

l'humour rhumatismale ou de l'irritation, peu importe; toujours est-il qu'il n'est pas prudent d'opérer dans ces cas, et l'expérience s'est prononcée sur les accidents qui doivent en résulter. Il faut donc d'abord combattre le rhumatisme, et si l'on se décide à opérer pendant qu'il existe encore quelques douleurs vagues, on doit avoir recours à l'application d'un vésicatoire dans un lieu éloigné de la tête. Lorsque l'individu est affecté de catarrhe pulmonaire, outre l'inconvénient du transport du sang vers la tête par l'effet de la toux, on aurait à craindre, si on avait opéré par abaissement, de voir remonter la cataracte par suite des secousses qu'impriment à la tête les efforts de la toux. Y a-t-il affection de l'estomac, non seulement on aura à redouter les mêmes accidents mécaniques que détermine la toux, et qui pourraient être produits ici par le vomissement, mais encore toutes les complications qui résultent nécessairement de la sympathie existante entre l'estomac et les yeux; on sait, en effet, qu'il est des affections de ces derniers organes qui sont l'effet immédiat d'une lésion du ventricule. De plus, si on a opéré pendant l'existence d'une maladie de l'estomac, bien que cette affection soit légère, il faudra toujours faire observer une plus longue diète, et l'on sait toute la difficulté que l'on éprouve à y soumettre les enfants et les vieillards; chez ces derniers, d'ailleurs, la diète n'est pas toujours sans danger. Elle produit chez certains malades une odeur nauséabonde, aigre, qui saisit l'odorat; elle occasionne du dégoût, une mauvaise bouche; la langue devient large, pâle, sédimenteuse, et cet état ne cède quelquefois qu'avec beaucoup de difficulté. La diarrhée oblige les malades à se lever souvent; de là des déplacements de la cataracte. La constipation peut avoir plusieurs des inconvénients de la toux, et occasionner des effets sympathiques, quand elle est déterminée par une irritation. La coexistence d'hémorroïdes fluentes est une contre-indication à l'opération; et bien qu'on puisse la pratiquer quand l'écoulement a cessé, on doit toujours, dans ce cas, se tenir en garde contre les congestions sanguines vers la tête, et en combattre les moindres symptômes par des applications de sang-

sues à l'anus. Lorsque le malade est affecté de dartres, l'opération pourrait amener des répercussions ou des déplacements d'irritation, qui ne manqueraient pas de donner lieu à quelque maladie de l'œil difficile à guérir. Ce n'est donc qu'après avoir combattu les complications de la cataracte, que nous sommes loin d'avoir toutes passées en revue, que M. Dupuytren se décide à l'opération. Les constitutions médicales, les maladies régnantes doivent également être prises en considération. Enfin, il est des années où l'on observe des circonstances particulières; ainsi, en 1831, un bien plus grand nombre de cataractes furent opérées que dans les années précédentes. La plupart des malades n'avaient de cataracte que d'un côté, étaient dans la force de l'âge, et à une époque de la vie où l'on est moins souvent atteint de cette maladie.

Lors même qu'il n'existe aucune complication, le malade, avant de subir l'opération, y est préparé par des moyens que M. Dupuytren ne néglige jamais, et qui sont peut-être aussi importants que l'habileté du chirurgien. Ces précautions, ou traitement préparatoire, consistent dans la prescription de quelques bains entiers, de lavements émoulliens, de boissons de même nature, de saignées générales ou locales, suivant les circonstances et la constitution du sujet; de temps en temps on administre quelques cuillerées d'huile de ricin, et enfin, si l'œil est très mobile, si l'on craint que cet organe ne s'irrite à l'approche des instruments, on l'habitue par avance aux manœuvres chirurgicales, en simulant l'opération et en l'exposant fréquemment à la vue des mouvements de tout genre qu'il devra supporter plus tard. Lorsque M. Dupuytren croit devoir pratiquer l'opération par kératonyxis, il fait instiller, dès la veille, entre les paupières, quelques gouttes d'une solution d'extrait de belladone ou d'eau de laurier-cerise, afin de déterminer une dilatation plus ou moins considérable de la pupille.

Le sujet étant convenablement préparé par les moyens que nous venons d'indiquer, on l'opère, et l'abaissement est la méthode que M. Dupuytren adopte, comme nous l'avons déjà dit, dans la grande majorité des cas. Pour cette opéra-

tion, le malade est constamment laissé dans son lit et placé dans la position horizontale, la tête élevée : cette situation, moins favorable pour la pratique de l'extraction, offre, au contraire, dans l'opération par abaissement, l'avantage de maintenir l'œil et le malade lui-même dans un état parfait d'immobilité ; en outre, on n'est pas exposé à voir remonter le cristallin par l'effet des mouvements et des déplacements du malade. M. Dupuytren est convaincu, contre l'avis d'un grand nombre de praticiens, que le choix de cette position horizontale est pour beaucoup dans le succès.

Un accident assez fâcheux, et que M. Dupuytren a eu l'occasion d'observer, peut arriver pendant qu'on opère les malades sur une chaise, c'est la *syncope* ; aussi, depuis ce temps, tous les malades, soit à l'hôpital, soit en ville, sont-ils opérés dans leur lit : par cette précaution on évite cet accident et on prévient les ascensions de la cataracte. Cet événement, pendant que l'on pratique une opération aussi délicate que celle de la cataracte, est très gênant pour le chirurgien.

OBS. III. — *Cataracte. — Opération. — Syncope. — Nécessité de la position horizontale.* — Il y a plusieurs années (1830), M. Dupuytren fut appelé par M. Husson pour visiter un malade qui avait été opéré de la cataracte il y avait déjà longtemps, et dont l'un des yeux était malade. L'opération avait été faite par la méthode d'extraction, sur un seul œil. Le malade avait été placé sur une chaise, et à peine le chirurgien avait-il achevé la section de la cornée transparente, qu'il survint une syncope tellement forte que l'opération ne put être achevée. Le cristallin resta en place ; la guérison de la plaie se fit, et quelques mois après le malade fut opéré de l'autre œil par le même chirurgien, et suivant le même procédé. On l'avait placé, comme la première fois, sur une chaise ; une syncope eut encore lieu, et ce ne fut qu'après beaucoup de temps et de difficultés qu'on parvint à terminer l'opération. Cet accident fort embarrassant ne serait probablement pas arrivé, ou se serait moins prolongé, si le malade avait été au lit.

L'opération terminée, M. Dupuytren couvre les yeux d'un

bandeau, prend les précautions nécessaires pour empêcher tout accès de rayons lumineux dans le lit du malade, et prescrit à celui-ci la diète et le repos absolu. L'âge des individus et les circonstances qui se présentent règlent sa conduite relativement à la durée de la diète. Si l'opéré est d'une forte constitution, si l'on observe quelques dispositions à une congestion vers la tête, M. Dupuytren fait pratiquer dans la journée une saignée que l'on renouvelle, si le malade vient à éprouver de la douleur à la tête ou dans les yeux. En même temps, on administre une boisson calmante, des pédiluves, des lavements. S'il survient des vomissements, et chez les enfants ce phénomène se présente presque toujours, il prescrit d'abord une potion anodine, composée d'eau de laitue, de fleurs d'oranger, de sirop diacode, et, s'ils persistent, l'eau de Seltz ou la potion de Rivière.

Dans les cas où il y a de l'agitation et des symptômes nerveux, des lavements avec quelques gouttes de laudanum produisent de très bons effets. En résumé, la saignée générale, l'application de sangsues, principalement à l'anus ou aux extrémités inférieures, les pédiluves, les antispasmodiques, les délayants, les purgatifs, les révulsifs externes, les vésicatoires, le séton à la nuque, tels sont les moyens principaux avec lesquels M. Dupuytren combat les accidents, et sur lesquels il insiste plus ou moins, suivant le caractère ou la persistance de ces derniers. Tout en accordant la préférence à l'opération par abaissement, citons quelques observations, ajoute M. Dupuytren, qui prouvent que cette méthode peut être suivie d'accidents, et quelquefois d'accidents fort graves.

OBS. IV. — *Cataracte opérée par abaissement du côté droit. — Inflammation de l'œil. — Application d'un séton à la nuque. — Pourriture d'hôpital. — Destruction de la peau du cou. — Fièvre adynamique. — Mort. — Le cristallin déplacé est enveloppé de sa membrane. — Cataracte membraneuse formée aux dépens de la membrane hyaloïde. — Ménager (Jean-François), cultivateur, âgé de cinquante-huit ans, d'une forte stature, ayant toutes les apparences d'une*

bonne santé, entra à l'Hôtel-Dieu, le 21 juin 1816, pour se faire opérer de deux cataractes qui avaient commencé à paraître il y avait environ deux ans; et qui depuis six mois interceptaient totalement la lumière; seulement il distinguait encore les ténèbres du jour, mais il ne voyait plus assez pour se conduire.

Préparé à l'opération par un bain et un purgatif, il fut opéré dans son lit de l'œil droit par abaissement, le quatrième jour de son entrée. Lorsque le cristallin fut déplacé, il distingua les carreaux de vitre par lesquels la lumière arrivait jusqu'à son œil; on lui mit un bandeau devant les yeux; la tête fut tenue élevée au moyen d'oreillers. (Diète, bains de pieds, lavements, boissons laxatives, un vésicatoire au bras.) Jusqu'au troisième jour il n'y eut pas le plus léger accident; mais bientôt l'œil devint rouge, douloureux, la vision moins nette; il se manifesta des maux de tête violents, et le malade perdit tout-à-fait la vue pour la deuxième fois. Ce fut dans l'espoir d'arrêter ces accidents qu'on plaça un séton à la nuque, en même temps qu'on faisait sécher le vésicatoire. Le deuxième jour de son application, il était très douloureux; la peau offrait une teinte rouge, enflammée. (Cataplasmes pour diminuer l'irritation.) Le troisième jour, on commença à apercevoir une petite tache livide, noirâtre, vers l'orifice gauche du séton; on reconnut bientôt une pourriture d'hôpital commençante. La mèche fut ôtée; on continua les cataplasmes. Le quatrième jour, la tache était augmentée du double; la plaie fut couverte de quinquina, de camphre, et par dessus d'un large cataplasme. La pourriture continua à faire des progrès tellement rapides, qu'en quinze jours elle détruisit toute la peau de la nuque et de la partie supérieure du dos. On continua l'application des topiques les plus excitants et l'administration à l'intérieur de vin de quinquina, de camphre et de poligala à forte dose, le malade paraissait ne pas souffrir beaucoup. Cependant la pourriture se borna d'abord supérieurement, et quelques jours après inférieurement; la plaie se nettoya et prit un aspect satisfaisant; mais au bout de deux jours il tomba dans un état adynamique caractérisé par tous

les symptômes propres à cette affection. A dater de ce moment, la suppuration se supprima, la plaie devint pâle, la prostation augmenta de jour en jour jusqu'à la mort du malade, qui arriva huit jours après.

*Autopsie.* — La dissection des yeux a seule offert quelque chose d'intéressant, le malade ayant perdu la vue après l'avoir recouvrée. L'ouverture de la pupille laissant apercevoir un corps blanchâtre et opaque à la circonférence, translucide seulement au centre, on eût pu croire que le cristallin était remonté à sa place; mais cet état ayant été précédé de douleurs, de symptômes inflammatoires, il était plus naturel de penser qu'il s'était développé une cataracte membraneuse secondaire; c'est en effet ce qu'on observa. L'œil droit ayant été fendu transversalement, on trouva le cristallin au-dessous du niveau de la pupille, d'un blanc laiteux, adhérent d'une manière intime au corps vitré par des prolongements, des inégalités qui s'engreuaient l'une dans l'autre, de telle sorte que la surface du cristallin, qui semblait ramollie, était comme morcelée; le corps vitré qui l'entourait avait plus de consistance que dans les autres points; il avait acquis une certaine élasticité et était difficile à déchirer; l'ouverture de la pupille était presque fermée par une espèce d'anneau blanchâtre, opaque, de même aspect que le cristallin, excepté qu'au centre il était resté transparent; le cristallin se confondait avec cet anneau membraneux par un prolongement qui partait de sa partie supérieure. Voulant déplacer le cristallin avec l'extrémité d'une sonde afin de l'examiner, parce que sa surface se trouvait déchirée, une légère pression le fit sortir de sa membrane propre, qui resta presque intacte à la place qu'occupait le cristallin: Il ne pouvait rester de doute que cette membrane ne fût la membrane cristalline, car on pouvait facilement la distendre en y insufflant de l'air; le cristallin avait d'ailleurs une couleur et une consistance différentes; il était d'un jaune paille, formé de lames très denses et concentriques; enfin la membrane opaque dont nous avons parlé adhérait à la face postérieure de l'iris, et se continuait avec le corps vitré.

En voulant examiner le cristallin de l'œil gauche qui n'avait point été opéré, l'eau dans laquelle il nageait se trouva tout-à-coup remplie par une assez grande quantité de liqueur lactescente, tandis que le cristallin, plus petit qu'il ne paraissait d'abord, était jaunâtre et peu opaque. Nous n'avons pu nous assurer si c'était entre le cristallin et sa membrane, ou entre celle-ci et le prolongement de la membrane hyaloïde qu'était contenue cette humeur; mais la dernière supposition nous paraîtrait plus probable, car on concevrait facilement ce qui est arrivé dans l'œil qui a été opéré. En effet, le cristallin enveloppé de sa membrane n'étant plus adhérent à l'hyaloïde, aura pu être déplacé sans entraîner avec lui cette dernière, qui, déchirée dans son centre par la pointe de l'aiguille, n'a pu devenir opaque qu'à sa circonférence.

Cette observation prouve donc que parmi les causes de cataracte secondaire admises par les auteurs, il faut ranger l'opacité de la membrane hyaloïde qui embrasse le cristallin; que malgré l'état du malade, la nature avait commencé le travail de l'absorption du cristallin, et qu'enfin l'opération la moins dangereuse peut chez certains malades, et par une suite de circonstances qu'il est impossible de prévoir, être suivie de la mort (1).

OBS. V. — *Opération de cataracte par la méthode de l'abaissement, suivie de la rupture de l'œil.* — Guillard (François), âgé de vingt-cinq ans, plaqueur de profession, doué d'un tempérament sanguin, fut opéré de la cataracte par la méthode de l'abaissement le 28 avril 1812. On ne se décida à pratiquer cette opération que d'après les sollicitations du jeune homme, car la pupille jouissait d'une mobilité peu marquée. On prépara le malade en lui tenant le ventre libre pendant quelques jours. Le cristallin fut déprimé sans le moindre accident. Le premier jour, il survint une légère douleur de tête qu'on combattit par des bains de pieds et des lavements; un bandeau fut appliqué sur les deux yeux pour modérer les trop vives impressions de la lumière. Le second jour, la con-

(1) Observation recueillie par M. Lallemand.

jonctive s'enflamma un peu; la douleur sans être plus forte se soutint cependant, et le troisième jour la rupture de l'œil eut lieu. Interrogé sur cet événement aussi funeste qu'inattendu, l'individu dont il s'agit nous a toujours soutenu que personne n'avait touché à son œil, qu'il était sûr de n'y avoir point reçu de contusion, et qu'enfin il n'en avait pas été plus incommodé que le jour précédent. On examina l'organe avec beaucoup de soin, et il fut facile de se convaincre que le lambeau antérieur, qu'on pouvait à l'aide d'une pince éloigner ou rapprocher du postérieur, comprenait une portion de la sclérotique et la totalité de la cornée transparente. On pensa que cet accident devait être attribué à l'accumulation des humeurs, dont la sécrétion trop abondante avait été déterminée par une espèce d'irritation analogue à celle qui, après une marche forcée, donne lieu à l'hydropisie de l'articulation du genou (1).

Contrairement à la pratique de plusieurs chirurgiens célèbres, lorsque le malade est affecté d'une double cataracte, M. Dupuytren s'est décidé après de nombreux examens comparatifs à n'opérer jamais d'abord qu'un œil, et à attendre constamment, pour procéder à l'opération de l'autre, que le sort du premier soit fixé, que la guérison soit complète. L'expérience lui a démontré tous les avantages de cette conduite, que le raisonnement et la connaissance des lois physiologiques viennent à leur tour justifier. En effet, deux opérations simultanées doivent avoir nécessairement pour le malade des suites plus graves qu'une seule; et l'inflammation qui en résulte, occupant à la fois deux organes importants et d'une sensibilité particulière, produira des effets plus intenses, des accidents moins faciles à combattre. Mais ce qui est surtout digne d'attention, c'est qu'il est bien rare que cette inflammation offre dans les deux yeux la même régularité; il arrive presque toujours qu'elle se concentre avec violence sur l'un d'eux et y produit rapidement une désorganisation complète, tandis que l'autre n'est que faiblement atteint. On observe ici

(1) Observation recueillie par M. Lisfranc.

ce qui a lieu généralement dans les inflammations simultanées des organes paires.

OBS. VI. — *Cataracte double.* — *Opération par abaissement aux deux yeux.* — *Le même jour inflammation de l'œil droit.* — *Arachnitis suraiguë.* — *Mort.* — *Autopsie.* Geneviève Barra, âgé de cinquante ans, journalière, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, habituellement bien réglée, avait depuis quatre ans un commencement de cataracte à l'œil droit; lorsqu'elle fut admise à l'Hôtel-Dieu, l'opacité du cristallin était complète. Depuis deux ans, la même maladie s'est emparée de l'œil gauche. Le 15 novembre 1820, jour de son entrée, la malade était dans l'état suivant :

Les yeux sont beaux, les cataractes d'une belle couleur grise, les pupilles très mobiles; aucune douleur à la tête, aucune douleur rhumatismale; santé générale parfaite. Le 17, un purgatif fut administré, et un bain prescrit le 19.

Le 21 novembre, opération des deux côtés: elles furent promptes et faciles; cependant, à gauche, le cristallin remonta, après une première dépression, avant que l'aiguille ne fût retirée de l'œil; on l'abassa de nouveau. La malade fut assez bien pendant la journée; le soir, douleurs légères à la tête et à l'œil droit. Le lendemain, céphalalgie plus forte, quelques vomissements bilieux, douleurs vives à l'œil. (Forte saignée du pied; sinapismes aux jambes.) Léger soulagement d'abord; mais bientôt les douleurs sont aussi violentes qu'avant. (Quarante sangsues au col.) Le 23, peu de soulagement; l'œil droit est énormément tuméfié; les paupières sont tendues, luisantes; elles laissent échapper du pus; l'œil gauche est bien; il est exempt d'inflammation. La fièvre est forte, la chaleur vive, la soif intense. (Vingt-cinq sangsues autour de l'œil; six grains de calomélas; pédiluves sinapisés.) Malgré ces moyens, les symptômes augmentent, il survient du délire. Le 24, même état. (Vésicatoire aux cuisses.) Le soir, convulsions violentes, et qui simulent des accès d'épilepsie. Évacuations involontaires. Mort le 25, à onze heures du matin.

L'ouverture fut faite à l'amphithéâtre le lendemain matin. L'œil droit était énormément tuméfié, rempli de pus; on ne distinguait plus les humeurs. L'œil gauche n'était pas enflammé; le cristallin était enfoncé dans la partie inférieure du corps vitré; les méninges recouvrant l'orbite droit étaient rouges et injectées; l'arachnoïde recouvrant la partie inférieure et antérieure de l'hémisphère droit n'était qu'injectée, mais elle conservait sa transparence. Celle qui recouvrait la face supérieure et antérieure et le côté externe du même hémisphère était opaque, et sa surface était recouverte d'une couche couenneuse, purulente, jaunâtre et épaisse dans quelques endroits, verdâtre et plus mince dans d'autres, fort adhérente; les vaisseaux qui se voyaient dessous étaient gorgés de sang. Tout autour de cette couche couenneuse, l'arachnoïde était rouge et injectée. La substance du cerveau qui était au-dessous était ramollie. Du côté gauche, à la partie antérieure de l'hémisphère, l'arachnoïde paraissait seulement rouge. La substance du cerveau était généralement injectée; les ventricules latéraux contenaient chacun une cuillerée de sérosité.

Tous les autres organes étaient sains (1).

Parmi les complications diverses de la cataracte, l'une des principales et des plus communes est le rétrécissement de la pupille; il est tel quelquefois que l'ouverture pupillaire ne pourrait même donner passage à l'aiguille à cataracte. Ce resserrement, qui ne dépend dans le plus grand nombre de cas d'aucune lésion de l'iris, et que pour cela on pourrait appeler sympathique, se manifeste souvent chez des individus d'une constitution scrofuleuse: il tient à une inflammation de la rétine, reconnaissable à l'épaississement et à la rougeur de celle-ci. Cette inflammation, attaquée à temps, cède aux antiphlogistiques et à l'instillation de quelques gouttes de solution aqueuse d'extrait de belladone. Une autre complication est l'adhérence de la capsule cristalline à la face postérieure de l'iris, ou du cristallin à la membrane qui l'enveloppe,

(1) Observation recueillie par M. J. Levesque.

ou de l'iris au cercle ciliaire ; enfin le déplacement du cristallin , etc.

En général , dit M. Dupuytren , presque toutes les maladies qui affectent la membrane cristalline , l'iris , la pupille , le cercle ciliaire ou les autres parties de l'œil intéressées dans la cataracte , sont ordinairement le résultat d'une inflammation de l'iris ; inflammation extrêmement fréquente , et dont les suites compromettent plus ou moins la vision. Je dis que ces maladies sont ordinairement un effet de l'iris , et plusieurs raisons tendent à confirmer cette opinion. Si l'on examine les adhérences qui existent entre la capsule cristalline et l'iris , on voit clairement que les vaisseaux qui se sont développés à l'infini naissent principalement de cette dernière , et chacun sait que dans la formation des adhérences , lorsque deux surfaces sont ainsi réunies , le plus grand nombre des vaisseaux provient de celle qui est la plus active , c'est-à-dire de la surface la plus enflammée. Il est donc fort probable que dans ce cas la capsule du cristallin n'a été affectée que consécutivement. De plus , si l'on se rappelle que les trois dixièmes des cataractes membraneuses sont dues ou à des contusions , ou à des violences extérieures exercées sur le globe de l'œil , ou bien à une affection scrofuleuse qui s'est particulièrement manifestée sur cet organe , l'opinion que nous émettons deviendra de plus en plus probable. Enfin , si l'on observe avec attention la structure anatomique de l'œil , et surtout la disposition des vaisseaux qui se distribuent à ses différentes parties ; si l'on remarque que le plexus des vaisseaux est situé , non point au-dehors , mais au-dedans de la conjonctive ; que les inosculationes de ces petits vaisseaux entre eux sont extrêmement nombreuses , et forment une espèce de zone au point de jonction de la sclérotique avec la cornée transparente ; qu'elles disparaissent dans cette partie à mesure qu'ils pénètrent dans la sclérotique pour se porter sur l'iris , on s'expliquera comment une ophthalmie même , qui aurait eu son siège primitif dans la conjonctive , peut ultérieurement se communiquer à l'iris , et produire les accidents dont nous avons parlé. Ce qui est vrai pour les altérations de la capsule cris-

talline , ne l'est pas moins pour les autres lésions morbides de l'œil. Il suffit d'une légère inflammation de l'iris pour qu'il se produise deux phénomènes remarquables : la contraction de la pupille , et le dépôt d'une petite quantité de lymphes sur sa partie antérieure , remplissant l'espace qui la sépare de la membrane cristalloïde ; cette quantité peut augmenter au point que la lymphe épanchée passe à travers la pupille , et se trouve suspendue jusqu'au fond de la chambre antérieure. Il arrive alors , si rien ne s'oppose aux progrès du mal , ce qui arrive dans tous les cas d'épanchement de même nature ; c'est-à-dire que , d'une part , une fausse membrane s'organise , et que , d'une autre , il se forme des adhérences entre les divers tissus ; ou la pupille s'oblitére entièrement , circonstance , du reste , fort rare ; ou l'iris adhère à la capsule cristalloïde.

Mais quand il s'agit d'iritis et de resserrement de la pupille , il importe de bien s'entendre , dit M. Dupuytren. Il arrive souvent que l'on prend pour une inflammation idiopathique de l'iris ce qui n'est qu'un état sympathique , dépendant d'une inflammation de la rétine. Cette dernière inflammation est très commune ; beaucoup plus commune qu'on ne pense. Il n'y a presque pas de semaine que nous n'en voyions ici quelques exemples , ou dans nos salles , ou dans nos consultations publiques. On les observe surtout chez les enfants scrofuleux. Lorsqu'on nous les amène , ces enfants , dans cet amphithéâtre , d'aussi loin que nous les apercevons , nous pouvons juger de la nature de leur maladie : ils s'avancent à pas incertains , les mains placées devant les yeux , pour les protéger contre la clarté du jour , et quand ils arrivent devant la fenêtre , on les voit faire un mouvement brusque , tourner la tête du côté opposé , et appliquer fortement les mains sur les organes de la vue. On leur dit d'ôter les mains , ils les appliquent avec plus de force ; on veut les enlever , ils résistent ; écarter les paupières , ils s'agitent violemment pour s'y opposer ; enfin , quand on y parvient , ils poussent des cris aigus , tiennent l'œil convulsivement tourné en haut , et la cornée transparente cachée sous la paupière supérieure : il y

a chez eux une véritable horreur de la lumière. Or, d'où vient cette hémérophobie? Quelle est la cause pour laquelle le moindre rayon lumineux détermine une impression si profondément douloureuse? Assurément on ne peut la chercher dans une lésion de ces tissus de l'œil qui sont complètement privés de sensibilité. Serait-elle dans une inflammation de l'iris? mais cette inflammation existe souvent à un très haut degré sans donner lieu à ce phénomène. Il faut donc nécessairement admettre qu'elle consiste dans une phlegmasie de la rétine, de cette membrane nerveuse douée d'une sensibilité exquise, chargée de recevoir et de transmettre les impressions de la lumière. L'irritation de cet organe réagit sur l'iris et produit ce rétrécissement de la pupille, que l'on prend si souvent, comme nous l'avons dit, pour un signe caractéristique de l'iris. On conçoit que toute la différence qu'il y a entre ces deux cas, c'est que, dans l'un, le resserrement pupillaire est l'effet consécutif de l'inflammation de la rétine, et dans l'autre, l'effet immédiat d'une affection idiopathique de l'iris. C'est qui les distingue, c'est cette profonde horreur de la lumière dont nous venons de parler.

OBS. VII. — *Cataracte adhérente à l'iris.* — *Pupille artificielle.* — Dans les premiers jours du mois de décembre 1824, fut reçu à l'Hôtel-Dieu, et couché au n° 55 de la salle Saint-Bernard, un malade affecté d'une cataracte de l'œil droit, qui offrait quelques particularités intéressantes.

La pupille était tellement rétrécie, que la pointe d'une aiguille très fine aurait eu peine à s'y loger. A travers cette petite ouverture on remarquait une tache blanchâtre qui était due, sans aucun doute, à l'opacité du cristallin ou de sa membrane. M. Dupuytren, en rendant compte aux élèves de cette circonstance, leur fit remarquer que les cataractes accompagnées d'un rétrécissement considérable de la pupille sont assez souvent compliquées de l'adhérence de la capsule cristalloïde à la face postérieure de l'iris. Voulant s'assurer avant l'opération de ce qui existait, il ordonna d'instiller dans l'œil malade quelques gouttes d'une solution d'extrait de belladone. Plusieurs fois ce médicament fut administré sans que son usage

fût suivi d'aucune dilatation de la pupille; alors M. Dupuytren essayant un dernier moyen pour rétablir, s'il était possible, la vue du malade, pratiqua l'opération de la cataracte par abaissement; mais au premier effort qu'il fit pour la déplacer et l'abaisser, il décolla l'iris dans une large étendue, et produisit ainsi une pupille artificielle. Le malade recouvra d'abord en grande partie l'usage de la vue. Immédiatement après l'opération, il distinguait parfaitement les objets; mais depuis, la pupille artificielle s'est presque entièrement oblitérée, et cet homme retomba en peu de temps dans l'état où il était avant l'opération.

Une complication de la cataracte dont nous devons encore parler, et qui rend l'opération complètement illusoire, c'est la paralysie de la rétine. Il est d'une grande importance de constater d'abord cette lésion, afin de ne pas tenter une opération inutile, et exposer les malades aux accidents qui peuvent en résulter. En l'absence de tout autre désordre (tel que l'adhérence de la capsule cristalline à la face postérieure de l'iris) auquel on puisse attribuer l'immobilité de la pupille, ce dernier signe est, en général, le moins équivoque. Mais chez quelques individus on rencontre certaines particularités propres à établir, sinon une certitude absolue, du moins une très forte présomption en faveur de l'existence de cette paralysie. Un jeune homme de vingt-huit à trente ans, actuellement couché dans les salles de l'Hôtel-Dieu, est affecté d'une cataracte membraneuse accidentelle, c'est-à-dire produite par un accident, une contusion reçue sur la partie antérieure du globe de l'œil. La capsule cristalline n'est pas altérée en totalité; plusieurs points de sa surface et le cristallin sont parfaitement transparents; cependant la vision est complètement abolie, le malade ne peut distinguer le jour d'avec la nuit. Une femme âgée, que M. Dupuytren a opérée le 16 décembre, a offert un exemple contraire. Bien que la lentille fût entièrement opaque, la faculté de voir existait encore à un très faible degré; la malade pouvait distinguer le jour des ténèbres. D'où vient cette singulière différence? dit M. Dupuytren. Quel est l'obstacle qui, chez le jeune homme, s'oppose