*, et qui a été observée depuis très long-temps par M. Dupuytren; elle affecte le centre de la capsule cristalloïde. Quelquefois congéniale, elle ne survient ordinairement qu'après la naissance. On la reconnaît à un point saillant, opaque et perlé, situé au centre de la capsule. Ce point va en s'abaissant et se divise quelquefois en filaments rayonnés, à mesure qu'il se rapproche de la circonférence de la lentille; de telle sorte que toute cette partie conservant un peu de sa transparence, la vision peut encore avoir lieu. Cette variété de la cataracte est toujours accompagnée d'un mouvement convulsif des yeux, qui tournent sur leur axe, comme pour présenter successivement à la lumière les points transparents de la membrane. Les paupières, et quelquefois la tête elle-même, sont affectées, dans leur totalité, d'un mouvement semblable, qui paraît avoir le même but.

Après cette variété de la cataracte, la plus fréquente est celle dite cataracte *laiteuse, molle, pulpeuse*. Le cristallin est, dans ce cas, très mou dans sa totalité; d'autres fois cette mollesse n'est que partielle; souvent même il est entièrement converti en liquide blanc, lactescent, opaque. La membrane cristalloïde et la lentille elle-même sont susceptibles de s'incruster d'une plus ou moins grande quantité de phosphate calcaire, et d'acquérir une consistance osseuse; ce que l'on reconnaît aisément au choc produit par le contact de l'instrument contre l'organe. Le cristallin offre aussi quelquefois

une telle consistance qu'on l'a comparé à la pierre, ce qui lui a valu de la part de quelques auteurs le nom de cataracte *pierreuse*. Wenzel, dans son ouvrage, cite plusieurs observations de ce genre; la plus remarquable est, sans contredit, celle du général Mulek, dont le cristallin, sorti brusquement par l'ouverture de la cornée, tomba par terre et se brisa. Enfin, suivant quelques auteurs, la cataracte présenterait cette variété que l'on a nommée *cataracte noire*. Elle serait parfaitement distincte de l'amaurose, et se manifesterait par des signes sensibles: tantôt reflétant plusieurs couleurs à la fois, tantôt brune; tantôt verdâtre, tantôt rayée de stries blanches qui s'étendent sur un fond noir, et, dans tous les cas, accompagnée d'une grande mobilité de l'iris. Beaucoup de chirurgiens, et Delpsch entre autres, en ont nié l'existence. M. Dupuytren, dans sa vaste pratique, n'a jamais rencontré de cataractes noires, aussi est-il loin de l'admettre. Nous l'avons souvent entendu raconter le fait suivant: Pelletan et Giraud avaient cru trouver sur un de leurs malades une cataracte de cette espèce. Ils prièrent M. Dupuytren de l'examiner. Celui-ci pensa que la maladie n'était autre chose qu'une amaurose. Après quelques discussions cliniques, Pelletan et Giraud persistèrent dans leur avis, et le prièrent de vouloir bien (afin de se convaincre) faire l'opération. M. Dupuytren fit l'extraction, et amena au dehors un cristallin *parfaitement sain*. L'opération ne fut suivie d'aucun accident; mais le malade resta privé de la lumière, la rétine étant paralysée.

Plusieurs faits observés à l'Hôtel-Dieu ont conduit M. Dupuytren à admettre une *disposition héréditaire* à contracter la cataracte. Nous n'en rapporterons qu'un, recueilli à sa consultation publique, qui nous paraît mettre hors de doute cette disposition. Il n'en est peut-être pas d'exemple aussi remarquable (1).

OBS. I. — *Cataracte héréditaire dans trois générations*. — *Opération*. — *Guérison*. — Le 27 avril 1820, madame de Saint-Pierre se présenta à la consultation de M. Du-

(1) De la cataracte héréditaire, par M. Marx 1828.

puytren, accompagnée d'une partie de sa famille. A l'âge de soixante et quelques années, la vue de cette dame commença à se troubler. Dix-huit mois après, les deux cristallins étaient entièrement opaques. L'abaissement de l'un d'eux, pratiqué par M. Dupuytren, ne fut suivi d'aucun accident et rendit à la malade la faculté de voir, faculté qu'elle a toujours conservée; car, à un âge très avancé, elle voyait encore très bien. La cataracte de l'œil opposé n'avait pas été opérée.

La vue de sa fille commença à s'affaiblir à vingt-huit ans; bientôt elle ne vit plus à se conduire, mais elle distinguait bien le jour d'avec la nuit; les pupilles étaient mobiles, les yeux sains. A trente ans, deux ans après l'origine de l'affection, M. Dupuytren pratiqua sur un des yeux de cette malade la même opération qui avait rendu la faculté de voir à sa mère: elle eut le même résultat. Dix ans après, la vision n'avait éprouvé aucune altération de ce côté. Encouragée par ce succès, la malade voulut être débarrassée de son autre cataracte. Les journaux avaient retenti des éloges d'un oculiste: elle s'adressa à lui, et l'opération fut faite par extraction. Mais, ainsi qu'il arrive, dit M. Dupuytren, dans un grand nombre des cas, cette opération eut d'autres suites que la première: des douleurs vives, une inflammation intense, mirent un obstacle à la guérison; la cornée devint opaque, et la malade perdit son œil, sans que celui opéré par abaissement fût troublé dans ses fonctions.

Le fils de cette dame, âgé de dix-sept ans, avait aussi deux cataractes. Il fut opéré par abaissement, à l'Hôtel-Dieu, et guérit également.

Avec celui-ci, la grand-mère conduisit à M. Dupuytren un autre de ses petits-fils, dont les cristallins commençaient aussi à devenir opaques; et enfin une petite-fille qui déjà ne voyait plus les objets qu'à travers un nuage, symptôme précurseur de l'opacité des cristallins. Voilà donc la grand-mère, la fille et trois petits-enfants tous affectés de cataracte. Cette observation est remarquable, et par la disposition de cette famille à ce genre d'affection, et par les succès obtenus.

M. Dupuytren a eu l'occasion d'opérer un grand nombre

de *cataractes natives*, et de faire, sur les suites de ces opérations, des remarques qu'on ne lira pas sans intérêt. Mais, dit-il, je dois faire observer ici que je n'ai jamais vu les prodiges dont plusieurs auteurs ont parlé, ni entendu les personnes auxquelles j'avais rendu la vue faire, sur la distance, la forme et la couleur des objets, les raisonnements merveilleux dont le récit est devenu le sujet de tant de commentaires de la part des métaphysiciens et des idéologues. J'ai remarqué presque toujours, au contraire, que les aveugles pour cause de cataracte, soit que celle-ci fût native, soit qu'elle existât depuis longues années, habitués à ne vivre qu'avec quatre sens, étaient généralement embarrassés de celui dont on leur avait rendu l'usage; ils avaient de la peine à en combiner l'action avec celle des autres; ils montraient souvent une telle paresse à s'en servir, que j'ai été plusieurs fois obligé de les priver d'un et même de deux de leurs sens pour les forcer à exercer les organes de la vue. C'est ainsi que j'ai été conduit à boucher les oreilles d'un enfant qui se guidait sur le son ou sur les impressions qu'il recevait par les mains; il portait constamment celles-ci en avant de son corps comme des tentacules.

Mais les difficultés sont quelquefois si grandes, que M. Dupuytren a plusieurs fois échoué à rétablir la vision, après avoir complétement réussi à rétablir l'organe de la vue. Serait-ce que, dans ces cas, il existait une maladie des nerfs optiques, de leur décussation ou de leur origine; ou que ces parties, semblables à des membres paralysés, atrophiés par une longue inaction, n'auraient pu reprendre, avec la nourriture, la faculté d'agir?...

Obs. II. — *Double cataracte congéniale chez un enfant de huit ans. — Abaissement successif des deux cristallins. — Education du sens de la vue.* — Une jeune fille de sept à huit ans, d'une intelligence bornée, d'une constitution assez faible, entra à l'Hôtel-Dieu dans le mois de juillet 1828, avec une cataracte double congéniale. Deux ans auparavant, elle avait été opérée dans un autre hôpital par abaissement: sa vue se rétablit pendant un an, puis les cristallins étant re-

montés, elle devint de nouveau aveugle. M. Dupuytren l'opéra une seconde fois par abaissement. La malade vit la lumière, mais l'habitude qu'elle avait contractée de diriger ses yeux en haut et sans fixité nécessita l'éducation de ce nouveau sens. On couvrit l'œil droit d'un bandeau, et on attacha ensuite les mains de la jeune fille derrière le dos. Sa démarche fut d'abord vacillante et incertaine; elle ne pouvait fixer les objets et tourner son œil du côté où on lui disait de le porter. Peu à peu son attitude devint plus sûre; elle commença à fixer et à reconnaître les objets.

Dans une séance d'épreuve à l'amphithéâtre, elle arrêta, après quelque hésitation, son regard sur la table, et distingua très bien un morceau de papier qui était dessus; on avait tracé des lettres sur un côté de ce papier, elle dit qu'il y avait du noir et du blanc. Elle reconnut que la table était recouverte d'un drap, mais elle ajouta qu'il était tendu, quoiqu'il fût plissé. Ses mains étaient libres, et par un mouvement involontaire elle les portait toujours au-devant de ses yeux vers les objets, comme pour aider par le toucher le sens encore imparfait de la vue.

Les progrès de l'éducation de ce sens, ordinairement très lents après l'opération de la cataracte congéniale, furent assez rapides, malgré le peu de développement de l'intelligence. On sera cependant moins surpris de la rapidité de ces progrès, si l'on veut bien remarquer que la jeune fille avait déjà vu pendant l'espace d'un an environ. Après la première opération, la vision étant rétablie et son éducation suffisamment faite, M. Dupuytren opéra l'autre œil. La malade vit; on lui banda l'œil opposé, les mains furent liées: on observa le même embarras dans la marche, la même incertitude dans les mouvements de l'œil, et les mêmes difficultés pour fixer les objets. Lorsque la jeune malade quitta l'Hôtel-Dieu, l'éducation du dernier œil n'était pas encore complètement achevée. Lorsque les deux yeux étaient découverts, leur divergence amenait du trouble dans la vue, et une singulière difficulté à reconnaître les objets. Ses yeux encore très mobiles se portaient toujours vers le ciel; ils étaient d'ailleurs

parfaitement transparents. Le temps devait achever la cure.

Il est trois manières principales de détruire la cataracte en détournant le cristallin et ses annexes de l'axe visuel, afin de laisser aux rayons lumineux un libre passage jusqu'au fond de l'œil : l'extraction des parties opaques par l'incision de la cornée transparente ; l'abaissement ou broiement de ces parties au moyen de la piqure de la sclérotique ; et enfin la kératonyxis, qui est l'abaissement ou le broiement de ces mêmes parties, pratiquées d'avant en arrière à l'aide d'une aiguille qui traverse la cornée transparente.

Nous ne saurions partager l'opinion de ceux qui veulent qu'on abaisse constamment la cataracte, ou qu'on la divise, qu'on la broie dans tous les cas. L'abaissement ou le broiement exige des conditions telles, qu'on ne saurait juger, *à priori*, à quel procédé on doit accorder la préférence. En effet, une cataracte un peu dense ne peut être que déplacée, et ne saurait être broyée, faute d'appui ; tandis qu'une cataracte molle ne peut être abaissée en masse, faute de consistance, et doit être broyée. Il faut agir d'après les circonstances, et employer, suivant qu'elles sont différentes, l'abaissement ou le broiement.

M. Dupuytren préfère l'abaissement à l'extraction ; rarement il a recours à cette dernière méthode, et seulement dans certains cas spéciaux où elle est manifestement indiquée, comme, par exemple, lorsque le cristallin ou sa membrane a subi une altération telle dans sa nature que la résorption soit impossible. Le broiement n'est qu'une modification de l'abaissement. Diviser le cristallin en enfonçant l'aiguille dans sa partie centrale, détruire sa capsule, et disperser ses débris dans l'humeur aqueuse, voilà en quoi consiste ce procédé. Suivant M. Dupuytren, le tiers environ des cataractes que l'on abaisse peut être broyé.

On ne saurait trop se persuader, dit-il, combien il serait peu rationnel d'employer la même méthode dans tous les cas. En chirurgie, comme en médecine, les mêmes méthodes de traitement ne sauraient être constamment mises en usage pour parvenir au même but ; ainsi, dans la cataracte, l'âge

du sujet, certaines circonstances qui tiennent à la forme, au volume de l'organe de la vision et de ses dépendances, doivent obliger les praticiens à recourir alternativement à l'un ou à l'autre procédé. Relativement à l'âge, si on a égard au degré d'énergie du système absorbant, on conçoit qu'en général il vaudrait mieux opérer les enfants par abaissement, et les vieillards par extraction. Chez les premiers, les fonctions de la vie sont dans toute leur énergie ; les mouvements de composition et de décomposition s'exécutent avec une rapidité étonnante, l'absorption du cristallin se fait presque à l'instant où cet organe, en perdant ses rapports, perd ses conditions de vie ; en outre le cristallin n'est jamais, à cet âge, aussi dur qu'à un âge plus avancé, et il est par conséquent moins réfractaire aux forces absorbantes. Chez les vieillards, au contraire, les mouvements de composition et de décomposition sont ralentis, l'absorption surtout semble avoir perdu une grande partie de son énergie, l'exhalation prédomine, et souvent encore le cristallin est d'une dureté remarquable, et par cela même plus rebelle à l'absorption. M. Dupuytren a trouvé des cristallins parfaitement intacts, bien que déplacés depuis plus de deux ans, chez des vieillards qui avaient succombé à des maladies étrangères à la cataracte.

Mais il est d'autres considérations qui militent en faveur de l'abaissement dans les deux âges : les enfants sont rarement dociles, et ne sachant distinguer ce qui leur est nuisible ou avantageux, ils ne peuvent se résigner à tenir leurs mains écartées des yeux, à garder une immobilité absolue pendant l'opération. De là naissent des difficultés pour l'extraction, et des causes qui peuvent occasionner la sortie de l'humeur vitrée. Chez les vieillards, souvent l'œil est profondément enfoncé dans l'orbite, les rebords de la cavité osseuse paraissent très proéminents, ou bien encore le globe oculaire est peu développé : c'est dans ces cas que l'extraction est surtout difficile. Dans tous les âges on rencontre des individus chez lesquels, par suite d'une aberration dans les mouvements ou dans la conformation et les rapports de l'organe, cette dernière méthode devient d'une extrême difficulté ;

d'autres ont l'œil continuellement agité par des mouvements rapides et comme convulsifs; enfin, il est d'observation constante que toutes les fois qu'un individu est privé de la vue depuis quelque temps, avec l'habitude de voir, il semble avoir aussi perdu l'habitude de regarder; les mouvements du globe oculaire n'obéissent plus à sa volonté, et cette circonstance accroit bien souvent les difficultés de l'extraction. Telles sont quelques unes des considérations pour lesquelles M. Dupuytren emploie de préférence l'abaissement.

En accordant à l'abaissement la préférence sur l'extraction, M. Dupuytren a cru devoir apporter quelques modifications dans le manuel opératoire. L'aiguille dont il se sert n'est ni l'ancienne aiguille en fer de lance, ni le crochet de Scarpa, mais elle tient de l'une et de l'autre en ce qu'elle offre un fer de lance comme la première et une courbure comme la seconde; sa lame est étroite et allongée, courbée sur une de ses faces, très aiguë par sa pointe, fort tranchante sur ses bords, et le volume de sa tige est exactement proportionné à celui de sa lame: dispositions qui la rendent également susceptible de piquer, de diviser, de saisir et de déplacer, de céder à la main et de se mouvoir sans effort et sans laisser écouler l'humeur aqueuse. Depuis quinze ou vingt ans, cet instrument a été adopté par le plus grand nombre des praticiens, et il est connu sous le nom de son auteur. Dans les cas qui nécessitent l'extraction, M. Dupuytren se sert du couteau de Richter, qui lui paraît préférable à celui de Lafaye, en ce qu'il agit en sciant, tandis que ce dernier agit plutôt en pressant.

L'abaissement, lorsque la cataracte est simple et ne présente aucune complication, est pratiqué selon la méthode ordinaire, et le cristallin est, suivant les circonstances, déprimé en masse ou divisé par le broiement. Lorsque le cristallin est abaissé, et que la capsule, déchirée avec l'aiguille, a été entraînée par cet instrument, M. Dupuytren examine toujours avec soin si cette capsule est parfaitement noire et dégagée. S'il reste encore quelques débris, ils sont portés dans la chambre antérieure, où l'absorption est plus active que dans la postérieure. Le même procédé est toujours suivi dans le cas d'opération

par broiement. Si la cataracte est membraneuse, que l'opacité de la capsule soit complète ou non compliquée de l'opacité de la lentille cristalline, elle est traitée absolument comme dans les cas précédents, et l'abaissement est toujours préféré aux autres procédés. En effet, cette variété, dont l'histoire pathologique est si intéressante, n'a véritablement aucune importance particulière relativement à l'opération. Dans la cataracte laiteuse, partielle ou incomplète, l'abaissement n'a lieu nécessairement que par broiement, et les fragments, trop mous pour être divisés convenablement, sont dispersés çà et là dans l'humeur aqueuse au moyen de l'instrument. Mais lorsque le ramollissement, parvenu à son dernier terme, ne laisse plus subsister, dans l'intérieur de la capsule cristalloïde, qu'un liquide plus ou moins épais, il s'écoule nécessairement dans l'intérieur de l'œil aussitôt que cette capsule est divisée par l'aiguille, et dès lors l'obscurcissement de cet organe cache entièrement à l'opérateur les mouvements de son instrument. Dans de telles circonstances, M. Dupuytren prend le sage parti de suspendre l'opération, et d'attendre que la résorption ait rétabli la netteté de l'œil pour la recommencer. Nous ne nous arrêterons pas sur l'opération de la cataracte par ossification: il est évident que, dans ce cas, il n'y a d'autre méthode possible que celle qui consiste dans l'extraction. Pour l'obtenir, on saisit le corps étranger à l'aide de pinces qui le disposent de manière à ce que l'un de ses bords se présente le premier à l'ouverture de la pupille. Suivant les auteurs qui admettent la cataracte noire, ce qui offre le plus de difficultés dans les cas où l'on peut en présumer l'existence, c'est le diagnostic. Lorsque la couleur du cristallin est seulement brune ou nuancée de plusieurs reflets lumineux, il ne peut y avoir de doute; mais si elle est totalement noire, par exemple, on ne sait positivement s'il y a ou s'il n'y a pas cataracte. Dans tous les cas, M. Dupuytren agit et conseille d'agir d'abord comme s'il existait une amaurose, et il ne se décide à l'opération qu'autant que les moyens employés pour combattre cette dernière affection restent sans succès. On conçoit, en effet, que lors même que cette opération serait alors inutile

ou suivie d'accidents, il n'en peut résulter aucune suite fâcheuse pour le malade, puisqu'il a également perdu la faculté de voir, soit qu'on opère, soit qu'on n'opère pas.

M. le professeur Sanson a imaginé, dans ces derniers temps, un moyen qu'il n'a pas encore trouvé en défaut, et qui lui paraît très propre à faire reconnaître le siège de la transparence ou du trouble du milieu que doit traverser la lumière. Quand on présente une bougie allumée devant un œil transparent dont la pupille est bien dilatée, l'on aperçoit trois images de la flamme; les deux extrêmes, c'est-à-dire les plus extérieures et les plus postérieures, sont directes, la moyenne est renversée.

MM. Pigné et Bardinet ont, d'après les conseils de M. Sanson, et suivant ses indications, fait un grand nombre d'expériences sur un œil artificiel et sur des yeux naturels; les résultats auxquels ils sont parvenus, et qu'ils ont reproduits devant ce professeur, sont les suivants: l'image renversée ou *moyenne* est reflétée par la face postérieure du cristallin; la *postérieure*, qui est *droite*, est produite par la face antérieure du cristallin, et l'*antérieure*, qui est droite aussi, appartient à la cornée; d'où il suit que le cristallin et la cornée suffisent pour la production de ces trois images; que si le feuillet antérieur de la capsule est opaque, on ne verra qu'une image droite; que si, au contraire, le segment postérieur de la capsule est opaque, on en verra deux droites; s'il est opaque et suffisamment poli, on en aura trois placées dans l'ordre indiqué ci-dessus. Ainsi donc, quand un trouble dans la vision coïncidera avec l'existence d'une ou deux lumières seulement, on pourra, nous le croyons du moins, conclure à la présence d'une cataracte; tandis que s'il y a trois images de la lumière, on pourra conclure à l'existence d'une amaurose; il est vrai que dans la cataracte capsulaire postérieure il peut exister trois images, mais alors le poli nécessaire à la production de l'image renversée ne laissera aucun doute dans le diagnostic.

Du reste, il faut une certaine habitude pour bien voir ces trois lumières; la moyenne et la profonde surtout, étant plus

pâles que l'antérieure, sont plus difficiles à apercevoir. Nous croyons devoir dire ici que pour les trouver, il est certaines précautions qu'on ne doit pas négliger. Si on laisse la lumière immobile au-devant de l'œil, au niveau de son axe, comme ces trois images sont situées sur la même ligne antéro-postérieure, il est difficile de les voir; mais si on porte la lumière au côté externe de l'œil, les deux images droites suivent la même direction, et la renversée se dirige vers le côté externe; l'inverse a lieu quand on porte la lumière en dedans; si on promène la lumière circulairement au-devant de l'œil, les images droites suivent une même direction circulaire, et la renversée en suit une circulaire aussi; mais opposée à celle décrite par les autres; c'est donc en imprimant à la lumière des mouvements latéraux et de circumduction qu'on les aperçoit plus aisément.

La conduite que l'on doit tenir avant, pendant et après l'opération, quelle que soit la méthode qu'on se propose d'employer, mérite une attention sérieuse. Avant l'opération, il est de la plus grande importance d'étudier soigneusement les circonstances atmosphériques, les influences de la température et la constitution médicale régnante. Chacun sait qu'il est des temps où les ophthalmies sont extrêmement communes, et il est très probable que l'opération serait alors suivie d'accidents inflammatoires. Mais en outre il est nécessaire de porter le plus grand soin dans l'examen de l'état général du malade et de la nature des affections concomitantes de la cataracte. Ces affections, qui souvent contre-indiquent l'opération ou doivent la faire ajourner, sont: ou un rhumatisme plus ou moins ancien, ou un catarrhe pulmonaire, ou une affection de l'estomac, des intestins, etc. La constipation, les hémorroïdes, les dartres, les diverses affections cérébrales, peuvent causer, d'une manière plus ou moins indirecte, des accidents vers l'œil déjà irrité par l'opération. S'il existe une affection rhumatismale, l'opération peut en déterminer le transport vers la tête; l'œil et ses alentours deviennent douloureux; il se manifeste une ophthalmie souvent très grave. Que l'on explique cet effet par un déplacement de