

à toute perception des rayons lumineux ? Il n'est aucun de vous qui ne soit porté à conclure qu'il existe ici autre chose qu'une simple cataracte ; et, en effet, nous avons de fortes raisons de croire que la cause de ce phénomène consiste dans une paralysie de la rétine. Il nous reste donc bien peu d'espoir de rétablir la vision. Cependant le malade demande à être opéré, lors même, dit-il, que l'opération ne devrait pas lui rendre la faculté de voir. Le désir d'être débarrassé d'une difformité est sans doute le motif de sa résolution. J'ai vu souvent, continue M. Dupuytren, des personnes, principalement des femmes, venir réclamer l'opération dans des circonstances analogues, sans espoir de recouvrer la vue, et dans le seul but d'être délivrées d'une difformité qui déparait leurs traits. Pour l'une d'elles, la réalisation d'un projet de mariage s'y trouvait même intéressée. J'ai cédé quelquefois à ces considérations, et aucun accident n'est survenu. De semblables motifs sont trop frivoles pour un homme qui peut vivre sans inconvénient avec un œil cataracté ; aussi engagerons-nous fortement notre malade à ne pas persister dans ses desirs, si décidément l'opération nous paraît devoir rester sans succès pour le rétablissement de la vue.

Avec quelque habileté qu'ait été pratiqué l'abaissement de la cataracte, il arrive assez souvent, et c'est un des plus graves reproches qu'on puisse adresser à cette méthode, il arrive assez souvent, disons-nous, que le cristallin remonte, et qu'en se replaçant derrière la pupille, il ôte à la lumière tout moyen de pénétrer jusqu'à la rétine. Des efforts de toux, des mouvements inconsidérés exercés par le malade, et mille autres causes trop longues à énumérer, amènent ce résultat. Il est difficile d'expliquer la tristesse dans laquelle tombent les individus qui, après avoir momentanément recouvré la vue, s'en voient privés de nouveau.

Si la cataracte a été abaissée en masse, deux partis sont à prendre. On peut la laisser en place, en attendant qu'elle soit résorbée ; mais cette résorption se fait quelquefois attendre si long-temps, qu'il vaut mieux, en général, l'abaisser de nouveau, ce qui doit être pratiqué comme si on avait à l'abaisser pour la première fois.

Il est des cas dans lesquels la cataracte a une telle tendance à remonter, que M. Dupuytren a été obligé de l'abaisser jusqu'à quatre fois dans l'intervalle de quelques mois ; il a remarqué que cette opération diminue de danger à mesure qu'elle se répète plus souvent chez le même individu.

Dans ces circonstances, on trouve presque toujours le cristallin ramolli et lanugineux à sa surface : preuve de l'action que les vaisseaux absorbants avaient exercée sur lui ; l'un des malades opérés depuis peu de temps à l'Hôtel-Dieu en a offert un exemple.

On a vu aussi le cristallin, abaissé une première fois en masse, remonter, au bout d'un certain temps, non pas en totalité, mais en partie seulement, soit que l'autre partie eût été déjà résorbée, ou qu'après s'être détachée spontanément, elle soit restée plongée dans le corps vitré. Un vieillard que M. Dupuytren a opéré une seconde fois, le 16 de ce mois, pour un accident de ce genre, nous a offert un exemple de cette particularité.

La cataracte est susceptible de reparaître derrière la pupille, alors même qu'elle a été opérée par broiement ou par division ; dans ce cas, elle se forme par la réunion de parties plus ou moins nombreuses de la cataracte divisée, lesquelles se relèvent, se rassemblent et se confondent derrière la pupille. La résorption de ces sortes de cataractes, que l'on pourrait nommer *cataractes par agglomération*, est en général plus facile, plus prompte que celle des cataractes entières. On voit alors, au bout d'un temps plus ou moins long, suivant l'âge et l'état des forces absorbantes des malades, des espaces transparents paraître et s'étendre jusqu'à ce que la pupille soit enfin complètement nettoyée. La vue des malades se rétablit, s'étend et se fortifie dans la même proportion, et chaque jour amenant des progrès dans l'état de la vision, ils ne cessent de faire des découvertes qui leur causent autant de joie que l'invasion de la maladie leur avait causé de tristesse. Quelquefois pourtant, des débris de ces cataractes persistent opiniâtrément, et altèrent plus ou moins profondément la vision. On est alors obligé de les attaquer,

de les déchirer et de les détourner de l'axe des rayons visuels.

Le cristallin, continue M. Dupuytren, a des fonctions que tout le monde connaît ; est-il enlevé, abaissé ou détruit, la vision ne saurait se faire comme dans l'état naturel. Quelques individus myopes rentrent, par la soustraction du cristallin, dans la jouissance d'une vue ordinaire, mais les presbites ont plus de peine à voir qu'avant la formation de la cataracte ; ceux-ci ont besoin qu'une lentille artificielle, placée au-devant de l'œil, vienne suppléer au cristallin enlevé. L'usage de ces verres ne doit être permis au malade que long-temps après que l'opération a été pratiquée, autrement l'intensité des impressions qu'ils déterminent enflammerait l'œil, et ferait perdre au malade le fruit de l'opération, comme je l'ai souvent observé.

Le cristallin retenu d'une manière fixe, à l'état sain, dans sa capsule, paraît devenir plus susceptible de déplacement lorsqu'il a perdu de sa transparence. Tantôt il se déplace en totalité et passe dans l'une des deux chambres antérieure ou postérieure, plus rarement dans la première ; tantôt, restant en partie fixé, il se détache dans une plus ou moins grande étendue, et flottant par l'un de ses côtés, obstrue incomplètement l'ouverture pupillaire. C'est par l'effet de déplacements semblables qu'il est arrivé à des malades affectés de cataractes de retrouver subitement la vue, à la suite d'un mouvement brusque ou d'un coup porté sur la tête ou sur l'œil. Quelquefois il s'enfonce dans le corps vitré pendant les tentatives faites pour l'extraire, ou bien il passe dans la chambre antérieure pendant l'abaissement. Enfin, quelques observations prouvent la faculté que possèdent certains individus de faire pour ainsi dire voyager à volonté leur cristallin cataracté d'une chambre de l'œil à l'autre. Le plus remarquable des exemples de ce genre rappelés par M. Dupuytren est sans contredit celui que M. Demours a consigné dans son *Traité des maladies des yeux*, et dont nous croyons devoir résumer ici l'histoire.

OBS. VIII. — *Déplacement du cristallin à volonté.* — « J'ai vu quelquefois, dit M. Demours, le cristallin opaque passer

par la pupille dans la chambre antérieure, et de là retourner à sa place. Quelques malades peuvent lui faire exécuter à volonté ce déplacement alternatif. M. le docteur Tillard et M. Busnel, ancien chirurgien-major, étaient chez moi le 3 juillet 1817, lorsque M. Gastel, affecté de cataracte, fit passer, en leur présence, le cristallin opaque dans la chambre antérieure, et le fit repasser derrière l'iris. M. Gastel, sujet de cette rare observation, est cordonnier, âgé de trente-un ans, de bonne constitution, et il demeure rue de la Tonnellerie, n° 44. La cataracte qu'il a à l'œil droit date de l'âge de six ans ; le cristallin opaque est descendu peu à peu derrière l'iris, vers l'époque de la puberté. Il était invisible à dix-huit ans, et plongé dans le corps vitré désorganisé... A dix-neuf ans, pendant un service militaire très actif, ce corps passa devant l'iris. Les douleurs continuelles que le malade éprouvait lui firent obtenir son congé. Je me proposais d'en faire l'extraction ; mais le malade désirant éviter l'opération, je lui conseillai d'instiller dans l'œil quelques gouttes de solution aqueuse d'extrait de belladone pour dilater la pupille, et faciliter le retour de la lentille opaque derrière l'iris ; je l'engageai à favoriser ce passage en restant couché pendant vingt-quatre heures sur le dos, et même, pendant cet intervalle, en ayant de temps à autre la tête tellement placée que le sommet fût plus bas que le cou ; enfin à faire instiller quelques gouttes de vinaigre aussitôt que le cristallin ne serait plus visible, et cela dans l'intention d'exciter une phlegmasie artificielle, capable de faire cesser la dilatation de la pupille, et même de rendre son diamètre plus petit qu'il n'était avant l'emploi de la belladone : procédé que j'ai employé utilement dans certains cas. Tout fut exécuté, et suivi du succès que j'attendais.

» M. G... fut huit ans et demi sans être incommodé de son singulier accident, qui a lieu de nouveau depuis deux ans, jusqu'à trois et quatre fois par mois. Il lui suffit de baisser vivement la tête par inadvertance pour que la lentille passe devant l'iris ; alors il souffre et est incapable d'occupation, jusqu'à ce que, couché par terre, le menton haut et le sommet

de la tête bas, il la fasse rentrer en exerçant d'assez fortes frictions sur le globe de l'œil, à l'aide de la paupière supérieure. Je lui en ferai probablement l'extraction quelque jour. »

On conçoit, poursuit M. Dupuytren, que toutes ces variétés pathologiques nécessitent certaines modifications dans le manuel opératoire, ou dans le traitement, suivant leurs causes et leur nature. Si le rétrécissement de la pupille est le produit d'une inflammation aiguë, les antiphlogistiques, l'application des sangsues à l'angle de l'œil, les ventouses scarifiées aux tempes, et surtout les saignées au pied, suffiront pour le dissiper; mais si l'affection est à l'état chronique, s'il n'existe aucun signe d'inflammation, les moyens précités n'auraient aucun résultat avantageux; c'est alors que l'on fait usage, avec succès, de l'extrait de belladone en frictions, et surtout de l'eau de laurier-cerise, dans le but de dilater convenablement la pupille et de rendre l'opération plus facile.

L'observation m'a appris 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. Dans ces sortes d'adhérences, si le cas se présente au moment où la lymphe épanchée commence seulement à se condenser, et donne lieu à une simple agglutination, facile à rompre, l'usage de la belladone peut encore être d'une grande utilité; car l'iris, en s'étendant tout-à-coup par l'action du médicament, détruit par ce mouvement une grande partie de cette agglutination récente, et il reste fort peu de chose à faire pour l'opérateur. Mais si les adhérences sont organisées, il est de toute nécessité de porter l'aiguille à cataracte entre les deux membranes, et de détruire leur union avant d'abaisser le cristallin. L'adhérence de l'iris au cercle ciliaire présente beaucoup de variétés chez les divers individus: chez quelques uns, elle est si étendue et si intime qu'on éprouve de très grandes difficultés à les séparer, lorsqu'on veut produire une pupille artificielle; chez d'autres, l'iris se déchire plutôt qu'elle ne se décolle; chez d'autres enfin, elle se détache au moindre effort.

Dans les déplacements du cristallin, devenu on non opa-

que, M. Dupuytren admet comme règle générale, que, quel que soit le lieu qu'il occupe, toutes les fois qu'il ne cause aucun accident inflammatoire, il faut l'abandonner à lui-même, mais opérer aussitôt qu'il se manifeste le moindre signe d'inflammation. En effet, s'il n'est point opaque, on ne gagnerait rien à l'extraire, et dans le cas contraire, la nature s'est chargée d'en faire l'abaissement. Lorsque le cristallin est enfoncé dans le corps vitré, il n'y a évidemment rien à faire qu'à le laisser dans la position qu'il occupe; car les choses se trouvent dans un état analogue à celui qui résulterait de l'opération par abaissement, et le cristallin est, comme à la suite de celle-ci, soumis à l'action des vaisseaux absorbants. Lorsqu'il est dans la chambre antérieure de l'œil, l'opération est simple et facile. Dans la plupart des cas, on pratique une petite incision à la cornée, et le corps étranger tombe de lui-même, ou l'on en fait l'extraction avec l'aiguille. C'est ainsi que les praticiens se conduisent généralement.

M. Dupuytren est le premier qui se soit écarté de la route connue, en opérant un cas de ce genre d'une manière inusitée et jusque là sans exemple. Quelques praticiens conseillent cependant de tâcher de faire repasser à l'aide de l'aiguille le cristallin dans la chambre postérieure.

OBS. IX. — *Cataracte passée spontanément dans la chambre antérieure, reportée dans la postérieure à l'aide d'une aiguille, et déprimée dans le corps vitré.* — Le nommé Philippe Petit, ancien militaire, âgé de trente-quatre ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 2 novembre 1819, pour s'y faire traiter d'une cataracte à l'œil gauche, passée dans la chambre antérieure.

Il y a environ quatorze ans que ce malade s'aperçut, pour la première fois, que sa vue commençait à s'affaiblir du côté gauche; les objets lui paraissaient comme enveloppés d'une gaze (ce sont ses expressions); bientôt il ne put distinguer que le jour de la nuit. Jamais il n'avait reçu de coups ou fait de chute sur la tête. Depuis fort long-temps il ne s'occupait plus de son œil, lorsqu'il y a quinze jours, en se baissant, il sentit tout-à-coup une vive douleur à l'œil gauche, avec la sensation d'un corps qui se déplaçait: les douleurs augmen-

tèrent; l'œil devint rouge, larmoyant; l'impression de la lumière était pénible. Ces accidents engagèrent Petit à venir réclamer les secours de l'art; il entra en effet à l'Hôtel-Dieu, le 2 novembre, et se trouvait alors dans l'état suivant:

La chambre antérieure de l'œil gauche est complètement remplie par un corps arrondi, d'un blanc nacré, et formé par le cristallin devenu opaque; l'œil est rouge, enflammé, douloureux et larmoyant; céphalalgie vive. Une saignée au bras, un bain et un purgatif firent cesser les accidents, et préparèrent le malade à l'opération qui fut pratiquée, le 4 novembre, de la manière suivante:

Le malade couché dans son lit, la tête élevée par des oreillers, l'aiguille fut enfoncée à deux lignes environ de l'union de la cornée transparente avec la cornée opaque; M. Dupuytren lui fit traverser la chambre postérieure, pénétra dans l'antérieure, accrocha le cristallin, le fit repasser dans la chambre postérieure, au fond de laquelle il le tint abaissé pendant quelque temps; alors il retira son aiguille, et le malade put voir la main qui venait de lui rendre la lumière et distinguer les personnes qui assistaient à l'opération. Un bandeau fut placé au devant de l'œil; on ferma à la lumière tout accès dans le lit, et le malade fut tenu à la diète.

Le soir, le malade n'éprouve aucune douleur à l'œil non plus qu'à la tête; aucun accident nerveux depuis l'opération.

Le premier jour, un peu de douleur se déclare à l'œil, qui est rouge et larmoyant. Une saignée au pied de deux palettes est pratiquée; boissons délayantes, lavements purgatifs, pédiluves sinapisés, diète au bouillon.

Le deuxième jour on examine son œil; il est moins rouge, moins douloureux; le cristallin n'est pas repassé dans la chambre antérieure; du reste, le malade voit et distingue bien.

Enfin, Petit quitte l'hôpital le sixième jour de l'opération, ayant la pupille parfaitement nette, voyant très bien, et n'éprouvant plus la moindre douleur.

Lorsque le cristallin passait de la chambre postérieure dans l'antérieure, quelle que fût la cause de ce déplacement, toujours les praticiens employaient l'extraction; les auteurs

jusqu'à ce jour n'avaient indiqué que ce seul moyen. Vacca, en Italie, broyait le cristallin dans la chambre antérieure, et attendait qu'il s'y résorbât. M. Dupuytren est le premier, comme nous venons de le dire, qui, après avoir traversé la sclérotique, la chambre postérieure, et être parvenu dans l'antérieure, ait avec son aiguille accroché le cristallin, l'ait fait repasser de la chambre antérieure dans la postérieure, et l'ait ensuite abaissé (1).

Pott affirme que l'on peut sans crainte laisser un cristallin tombé dans la chambre antérieure pendant l'opération, et en attendre la résorption. Nous partageons aussi cette opinion, et les deux observations qui suivent la confirment en tous points, malgré les assertions de Beer, qui prétend que jamais Pott n'avait pu voir un cas semblable; car toujours un cristallin ainsi tombé dans la chambre antérieure cause une violente inflammation, de vives et atroces douleurs, et exige impérieusement qu'on en fasse l'extraction.

OBS. X. — *Passage du cristallin dans la chambre antérieure de l'œil pendant une opération de cataracte par abaissement. — Résorption du cristallin. — Pas d'accidents.* — Le nommé Éfaure (Pierre), âgé de quarante-sept ans, laboureur à Gaillard, département de la Haute-Vienne, avait perdu la vue de l'œil gauche il y avait six ans, et de l'œil droit depuis un an seulement. M. Cruveilhier, chirurgien à Limoges, qu'il consulta, reconnut l'existence de deux cataractes bien formées, et pratiqua l'opération par abaissement du côté droit. La vue ne se rétablit pas, probablement à cause des symptômes inflammatoires qui survinrent dans l'œil. Aujourd'hui la pupille est coarctée et déformée; le malade peut à peine de cet œil distinguer la lumière d'avec la nuit. Désirant se faire opérer de l'autre œil, il vint à Paris, et entra à l'Hôtel-Dieu le 6 mars 1819. La cataracte était formée, la pupille rétrécie, mais bien mobile; le malade pouvait de ce côté distinguer la lumière d'avec la

(1) Réflexions et observations sur le passage de la cataracte dans la chambre antérieure, par M. Marx. 1820.

nuît. On lui donna, suivant l'usage, un bain et un purgatif, on mit entre ses paupières une goutte de solution d'extrait de belladone étendue d'eau pour dilater la pupille, et le lendemain matin, 14 mars, on pratiqua l'opération par abaissement. Le malade était, suivant la coutume adoptée à l'Hôtel-Dieu, couché dans son lit la tête appuyée sur son oreiller; position qui a l'avantage de pouvoir être conservée après l'opération sans que le malade soit obligé de faire aucun mouvement, mais qui est assurément moins commode pour l'opérateur.

Au moment où M. Dupuytren saisissait avec l'aiguille le cristallin pour le déprimer, un des nombreux élèves qui l'entouraient heurta brusquement le coude, dans un mouvement qu'il faisait pour suivre les différents temps de l'opération. Le cristallin, poussé subitement à travers la pupille, passa dans la chambre antérieure. On essaya d'aller l'accrocher avec l'aiguille, et de le faire revenir à travers la pupille dans la chambre postérieure, mais on ne put y réussir. On fut d'abord incertain si on le ferait sortir par une incision pratiquée à la cornée transparente; mais craignant de déterminer une inflammation trop vive, on préféra laisser ce corps dans la chambre antérieure. Il s'offrait alors sous l'apparence d'un corps lenticulaire d'une couleur jaunâtre, entièrement opaque, situé dans la partie inférieure et au milieu de la chambre antérieure, au-devant de la pupille qu'il n'oblitérait cependant pas en totalité.

Le malade fut saigné, mis à une diète sévère, placé dans l'obscurité; le lendemain et les jours suivants il était dans un état fort satisfaisant. L'œil présentait à peine une légère rougeur, et il n'y avait aucuns signes des accidents inflammatoires intenses qu'on avait redoutés. Le dix-huitième jour, tous les accidents primitifs ne paraissant plus à craindre, on avait peu à peu ramené le malade à la vie commune. Il commençait à distinguer les objets qu'on lui présentait au-dessus de sa tête. La pupille offrait, en effet, à sa partie supérieure une espèce de croissant étroit, libre, à travers lequel pouvaient pénétrer ses rayons lumineux, non interceptés par le cristallin.

Le malade resta encore deux mois et demi à l'hôpital pendant lesquels il n'éprouva aucune espèce d'accidents. Le cristallin, durant cet espace de temps assez long, éprouva une diminution si faible, que les personnes qui examinaient l'œil tous les jours avaient peine à s'en apercevoir. Cependant le malade distinguait plus facilement les objets, et dans une direction plus rapprochée de l'axe de l'œil. Le croissant formé par la portion de pupille non masquée par le cristallin avait manifestement plus d'étendue; la circonférence du cristallin paraissait moins nettement terminée, sa couleur était toujours la même. A la sortie de l'Hôtel-Dieu, le succès de l'opération était certain.

OBS. XI. — *Opération de la cataracte par abaissement.* — *Passage du cristallin dans la chambre antérieure deux jours après l'opération.* — *Résorption complète de ce corps au bout d'un mois.* — *Guérison.* — Le nommé Camusot (Jacques-Frédéric) âgé de quatorze ans, fondeur en bronze, mais exposé par son état à une vive lumière, fut opéré à l'âge de sept ans d'un calcul urinaire, par la méthode rectopérinéale. Il guérit très bien de son calcul, mais conserva une incontinence d'urine. On voit en avant de l'anus une cicatrice d'un demi-pouce de long qui s'étend de cet orifice vers les bourses.

Ce malade, sujet à des maux de tête depuis cinq à six ans, commença à éprouver, il y a deux ans, du trouble dans l'œil gauche. Il lui semblait avoir un brouillard au-devant de cet œil. La vue s'affaiblit de jour en jour, et se perdit tout-à-fait au mois de juillet 1832. Il entra à l'hôpital le 18 septembre de la même année; il fut purgé quatre jours avant l'opération.

La cataracte était grisâtre et fermait toute la pupille, qui était large, mobile, et très sensible à la lumière. Une goutte d'extrait aqueux de belladone suffit pour produire une dilatation très grande.

L'opération fut pratiquée par abaissement le 28 septembre. L'aiguille ayant été portée sur la cataracte, la traversa en plusieurs sens avec facilité sans pouvoir l'abaisser. M. Dupuy-

tren chercha dès lors à la broyer autant que possible, pour favoriser l'absorption consécutive, qu'on regardait comme certaine, ce qui fit qu'on ne désespéra pas de la guérison, quoique la pupille fût toujours obstruée par la cataracte; on était d'autant plus sûr du succès, que le sujet était très jeune; on sait en effet que l'absorption est très rapide chez les enfants, moindre chez les adultes, mais bien plus forte chez eux que chez les vieillards. On a pu vérifier cette loi physiologique plusieurs fois après l'opération de la cataracte. Quoi qu'il en soit, M. Dupuytren assura que le cristallin serait tout-à-fait résorbé dans un mois. Le fait fut réalisé, comme on le verra. Cependant l'enfant éprouva le lendemain de l'opération de la douleur à la tête et à l'œil. (Saignée du bras de deux palettes le matin; douze sangsues derrière l'oreille.)

Le lendemain, 30 septembre, il n'y a plus ni douleur à la tête ni à l'œil; la rougeur de la conjonctive est presque nulle; il existe un léger larmolement. On remarque, en ouvrant l'œil, que la pupille est largement dilatée, et que le cristallin a passé tout entier dans la chambre antérieure, et bouche complètement la pupille.

Les 1^{er}, 2 et 3 octobre, l'état de l'œil est très satisfaisant; la cataracte est toujours dans le même état. Le malade semble un peu distinguer la lumière. (Quart de portion.)

Les 5, 6, 7, 8, 9, 10, l'état général est excellent; l'œil n'est pas enflammé; la pupille est claire dans la moitié de son étendue environ, et le malade dit apercevoir un peu de côté. On accorde les trois quarts de la portion.

Les jours suivants, le point libre de la pupille grandit, et la masse du cristallin diminue.

Le 20 octobre, la résorption est presque complète; il ne reste plus qu'une petite parcelle du cristallin à la partie interne de la chambre antérieure. Le malade voit bien. On remarque un point blanchâtre au fond de l'œil, qu'on regarde comme une opacité de la membrane cristalline. Cette circonstance n'empêche pas la marche rapide vers la guérison, et la sortie de l'hôpital le 26 octobre, un mois après l'opération. Cet enfant distingue très bien à distance ordinaire tous les objets qu'on lui présente.

Richter (1) donne le même conseil que Beer, et cite un exemple d'un cristallin qui avait été déprimé depuis dix ans, et qui, après ce temps, remonta et tomba dans la chambre antérieure. Il survint une inflammation grave, et la cécité ne cessa que lorsque le cristallin fut extrait. Enfin Laugenbeck rapporte l'observation suivante, trop remarquable pour ne pas vous être citée. « Je fis, dit ce célèbre chirurgien, il y a trois ans, l'extraction d'un cristallin qui était tombé dans la chambre antérieure. L'œil était, par cet accident, devenu amaurotique. Depuis deux mois, le cristallin séjournait dans cette chambre; il était diminué de moitié, comprimait en arrière la partie inférieure de l'iris, et obstruait la pupille. Craignant alors que la rétine ne souffrît, je pratiquai une incision dans la cornée, et soulevai le cristallin avec un crochet. Immédiatement après l'opération, le malade ne vit pas mieux; mais le quatrième jour il jouissait de cette faculté. Ici l'amaurose était évidemment la suite d'une pression sur l'iris, qui agissait sur les nerfs ciliaires. »

OBS. XII. — *Cataracte complète sur l'œil gauche. — Cataracte commençante sur l'œil droit. — Opération de la première par abaissement. — Résorption d'une portion du cristallin remonté. — Guérison.* — Caron, Anne-Marguerite, âgée de cinquante ans, garde-malade, entra le 19 février 1819 à l'Hôtel-Dieu, affectée d'une cataracte complète à l'œil gauche, et d'une cataracte commençante à l'œil droit.

Cette malade avait toujours éprouvé une faiblesse de la vue qui l'obligeait à porter habituellement des conserves. En 1809, l'œil gauche commença à s'obscurcir; elle voyait souvent des nuages qui lui représentaient comme des toiles d'araignées qui auraient été tendues sur ses cils. Ce symptôme était passager et ne se reproduisait que quand l'œil était dirigé en haut, ce qui indiquerait peut-être que l'opacité du cristallin avait commencé par sa partie inférieure; plus tard il était devenu presque habituel, et peu à peu la vue s'était éteinte. Vers le mois de juillet 1818, cet œil fut tout-à-fait inutile pour la vision.

(1) *Anfangsgründe der Wundarzneikunst*. Band, 3, 223.

Le droit a commencé à cette époque environ à s'obscurcir; mais la cataracte ne s'est pas développée de la même manière que sur l'œil gauche. La malade n'a pas éprouvé cette sensation incommode et passagère de toiles d'araignées, qui a annoncé le développement de l'autre cataracte. L'affaiblissement de la vue a été graduel; la faculté de voir n'est pas encore totalement éteinte.

Au moment de l'entrée de la malade à l'Hôtel-Dieu, l'œil gauche offre une cataracte complète; le cristallin entièrement opaque a pris une couleur blanche nacrée; la pupille, habituellement contractée, conserve toute sa mobilité. L'œil droit présente une tache blanche au centre de la pupille, ce n'est encore qu'un point opaque peu étendu et peu apparent; la malade voit assez clair pour se conduire, elle peut même distinguer quelques couleurs; du reste, les yeux sont très sains, exempts d'inflammation; la malade n'est pas sujette aux maux de tête; elle jouit d'une bonne santé.

M. Dupuytren, décidé à opérer, fait d'abord poser par précaution un cautère à la cuisse, dans le but surtout de remédier à une disposition aux congestions vers la tête, qui paraît s'établir depuis la cessation des règles. On fait aussi appliquer un peu d'extrait de belladone sur l'œil gauche pour dilater la pupille contractée.

Le 26, cet œil est opéré par abaissement. L'opération est très prompte; M. Dupuytren la pratique au lit comme il a coutume de le faire. Une petite portion de la membrane cristalline est restée derrière la pupille; elle sera résorbée, sinon on l'abaisserait par une seconde opération. On fait une saignée, et M. Dupuytren ordonne d'en pratiquer une seconde dans la journée et sur le soir, s'il survient quelques symptômes de congestion ou de fluxion vers la tête. (Lavements, bains de pieds; tisane de tilleul et d'oranger.)

Dans la journée, la malade est prise de vomissements; elle éprouve les symptômes d'une congestion vers la tête: vertiges, céphalalgie; l'œil est très douloureux. Le soir, ces symptômes persistent. (Saignée, potion de Rivière et tisane de tilleul et d'oranger.) Le 27, la malade a été assez calme; les vomissements ont cessé; l'œil reste un peu douloureux.

Le 1^{er} mars, la malade est fort tranquille; l'œil est en bon état; point de mal à la tête. (Sel d'Epsom dans du bouillon aux herbes.) Du 1^{er} au 7 il ne survient rien de remarquable; l'œil est toujours bien. (Tilleul et oranger.) Le 8, la malade éprouve des élancements dans l'œil, qui est un peu plus rouge. (Saignée du pied.) Dans la nuit, la malade se sent soulagée; elle a un épistaxis. Le 9, les douleurs de l'œil ont diminué; mais la malade, d'un tempérament très sanguin, éprouve un peu d'agitation. (Lavement avec quelques gouttes de laudanum.) Le 12, la malade se plaint de douleurs à la tête ainsi qu'à l'œil opéré, qui est rouge et un peu enflammé; une petite portion du cristallin remontée, obscurcit la pupille. (Séton à la nuque; bains de pieds.) Le 16, les douleurs persistent, l'œil reste enflammé. (Saignée du pied; bouillon aux herbes; lavements purgatifs.) Le 19, la malade se plaint d'insomnie. (Sirop diacode.) Du 19 au 30, l'œil est toujours un peu douloureux et rouge; l'impression de la lumière est pénible. Le cristallin, en partie remonté, diminue chaque jour par absorption. On peut en quelque façon suivre cette absorption qui rend la surface du cristallin floconneux dans les endroits où elle s'exerce. (Bains de pieds.)

La malade sort le 2 avril.

Il faut le dire, les comparaisons établies entre les deux méthodes d'opérer la cataracte, l'abaissement et l'extraction, comparaisons appuyées ordinairement dans les auteurs sur des raisonnements spéculatifs, sont loin de satisfaire les esprits exacts. Pour décider cette question importante, les faits sont nécessaires. Le docteur Dubois (de Versailles) a entrepris dans le temps de dépouiller les registres de la Charité et de l'Hôtel-Dieu pendant les années 1808, 1809, 1810, 1815, 1816, 1817, 1818, 1819, et il est arrivé aux résultats suivants :

	Hôtel-Dieu, ab.	Charité, ex.
Nombre des malades.	68	45
— des cataractes opérées.	72	64
Succès.	63	39
Insuccès.	9	25