

que M. Dupuytren mettait à former le sens de la vue chez les personnes qu'il avait opérées de la cataracte congénitale. Il faut l'avoir vu se faisant suivre dans les longues salles de l'Hôtel-Dieu par ces aveugles de naissance, en leur montrant son tablier blanc, pour se faire une idée de sa sollicitude en pareille circonstance. D'autres fois, placé à l'extrémité d'une salle, tandis que les nouveaux opérés, les mains attachées derrière le dos, étaient à l'autre extrémité, il leur disait de courir. Sa physionomie exprimait alors tout l'intérêt que lui causaient leurs premiers pas incertains, chancelants, inégaux, et le plaisir qu'il éprouvait quand, après des épreuves plus ou moins répétées, les petits malades avaient appris à savoir regarder. De pareils exercices étaient basés sur cette haute physiologie que ce grand chirurgien comprenait si bien, et dont il faisait de si fréquentes et de si heureuses applications (1).

En rapportant cette observation, nous nous sommes proposé surtout de faire connaître toutes les circonstances curieuses qui se rattachent à ce cas extraordinaire. L'histoire chirurgicale de la kératonyxis ne gagne rien, sans doute, à cette publication, et tous ces phénomènes si remarquables se seraient manifestés de même, si l'opération avait été pratiquée par abaissement simple ou bien par extraction, quelque procédé, en un mot, que l'on eût mis en usage; mais la véritable conclusion qu'il faut tirer de cette observation, c'est que le ministère du chirurgien ne consiste pas seulement à bien opérer, et que dans certains cas particulièrement l'opération la mieux faite serait infructueuse, si une étude attentive de l'intelligence humaine, de ses règles et de ses écarts, de son développement naturel et de l'éducation qui lui convient, ne venait compléter l'œuvre chirurgicale, et achever par la réflexion ce que l'art a commencé. A cet égard, l'observation que nous venons de rapporter frappera vivement tous les esprits. Dans les deux observations par lesquelles nous allons terminer ce qui est relatif à la kératonyxis, nous

(1) Voir l'excellent article de M. Caffé sur la Cataracte, *Dict. des études médicales pratiques*.

appellerons l'attention sur quelques particularités intéressantes pour les praticiens.

Obs. XIV. — *Cataracte double. — Opération par kératonyxis, vomissements, inflammation, délire, déformation de la pupille. — Guérison deux mois après l'opération.* — Marianne Rapine, d'une assez bonne constitution, s'aperçoit à cinquante-huit ans de l'affaiblissement progressif de sa vue. A soixante-un ans, elle n'a plus que la faculté de distinguer le jour de la nuit, et elle entre à l'Hôtel-Dieu le 29 juin 1816.

Ses yeux sont saillants et offrent une opacité complète du cristallin; la pupille se contracte bien quand on fait arriver sur l'œil une assez grande quantité de lumière. On propose l'opération à la malade, qui l'accepte avec joie. Avant de la pratiquer, on combat par des vomitifs et des délayants un embarras gastrique qui est survenu. Le 10, on applique un vésicatoire au bras; le 14, on introduit, le matin, quelques gouttes de solution d'extrait de belladone entre les paupières, et à dix heures on abaisse les deux cataractes par kératonyxis. La malade est reconduite à son lit, où on lui tient la tête élevée. (Bains de pieds, infusion de fleurs de tilleul et d'oranger.)

Dans la journée, vomissements répétés plusieurs fois; une potion antispasmodique ne fait que rendre plus rares les vomissements, qu'on ne peut attribuer dans ce cas à la lésion des nerfs ciliaires.

Le lendemain, les vomissements cessent entièrement; le soir, les yeux sont en assez bon état.

Trois jours après l'opération, douleurs à la tête, écoulements de larmes brûlantes. Dans la journée, une saignée est pratiquée, des bains de pieds et des lavements sont donnés.

Les jours suivants, les deux yeux deviennent le siège d'une inflammation très intense; les conjonctives sont rouges et hémorrhagiques. Le diamètre de la pupille droite est élargie transversalement; derrière elle, une portion de la cataracte est remontée et forme une demi-lune opaque. La pupille gauche a pris une forme carrée; on voit des portions de cristallin

et de membrane cristalline ; d'autres portions sont passées dans la chambre antérieure. La malade a cessé de voir ; elle éprouve des douleurs très fortes dans la tête et dans les yeux. M. Dupuytren fait appliquer un séton de forme ronde à la partie postérieure du col.

Dans la nuit du quinzième jour, invasion d'un délire très intense ; la malade se lève ; on est obligé d'employer des liens pour la retenir dans son lit.

Le lendemain elle reconnaît ceux qui lui donnent des soins, mais elle se plaint de prétendus mauvais traitements qu'on lui aurait fait éprouver, et répond mal à toutes les questions qu'on lui adresse. (Antispasmodiques, application de sinapismes aux jambes.)

Dix-septième jour, même état que la veille. (Un quart de lavement dans lequel on met huit gouttes de laudanum.) Le soir, somnolence.

Dix-huitième jour, apparition nouvelle du délire ; la malade croit voir sa fille, converse raisonnablement avec une malade qu'elle prend pour elle ; et dès qu'on cesse de l'entretenir de cet objet qui l'intéresse, elle fait mille reproches mal fondés à ceux qui l'entourent. (Le soir un quart de lavement avec dix gouttes de laudanum, application de vésicatoires aux jambes.)

Dix-neuvième jour, cessation du délire trois jours après son invasion ; la malade fait des excuses à tous ceux qui lui parlent de l'état où elle a été.

Les jours suivants, les yeux perdent leur rougeur, mais la déformation des pupilles subsiste.

Trentième jour, la résorption paraît se faire dans l'œil droit dont les fonctions commencent à se rétablir. Les portions de cataracte passées dans la chambre antérieure gauche se résorbent aussi.

Pendant chacun des jours suivants, on s'aperçoit des progrès de la résorption. La malade surtout, par les découvertes qu'elle fait chaque jour avec l'œil droit, peut s'assurer de l'approche de sa guérison.

Quarante-cinquième jour, la résorption est assez avancée

dans l'œil gauche pour que les rayons lumineux puissent aller impressionner la rétine.

Pendant les quinze jours suivants, la vision s'améliore au point de permettre à la malade de retourner chez elle deux mois après l'opération.

La pupille droite a conservé un peu de sa déformation ; on voit encore à sa partie inférieure une petite portion de cristallin ; mais, avec l'œil de ce côté, la malade distingue très bien tous les corps, et peut se conduire facilement. Quant à l'œil droit, s'il n'est pas dans un état aussi satisfaisant, il n'inspire aucune inquiétude, puisque déjà la malade commence à s'en servir, et que chaque jour ses fonctions s'améliorent (1).

Obs. XV. — *Cataracte opérée par kératonyxis et suivie de succès.* — Le nommé Lemoine (Michel), âgé de quarante ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, s'aperçut, il y a environ un an, que sa vue s'affaiblissait du côté droit. Cet affaiblissement fit des progrès rapides, et au bout de six mois, il ne pouvait plus de cet œil reconnaître les objets qui l'entouraient. L'œil gauche ne tarda pas aussi à s'obscurcir, ce qui l'engagea à venir à l'Hôtel-Dieu. On reconnut une cataracte très bien formée de l'œil droit ; la pupille était mobile, et le malade avait la sensation du passage du jour à l'obscurité. Du côté gauche, on voyait derrière la pupille un nuage blanchâtre, indice d'une cataracte commençante. Cependant le malade se servait bien de cet œil pour se conduire et vaquer à ses occupations, mais il se voyait de jour en jour plus inhabile à sa profession de ciseleur. Il n'avait reçu aucune espèce de coup, de lésion extérieure sur l'œil, et nous étions portés à penser que la cause de sa maladie pouvait bien être l'habitude qu'il avait de travailler pendant long-temps sur de très petits objets, et la plupart du temps à une vive lumière artificielle.

M. Dupuytren ayant fait connaître au malade la nature de son affection et les moyens d'y remédier, lui proposa

(1) Observation recueillie par M. Martin Solon.

d'attendre que les deux yeux fussent également affectés, et qu'il fût devenu tout-à-fait aveugle; mais il demanda à être de suite opéré de l'œil qui lui était tout-à-fait inutile pour la vision.

Il fut préparé à l'opération par un bain et un purgatif. La veille au soir, on instilla entre les paupières quelques gouttes de solution aqueuse d'extrait de belladone.

On avait déjà remarqué que le malade avait, par une disposition naturelle, le globe oculaire très enfoncé dans l'orbite; on s'aperçut de plus, au moment où l'on saisit les paupières, que cet œil était agité par des mouvements continuels qui ne le laissaient jamais quelques secondes dans la même situation. Ces deux circonstances devaient rendre fort difficile l'introduction de l'aiguille à travers la sclérotique. On se décida donc à avoir recours à la méthode dite *kératonyxis* ou ponction de la cornée.

Le malade fut placé comme pour l'opération par la méthode ordinaire, couché dans son lit, la tête élevée sur son oreiller, l'œil gauche couvert d'un bandeau; un aide relevait la paupière supérieure en la saisissant par son bord libre, tandis que M. Dupuytren abaissait l'inférieure avec son doigt index gauche. Saisissant alors l'aiguille ordinaire avec la main droite (avantage qu'il n'eût pas eu en pratiquant par la méthode ordinaire), il en dirigea la concavité en haut, et enfonça la pointe au niveau de la partie inférieure de la pupille, dans la cornée, à une demi-ligne environ de son union avec la sclérotique. Il l'introduisit facilement à travers l'ouverture de la pupille, très dilatée par la belladone. Il porta la pointe sur le cristallin, qu'il saisit par sa partie supérieure, et le maintenant tant avec la pointe qu'avec la concavité de l'aiguille, il éleva le manche de l'instrument de manière à abaisser son fer, et par là il déplaça le cristallin hors de l'axe des rayons visuels; il retira ensuite l'aiguille par un mouvement opposé à celui de l'introduction.

A l'instant où la pupille devint nette, le malade aperçut une vive lumière, vit la main de l'opérateur et les têtes des assistants.

On couvrit ses yeux d'un bandeau, on le plaça dans l'obscurité, on lui recommanda de ne faire aucun mouvement et de garder toujours sa tête élevée sur son oreiller.

Le soir, on examina l'œil avec la plus grande précaution. La pupille était nette; l'œil n'était pas rouge; le malade ne se plaignait de rien.

Le lendemain et les jours suivants, l'œil était légèrement injecté, principalement autour de la piqûre faite à la cornée; le malade se plaignait de céphalalgie et d'un sentiment de cuisson à l'œil. (Saignée de bras, diète, lavement purgatif, pédiluves sinapisés.) Le sixième jour, il était bien; l'œil n'était plus ni rouge ni douloureux; la céphalalgie avait cessé; on continua encore tous les jours les pédiluves simples; on donna quelques aliments au malade. Le seizième jour, on lui permit de lever son bandeau dans son lit dont les rideaux étaient fermés; la pupille était toujours restée très nette. Le trentième jour, il distinguait très bien tous les objets qu'on lui présentait; une petite cicatrice à peine visible existait sur la cornée à l'endroit de la ponction. La cornée était dans tous ses points parfaitement transparente.

Les trois méthodes opératoires dont nous venons de vous entretenir ont été le sujet, comme on le voit, de beaucoup de discussions pour savoir laquelle devait être préférée. Chacun a trouvé des raisons pour justifier celle qu'il avait adoptée. Dans un pareil conflit d'opinions, ajoute M. Dupuytren, et quoique nous pratiquions presque toujours l'abaissement, il serait difficile de dire laquelle de ces trois méthodes mérite une préférence générale et exclusive; et ne pourrait-on pas demander avec tout autant de raison quel est le traitement curatif unique par lequel on peut guérir toutes les péritonites, toutes les pneumonies, ou bien encore toutes les maladies du foie?

Avant de terminer cet article, nous allons dire quelques mots sur l'état de la pupille dans la cataracte et l'amaurose.

L'étude clinique des maladies sert à en apprécier les signes à leur juste valeur; et il faut l'avouer, on éprouve quelque étonnement en voyant par combien d'exceptions la nature

semble vouloir échapper aux lois établies par les meilleurs observateurs. On peut tirer des exemples de ce que nous avançons de l'histoire de deux maladies bien connues, sinon dans leurs causes, au moins par l'ensemble des symptômes qu'elles présentent généralement; nous voulons parler de l'amaurose et de la cataracte. Dans la première, perte plus ou moins complète de la faculté de voir, transparence des humeurs de l'œil ou netteté de la pupille, dilatation et immobilité de cette ouverture, tels sont les signes auxquels les praticiens reconnaissent l'altération de la sensibilité de l'œil. Mais quelle est leur valeur relative? En médecine, où le diagnostic a tant d'importance, il ne peut être indifférent de porter dans l'évaluation des signes des maladies plus ou moins de rigueur; il est certainement curieux de chercher quel est celui qui mérite le plus de confiance, soit par sa précision, soit par sa constance.

Sans prétendre qu'un symptôme unique puisse suffire à caractériser l'amaurose, nous sommes disposé à croire que l'immobilité de la pupille est le seul qui lui appartienne en propre. En effet, la netteté de la pupille unie à la perte de la vue n'est pas un signe infaillible, puisque, d'une part, dans la cataracte noire, elle peut, si l'on en croit les auteurs, laisser l'observateur dans le doute; de l'autre, elle peut être plus ou moins altérée par une teinte grisâtre, ou même manquer tout-à-fait, ainsi qu'on le voit lorsque l'amaurose est compliquée d'opacité, de cristallin. La dilatation de la pupille, si fréquente dans cette maladie, est bien loin de l'accompagner dans tous les cas et de ne se rencontrer qu'avec elle. Combien de fois n'arrive-t-il pas que des individus chez lesquels la vue est parfaite ont les pupilles tellement dilatées habituellement, qu'on a peine à concevoir, dans les idées reçues, qu'ils n'aient pas d'amaurose! Bien plus, de deux amaurotiques, ce n'est pas toujours celui qui a les pupilles les plus larges qui y voit le moins.

Souvent dans l'amaurose la pupille conserve ses dimensions ordinaires dans l'état sain de l'œil; quelquefois même elle est plus étroite; dans d'autres cas, la pupille peut

être plus dilatée d'un côté et plus resserrée de l'autre.

Obs. XVI. — *Amaurose double, incomplète à gauche, avec pupille plus dilatée; complète à droite, avec pupille plus étroite.* — Fontaine (Charles), âgé de vingt-quatre ans, porteur, éprouve, un an avant son entrée à l'hôpital, une maladie grave qui dure trois mois, et cause un affaiblissement général très grand; à la fin de cette maladie, sa vue n'avait pas encore changé; il reprend ses travaux, qui consistent à porter sur la tête des sacs de farine, et après trois ou quatre mois, il ressent, toutes les fois qu'il se baisse pour charger un sac, des éblouissements suivis d'épistaxis; le soir, il a habituellement de la céphalalgie; de temps en temps sa vue semble se perdre tout-à-coup pour reparaitre ensuite, jusqu'à ce qu'enfin, trois mois avant son entrée, il cesse de voir de l'œil droit, et l'œil gauche devient trop faible pour suppléer son congénère. Il entre à l'Hôtel-Dieu à la fin de l'année 1823. Le 6 janvier 1824, on a déjà employé contre la maladie plusieurs saignées du bras, un émétique, deux sétons de forme ronde à la partie postérieure du cou, huit vésicatoires volants sur le front et les tempes. Le malade est dans l'état suivant: Du côté gauche, la pupille est plus dilatée que dans l'état naturel; elle est régulière, d'un beau noir; de cet œil le malade distingue à quinze pieds les lits des autres malades; il n'éprouve d'ailleurs aucune douleur, et depuis quinze jours, il remarque que sa vue s'améliore; à droite, au contraire, la pupille a des dimensions moindres que dans l'état naturel; elle est d'ailleurs régulière, nette comme à gauche, et la vue est tout-à-fait perdue.

Le malade ne distingue pas le jour d'avec la nuit; il éprouve autour de l'orbite de ce côté des douleurs assez vives, et qui se montrent par accès; pendant un certain temps, il y a des symptômes de congestion vers la tête qui résistent aux saignées répétées. On continue d'ailleurs contre l'amaurose l'emploi des vésicatoires volants. On va jusqu'au vingt-deuxième, auquel on s'arrête, à cause de quelques symptômes d'irritation vers la vessie. De jour en jour la vue

de l'œil gauche s'améliore; l'œil droit reste dans un état stationnaire, et à l'époque du passage du malade dans une salle de convalescents, il n'avait pas fait le moindre progrès vers la guérison.

Les pupilles de ce malade n'offraient pas seulement une grande différence sous le rapport de la dilatation: l'une, celle du côté gauche, était encore mobile; l'autre, celle du côté droit, restait dans une immobilité complète qui semblait la mesure exacte de l'insensibilité de l'œil (1).

L'immobilité de la pupille, qu'il est facile de constater, paraît être en effet le signe le moins variable de l'amaurose. Cependant, comme chacun sait, si l'amaurose est compliquée d'adhérence et d'irrégularité de la pupille, il pourra se faire que cette ouverture soit immobile, sans qu'on puisse l'attribuer à l'altération seule de la sensibilité. Si dans un autre cas l'un des yeux est affecté d'amaurose complète, et que l'autre soit sain, la pupille du côté malade pourra jouir de quelques mouvements dus à la sympathie de ces deux organes, dans le cas où l'on négligerait de fermer les paupières de l'œil sain pendant l'examen de l'autre œil.

Les exemples de cette sympathie des yeux sont nombreux, et les registres d'observations recueillies à la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu en contiennent plusieurs qu'il serait trop long de rapporter ici, notamment deux cas, l'un d'ophtalmie du côté gauche par développement de tumeurs cancéreuses du sinus maxillaire correspondant; l'autre de cataracte avec amaurose. Dans ces deux exemples, il y avait mobilité de la pupille du côté malade quand l'œil sain n'était pas couvert, et au contraire immobilité si l'on n'omettait pas cette précaution.

L'immobilité de la pupille soumise, comme l'amaurose, à quelques variations, nous a toujours paru en rapport avec la faculté plus ou moins grande de sentir l'impression de la lumière, et si quelque anomalie s'est présentée, elle ne s'est pas trouvée en contradiction avec les observations faites

(1) Observation recueillie par M. Laugier.

jusqu'à ce jour, comme la dilatation plus ou moins grande de la pupille.

La mobilité de la pupille est aussi dans la cataracte une circonstance importante pour juger de la nature plus ou moins bonne de la maladie et des chances de succès que présente l'opération; elle sert encore à rendre compte du phénomène que plusieurs chirurgiens regardent comme constant, la facilité plus grande qu'a le malade à distinguer les objets le matin et le soir, avant et après le coucher du soleil. En effet, avant l'opacité complète du cristallin, si la pupille n'est point exposée à une lumière vive, elle se dilatera, et plus de rayons lumineux iront peindre les objets sur la rétine; au contraire, lorsque le cristallin est opaque dans toute son étendue, une lumière vive pourra plutôt traverser le corps opaque qu'une lumière faible.

Puisque cette explication est toute fondée sur la grandeur relative de la pupille et du corps opaque, il est des individus chez lesquels, même au début de la maladie, une lumière vive sera plutôt favorable; ce sont ceux chez lesquels la pupille a contracté dès le principe des adhérences avec la cataracte; dans ces cas, la mobilité peut bien n'être pas nulle, mais elle sera moindre. Le soir et le matin, il n'y a pas ou il y a peu de dilatation de la pupille, et la différence de la faculté de voir dans les divers moments de la journée est peu sensible. Plusieurs d'entre les malades que nous avons eu occasion d'observer n'ont pas remarqué cette différence; chez l'un, entre autres, c'était au milieu du jour, en plein soleil, que sa vue était plus distincte, pourvu qu'il fût lui-même placé à l'ombre, celle d'un arbre, par exemple.

Il est presque certain qu'à force de questionner les malades on arriverait à un assez grand nombre de résultats analogues; mais ordinairement ils n'ont pas assez bien étudié la marche de la maladie pour rendre un compte exact de ces phénomènes successifs; la plupart de ceux qu'on trouve dans les hôpitaux ont trop peu d'habitude des questions précises et délicates pour saisir ce qu'on leur demande.

Nous croyons devoir rapprocher de ces états morbides de

la pupille une autre disposition anormale qui nous a paru offrir des particularités remarquables.

OBS. XVII. — *Constriction singulière des pupilles.* — Tournoy (Jacques), âgé de soixante-quatre ans, garçon fondeur en cuivre, entra à l'Hôtel-Dieu le 3 mars 1825, pour y être traité d'un affaiblissement très marqué de la vue, qui ne lui permettait plus de vaquer à son travail. Cet homme, grand, fort, bien constitué, d'un tempérament sanguin, avait remarqué, quatorze mois avant son entrée, qu'un léger brouillard se formait entre les yeux et les objets, et qu'il en distinguait moins facilement les formes; mais cet état de sa vue était passager; le matin et le soir il y avait de l'amélioration; le malade n'avait d'ailleurs aucune incommodité, point de céphalalgie habituelle; peu à peu la vision devint de moins en moins nette, et c'est alors que le malade entra à l'hôpital.

Dès son arrivée, on examina ses yeux. Ordinairement cette diminution graduelle de la faculté de voir tient à des cataractes qui se forment peu à peu, ou à des amauroses; mais, dans les cas ordinaires, l'aspect de l'œil rend le diagnostic de ces maladies facile: ici aucune opacité du cristallin, aucune dilatation des pupilles; au contraire, leur ouverture est rétrécie au point qu'à peine une tête de camion pourrait y pénétrer; elles sont mobiles, régulières, parfaitement noires. Il est vrai que dans certains cas d'amauroses la pupille n'est point dilatée; quelquefois encore elle est rétrécie, mais du moins elle est presque immobile. Afin de mieux apprécier l'état des humeurs de l'œil, M. Dupuytren fait instiller de l'extrait de belladone entre les paupières; à mesure que les effets de l'extrait de belladone se manifestent, que les pupilles se dilatent, sa vue le rétablit, le brouillard placé devant les yeux se dissipe, et au bout de quelques heures le malade a recouvré la faculté de voir aussi bien et d'aussi loin que jamais; les humeurs de l'œil sont parfaitement transparentes. Le 5, on instille de nouveau quelques gouttes d'extrait de belladone; les pupilles sont toujours dilatées, et la vue est restée bonne. Du 6 au 9, suspension des

instillations de narcotique. Le 9, les ouvertures des pupilles ont commencé à se rétrécir de nouveau, et la vue a baissé à mesure. Le 10, rétrécissement plus marqué encore, trouble de la vision augmenté. Le 11, instillation de gouttes de belladone, retour de la vue et rapport avec la dilatation obtenue des pupilles. L'amélioration se soutient jusqu'au 15, où le retour de la cécité est dû aux mêmes causes. On essaie d'administrer l'extrait de belladone à l'intérieur. (Looch blanc  $\frac{3}{4}$  vj, avec addition d'un grain d'extrait de belladone). Ainsi donné, l'extrait de belladone ne produit sur ce malade aucun effet dans les premiers jours; les pupilles n'en sont pas moins rétrécies, et la vue continue à être moins distincte, jusqu'à ce qu'on revienne aux instillations entre les paupières. Cependant le looch contenant l'extrait de belladone a toujours été donné; le malade a, pendant une nuit, quelques symptômes de narcotisme, vision, vertiges; elle conserve une espèce de bouillonnement, suivant son expression, dans le côté droit de la tête. M. Dupuytren soupçonne, au bout de quelques jours, l'influence de quelque vice rhumatismal, et fait appliquer à la nuque un large vésicatoire camphré; le looch est supprimé, et l'on continue toujours les instillations. Les jours suivants, le vésicatoire coule beaucoup; cependant le bruissement persiste, et le 28, les pupilles sont de nouveau rétrécies et la vue troublée. Le 30, le rétrécissement est aussi grave que lors de l'entrée du malade. Le 9 avril, le vésicatoire de la nuque est remplacé par un séton. Les pupilles n'ont à cette époque qu'un diamètre médiocre, et le malade assure cependant qu'il y voit assez nettement. Ce bon état se soutient jusqu'à la sortie de l'hôpital, le 19 avril (1).

(1) Observation recueillie par M. Laugier.