

J'ajouterai encore quelques mots cependant sur ce que l'on désigne sous les noms de cataractes *mûres* et de cataractes *non mûres*. La cataracte se développe sous l'influence d'un travail inconnu dans la nature, mais qui n'en existe pas moins; tant que ce travail existe, on dit que la cataracte n'est pas mûre; quand il est éteint, au contraire, on la dit mûre. Ce point est bon à retenir, parce qu'il présente quelque importance pour la thérapeutique, ainsi que nous le verrons en parlant du traitement de la cataracte.

Autrefois on pensait que la cataracte passe par différents degrés de consistance; que, molle et diffluente dans le principe, elle devient peu à peu ferme et solide, qu'en un mot elle mûrit. Aujourd'hui on n'admet plus ce genre de progrès dans la cataracte. On sait que la cataracte peut être très solide dès le commencement, et devenir presque liquide après un long laps de temps. Toutefois, cette idée de maturité ou de la non maturité de la cataracte n'est pas dépourvue de fondement. La cataracte n'est réellement complète que lorsque la cause qui la produit a cessé d'agir, que le cristallin est devenu un véritable corps étranger, un point nécrosé du corps; alors, cette cause inconnue dans sa nature et qui produit la maladie est épuisée, a disparu de l'organe dans lequel elle siégeait, et il y a plus de chances de succès dans l'opération que lorsqu'il est encore sous son influence.

Terminons la symptomatologie de la cataracte par quelques mots sur la cataracte *congénitale*. Celle-ci présente plusieurs caractères qui ne permettent pas de la confondre avec les autres: d'abord elle est en général à la fois molle et capsulaire; quelquefois, avec le temps, le liquide que contient la capsule est résorbé; celle-ci se vide et ressemble à une véritable gousse flétrie; quand elle reste molle, au contraire, elle est bombée et saillante. Chez les enfants, la cataracte congénitale présente encore un caractère particulier: c'est un mouvement conti-

nuel de l'œil, les enfants l'agitent sans cesse, il est dans une mobilité et un tournoiement tels qu'il devient quelquefois très difficile de le fixer pour examiner la nature et le degré de la cataracte. Ce mouvement est déterminé par la recherche de la lumière et le désir de distinguer plus nettement les objets qui les entoure, objets qu'ils voient toujours un peu, car il y a habituellement entre l'iris et le corps opaque un espace qui permet encore à la lumière de pénétrer dans l'œil, et de donner une idée confuse des corps environnants. C'est exactement le même phénomène dont je vous ai parlé à l'occasion de la cataracte centrale des adultes.

*Complications de la cataracte. Adhérences.* — Parmi nos malades affectés de cataracte et qui peuvent utilement servir d'exemples aux définitions que je vous donne, vous verrez (7 juin 1839) au dernier numéro de la salle Sainte-Catherine une femme qui est atteinte à la fois d'une vraie et d'une fausse cataracte. Il y a opacité du cristallin et de sa capsule, en même temps qu'il y a des fausses membranes, et des adhérences de l'iris à la capsule du cristallin; adhérences qui se sont développées à la suite d'une iritis et avant l'opacité de l'appareil cristallinien. Les deux yeux sont atteints de la même maladie, la pupille de chaque œil est collée à la capsule du cristallin, elle est de forme très irrégulière; à sa circonférence existe un cercle d'une couleur grisâtre et large de plus de deux lignes environ; il n'existe entre l'iris et le cristallin aucun espace. Ici il s'agit d'une fausse cataracte entée sur une cataracte vraie. Il y a peu de chose à espérer de l'opération chez cette femme: cependant je lui ai promis de la tenter; et comme il n'y a point d'amaurose, que ses cataractes ne lui permettent de rien voir du tout, et que par conséquent sa position ne peut empirer, je vais la pratiquer tout à l'heure. Ne croyez pas cependant, Messieurs, que si je n'avais pas quelque espoir de rendre la vue à cette malade je ferais cette

opération. En effet, elle n'est pas sans conséquence. Chez certains individus, on voit, à la suite de l'opération de la cataracte sur des yeux malades depuis longtemps et enflammés d'une manière chronique, quel que soit le procédé que l'on met en usage, on voit, dis-je, se développer souvent des inflammations vives, très opiniâtres, et surtout fort douloureuses. Aussi je ne pratique cette opération sur cette malade que parce que je pense que les autres humeurs de l'œil placées derrière le cristallin opaque sont encore transparentes, et que je pourrai rendre à cette malheureuse femme un peu de vision, la mettre enfin dans des conditions un peu meilleures que celles dans lesquelles elle se trouve actuellement. Je vais l'opérer d'un seul œil aujourd'hui; je choisirai le plus mauvais: c'est le gauche, chez lequel les adhérences me semblent être plus fortes, plus étendues, la pupille être plus irrégulière, etc. Si l'inflammation qui suivra l'opération n'est pas trop vive, j'opérerai plus tard l'œil droit, lors même que je n'aurais pas rétabli la vision sur l'œil gauche. Mais dans le cas où cette première opération serait suivie de violentes douleurs, et d'une inflammation prolongée, je m'abstiendrai de pratiquer la seconde, car elle serait sans fruit pour la vision, et pourrait causer quelque préjudice à l'état général de la malade.

(M. Velpeau opère par abaissement l'œil gauche; l'opération présente des difficultés beaucoup moindres qu'il ne pensait. Les adhérences ont été détruites, et la cataracte abaissée aisément.)

Cette opération qui a été beaucoup moins laborieuse que je ne croyais, et qui pourra réussir, devra être promptement suivie de l'emploi de la belladone, afin de dilater et de faire resserrer alternativement la pupille, maintenant qu'elle est dégagée du corps opaque qui l'obstruait. Cela aura pour but d'abord, de lui rendre son jeu habituel, et ensuite de prévenir la formation de nouvelles adhérences avec les parties environnantes.

*Tremulus iridis.* Une autre complication de la cataracte, dont nous avons actuellement plusieurs exemples présents sous les yeux, et sur laquelle je veux appeler un instant votre attention, parce qu'elle est assez mal connue suivant moi, c'est le *tremblement des humeurs de l'œil*, connu sous le nom de *tremulus iridis*, parce que l'iris est agité dans cette complication d'un tremblement continu, tremblement qui est déterminé lui-même par celui des humeurs de l'œil. Au n° 50 de la salle des hommes, est un vieillard qui a été opéré de la cataracte il y a six semaines environ, et qui présente le *tremulus iridis* au plus haut point; son exemple est d'autant plus curieux que des auteurs donnent ce signe comme annonçant une amaurose et comme contr'indiquant l'opération. Ce malade vous prouvera tout le contraire, Messieurs, il a été opéré et il voit bien, donc il n'avait pas d'amaurose. Il sort aujourd'hui de l'hôpital.

Le second malade qui va venir tout à l'heure vous fournira un autre exemple de *tremulus iridis*. Il est affecté d'une cataracte secondaire. La capsule du cristallin, transparente avant l'opération, ayant été laissée en place, est devenue opaque quelque temps après l'opération. Son observation servira encore à détruire une autre erreur relative à cette maladie. En effet, le *tremulus iridis* a été regardé par plusieurs chirurgiens comme étant produit par l'opération de la cataracte. Eh bien! Messieurs, ce malade l'avait avant que je la lui eusse pratiquée. D'autres ont dit qu'elle était due à la paralysie de l'iris; c'est encore une fausse idée. L'iris, chez ce malade comme chez ceux que j'ai observés dans la même situation, se contracte parfaitement bien. Vous voyez, Messieurs, que ces trois opinions qui tendent à faire admettre l'amaurose, la paralysie de l'iris et l'opération de la cataracte, comme causes du *tremulus iridis*, sont tout à fait fausses. Je crois que cette maladie dépend de ce que le corps vitré est plus liquide que dans l'état ordinaire. Cette maladie du corps

vitré, car c'en est une, doit vous engager à ne pas trop donner d'espérance de guérison par l'opération aux malades. Celui que je vais opérer devant vous tout à l'heure a subi déjà il y a deux ans l'opération sur l'œil gauche, et il n'en a retiré aucun bénéfice : il ne voit pas de cet œil. J'espère très peu de succès de celle que je vais recommencer sur l'œil droit; car la cataracte secondaire qu'il a consistant dans un seul lambeau, qui se déplace dans certaines positions qu'affecte le malade, il pourrait voir encore un peu de cet œil, et cependant il affirme ne rien distinguer. Le précédent malade, qui est comme celui-ci affecté d'un *tremulus iridis*, voit cependant très bien, ce qui ne doit pas par conséquent ôter tout à fait l'espérance de guérir celui-ci, malgré cette complication.

J'ajouterai, Messieurs, une dernière remarque à l'occasion de ce *tremulus iridis*, c'est que lorsqu'on opère par abaissement et que la cataracte est lenticulaire, elle se déplace très facilement et reproduit souvent les cataractes secondaires. Du reste, l'opération a rarement des suites fâcheuses, et j'ai remarqué que chez les individus affectés de cette complication l'inflammation suite de l'opération est très légère. J'ai déjà opéré un certain nombre d'individus atteints de cette complication, et un ou deux jours après l'opération il n'y avait plus aucune trace de l'irritation produite par l'introduction de l'aiguille.

La méthode à employer chez les malades cataractés et qui sont en même temps atteints du *tremulus iridis*, ne peut être que l'abaissement. Il faut bien se garder d'employer l'extraction chez eux, car l'issue de l'humeur vitrée est dans ce cas-là presque certaine. Chez un individu qui était affecté du *tremulus iridis* et que j'opérai par extraction, le cristallin sortit lentement de lui-même, enveloppé de sa capsule; quelques moments après l'ouverture de la cornée, et l'humeur vitrée se trouva tellement fluide, qu'elle se serait échappée comme de l'eau si je n'avais sur le champ com-

primé le devant des yeux avec de la charpie; l'œil gauche tomba en fonte purulente, le droit devint transparent, mais insensible à toute lumière.

Maintenant parlons d'une autre complication très fréquente de la cataracte, de l'*amaurose*.

*Amaurose*. C'est une maladie extrêmement mal connue, ou plutôt c'est un symptôme de maladies très variées de l'œil, ou même d'organes quelquefois extrêmement éloignés. Quoi qu'il en soit, l'*amaurose* étant une complication qui empêche toute réussite de la cataracte, on s'est efforcé de tout temps à la bien reconnaître.

Dans l'*amaurose* bien tranchée sans cataracte, il y a cécité avec dilatation de la pupille, et immobilité de cette ouverture avec coloration ordinaire du fond de l'œil. Ce sont les caractères principaux de la maladie. S'ils étaient ordinairement aussi tranchés, il serait facile de reconnaître la maladie, mais souvent l'*amaurose* sans être compliquée de cataracte se développe d'une manière lente, insensible, la dilatation de la pupille est faible, le fond de l'œil ne reste pas noir, il a une teinte brune, verdâtre, roussâtre. Si le diagnostic est déjà aussi difficile quand l'*amaurose* est sans complication, à bien plus forte raison devient-il très embarrassant de la reconnaître quand il y a cataracte.

On a cherché à reconnaître l'*amaurose* de la cataracte par l'étude des antécédents. Ainsi on a dit que la marche de l'*amaurose* était beaucoup plus rapide que celle de la cataracte qui se développe ordinairement avec lenteur. Mais je vous ai déjà dit qu'il y avait des cataractes qui se manifestaient en quelques jours, et d'un autre côté il y a des *amauroses* qui se développent avec une grande lenteur. On a essayé d'établir un rapport entre le degré d'opacité du cristallin et la cécité, mais vous devez peu compter sur ce signe, puisque vous avez vu qu'il y avait des individus dont le cristallin était très opaque et qui cependant voyaient assez bien, tandis qu'il y en avait dont le cristallin était à peine

obscurci et qui n'y voyaient plus du tout. On a dit que les cataractes se développaient sans douleur, sans céphalalgie, tandis que l'amaurose en était toujours accompagnée. Bien que cela soit vrai dans le plus grand nombre de cas, on observe souvent aussi des cataractes accompagnées de douleurs dans l'orbite, au sourcil, à la tempe, dans l'intérieur du crâne, de même qu'il y a des amauroses qui n'en présentent absolument aucune.

Ces divers signes sont d'une valeur presque nulle dans les cas embarrassants. Peut-on mieux reconnaître la maladie à l'aide du moyen imaginé par M. Sanson? Je crois que ce moyen est réellement très utile, et je m'en suis positivement assuré. Cependant j'ai vu il y a quelques jours à la consultation un individu qui avait une opacité très apparente du cristallin, et sur lequel on voyait parfaitement bien les trois images fournies par la bougie allumée. D'un autre côté vous avez pu voir, à l'avant dernier lit de la salle des hommes, un vieillard chez lequel il y avait un corps opaque derrière la pupille, et cependant vous n'apercevez chez lui que deux images de lumières, la *renversée* manquait. J'ai cru pouvoir diagnostiquer chez lui une cataracte du feuillet postérieur de la capsule. Ce moyen de diagnostic mérite donc d'être revu et étudié avec soin pour en fixer définitivement la valeur.

Vous voyez, Messieurs, d'après ce que je vous ai dit, qu'il n'y a pas de signe bien positif pour distinguer d'une manière certaine la cataracte de l'amaurose et la complication de cette dernière maladie avec la première et qu'il est des circonstances dans lesquelles on doit rester dans le doute. L'opération seule peut le lever.

*Adhérences.* Les adhérences de la capsule du cristallin avec l'iris dont je vous ai déjà dit quelques mots, ne sont pas en général difficiles à reconnaître. Tantôt elles sont très fortes, tantôt au contraire elles consistent seulement en des filaments excessivement fins : pour en déterminer la

force et l'étendue; il faut avoir recours à l'emploi de la belladone.

La dilatation qui en résulte amène souvent les formes les plus bizarres de la pupille; cette ouverture prend alors celle d'un trèfle, d'un losange, d'une ellipse, etc., etc. Pour obtenir un effet prompt et suffisant de la belladone, il faut employer son extrait. On en dissout une certaine quantité dans de l'eau de manière à en charger fortement ce liquide, puis on en instille quelques gouttes entre les paupières et sur le globe oculaire lui-même. On emploie ainsi la belladone sur l'œil, quand cet organe n'est pas enflammé; dans le cas contraire, on fait usage de pommades à la belladone sur les tempes, les paupières, le front, ou bien on donne ce médicament à l'intérieur.

Quand on a ainsi fait usage de la belladone, on sait s'il y a ou non des adhérences de la capsule du cristallin avec l'iris, si elles sont fortes, faibles, étendues, multipliées. On n'a pas de moyens de savoir s'il existe des adhérences du cristallin en arrière, ce qui du reste est fort peu important. Quelques adhérences de l'iris avec la capsule du cristallin peuvent ne pas être reconnues, lorsqu'à la suite d'une inflammation forte, l'iris a été assez altérée pour demeurer immobile et ne plus se contracter. Dans ce cas c'est à l'opération à lever tous les doutes relatifs à l'amaurose.

Il y a bien encore quelques autres complications de la cataracte, telles que les phlegmasies chroniques des diverses membranes de l'œil, des conjonctivites, des kératites et leurs conséquences, comme les ulcérations, les taches, etc. Mais nous rentrons ici dans la catégorie des contr'indications, dont nous parlerons plus tard. J'ai dû me borner à vous parler aujourd'hui des trois principales complications, de l'amaurose, des *adhérences* et du *tremulus iridis*. Nous allons passer maintenant à la thérapeutique de la cataracte.

*Thérapeutique des cataractes.* Elle est presque entièrement chirurgicale. Cependant il y a eu quelques chirurgiens et quelques médecins qui ont pensé qu'on pouvait guérir la cataracte sans opération. En effet, sans vouloir trop accorder d'importance au traitement médical, il faut avouer qu'il y a quelques cataractes qui guérissent sans opération, et sous l'influence plus ou moins bien déterminée d'un traitement qui exclut l'opération.

*Traitement sans opération.* Si on comprend difficilement qu'un cristallin devenu opaque puisse recouvrer toute sa transparence, on peut admettre sans peine qu'une fausse membrane donnant lieu à la formation d'une fausse cataracte puisse être résorbée et disparaître complètement, ainsi qu'il arrive dans d'autres parties du corps, dans la plèvre, par exemple. On conçoit aussi qu'une opacité du cristallin ou de sa capsule, mais surtout de cette dernière membrane produite par une inflammation de cette capsule, puisse disparaître avec cette inflammation, ainsi qu'il arrive à la cornée transparente devenue trouble quand elle est atteinte de kératite diffuse, et qui reprend complètement sa transparence, de manière à ne conserver aucune trace de son opacité. J'ai vu une cataracte membraneuse traumatique disparaître complètement seule et sans qu'on ait fait au malade aucune espèce de traitement. Une autre fois je l'ai vue également disparaître, mais, pendant qu'on soumettait le malade à un traitement antiphlogistique et révulsif énergique; j'ignore si ce traitement a eu une grande influence sur la disparition de cette dernière. Un médecin italien, M. Luzzato, dit même qu'une cataracte qui paraissait lenticulaire, et qui était survenue après un accident, guérit pendant la durée d'une violente inflammation qui s'empara de l'œil.

Il y a des cataractes lenticulaires qui guérissent spontanément. Je vous ai parlé d'un jeune chimiste qui fut atteint d'une cataracte traumatique, par suite d'une blessure

faite au cristallin par un éclat de verre provenant d'un flacon brisé dans une expérience de chimie. Ce jeune homme, combattant avec ardeur dans les journées de juillet 1850, fut bien surpris d'être subitement délivré de sa cataracte, et de voir tout aussi bien ou à peu près de son œil cataracté que de l'autre. Le cristallin opaque s'était déplacé à travers une déchirure de sa capsule. J'ai vu un autre jeune homme atteint d'une cataracte à la suite d'une contusion faite à l'œil par une branche d'arbre, et chez lequel le cristallin dont la capsule s'était rompue spontanément, était passé dans la chambre antérieure, et qui y disparut par l'absorption. On trouve dans les auteurs d'autres faits de ce genre; M. Caron du Villars en a rapporté quelques uns; Boyer en a cité un fort curieux; Ansjoux de Liège, M. Bobilier, citent aussi d'autres observations pareilles.

Ces guérisons spontanées s'expliquent facilement, comme je vous l'ai dit, par la rupture du feuillet antérieur de la capsule cristalline. Le cristallin qui ne tient à rien ou presque à rien s'échappe alors de son sac, et passe dans la chambre antérieure où il se dissout. Ne croyez pas cependant que la présence de ce cristallin dans la chambre antérieure soit toujours innocente; quelquefois elle y fait naître une vive inflammation. C'est même ce qui avait fait admettre à quelques chirurgiens de poser le principe qu'il fallait toujours l'extraire quand il était passé dans cette chambre antérieure. Ajoutez encore que, souvent, dans le cas de rupture spontanée de la capsule du cristallin, il y a dilution du corps vitré, et par conséquent une maladie qui diminue les chances de la guérison. L'année dernière nous avons reçu à l'hôpital un homme qui avait été opéré de la cataracte sur un œil. Il n'avait retiré aucun fruit de cette opération. L'autre œil était également cataracté; le cristallin était passé spontanément dans la chambre antérieure, la vision ne se rétablit pas davantage. Il y a deux

ou trois ans je reçus également dans cet hôpital un jeune homme dont les yeux étaient très volumineux, les cornées énormes et la pupille fort dilatée; le cristallin d'un des yeux était passé dans la chambre antérieure, et il jouissait d'une telle mobilité que dans certaines attitudes du malade, il pouvait facilement repasser à travers la pupille dans la chambre postérieure. L'autre cristallin était extrêmement mobile, et probablement il arrivera un jour où ce cristallin passera à son tour comme l'autre dans la chambre antérieure. Du reste cet individu n'y voyait pas, parce qu'il existait une autre maladie dans le fond de l'œil. Je vous cite ces cas pour vous faire remarquer que ce déplacement spontané du cristallin est souvent lié à une maladie profonde de l'œil.

Certains chirurgiens ont imaginé diverses méthodes de traitement pour faire disparaître l'opacité du cristallin. Autrefois, et bien avant qu'on eût connaissance du véritable siège et de la nature de la maladie, on employait une foule de remèdes internes plus ou moins insignifiants, par exemple des plantes, dont on peut encore voir la longue liste dans les OEuvres de Galien. Ces médicaments sont tout à fait inutiles. Comme on attribua plus tard l'opacité du cristallin à un travail chimique particulier, on imagina de lui opposer un autre travail chimique pour le neutraliser: c'est ainsi qu'après avoir fait des expériences sur des animaux, et constaté que l'alcool, l'acide nitrique, le sublimé, et quelques autres substances, rendaient le cristallin opaque, on voulut, à l'aide d'autres substances jouissant de propriétés opposées, rendre au cristallin sa transparence; on a échoué. Il n'est plus question à présent de ces remèdes; mais on s'est rejeté sur des moyens à opposer à l'irritation, que l'on regardait comme la cause déterminante de l'opacité. Quelques chirurgiens ont rapporté des observations de guérison de fausses cataractes par les moyens antiphlogistiques; mais c'est surtout au

traitement révulsif que l'on s'est attaché, et ce traitement constitue même une doctrine qui est devenue presque vulgaire. On a employé les révulsifs sur le crâne et sur le cou; on a rapporté des exemples d'amélioration par ces moyens; enfin, c'est *M. Gondret* qui a été conduit, par ses observations, à établir en principe qu'on pouvait guérir un certain nombre de cataractes par la méthode révulsive: c'est la pommade ammoniacale qu'il emploie; avec elle il détermine une vésication sur le front, le sinciput, les tempes, derrière les oreilles, et même sur les paupières; on suspend de temps en temps ce traitement, puis on le reprend jusqu'à ce que l'on ait obtenu une amélioration dans l'état de la cataracte. *M. Gondret* prétend avoir obtenu beaucoup de succès par cette méthode. Je l'ai essayée souvent, et je dois convenir qu'une fois j'ai obtenu un succès qui prouve un peu en sa faveur. C'était à l'hôpital Saint-Antoine: il s'agissait d'un forgeron atteint d'une cataracte lenticulaire. Je mis en usage la méthode de *M. Gondret*; le fait est que la cataracte rétrograda, et qu'après une année de traitement l'opacité du cristallin était considérablement diminuée; mais chez tous les autres malades sur lesquels j'ai eu recours à cette méthode je n'ai éprouvé aucune espèce de succès. Au surplus, d'après *M. Gondret* lui-même, cette méthode ne réussit guère que dans les premiers temps de la formation de la cataracte.

*M. Larrey* dit aussi être parvenu à arrêter le développement de cataractes par l'emploi de moxas, de ventouses sèches, scarifiées, etc., etc. C'est, en définitive, toujours par révulsion que ces guérisons ont pu s'opérer, et je crois ne pas trop m'avancer en affirmant qu'elles ne font que constituer une exception, et que les cataractes anciennes, capsulaires ou cristallines, ne peuvent pas être guéries par cette méthode.

• *Traitement chirurgical.* Il comprend plusieurs sortes

d'opérations que l'on peut réunir en deux groupes ou méthodes principales.

On opère sur le corps opaque soit avec une aiguille, soit avec un couteau, en traversant la cornée transparente ou la sclérotique. Chacune de ces méthodes comprend un très grand nombre de procédés, aussi a-t-on senti promptement le besoin de mots pour pouvoir les désigner et les définir. C'est ainsi qu'on a désigné les opérations sous le nom de *scléroticonyxie* et de *kératonyxie*, quand on traverse avec une aiguille la cornée ou la sclérotique pour arriver jusqu'au corps opaque, et sous celui de *scléroticotomie* et de *kératotomie*, les méthodes qui consistent à traverser avec un couteau l'une ou l'autre de ces membranes.

Ces deux méthodes exigent du reste quelque chose de commun : ce sont les précautions préalables, c'est à dire l'examen de l'état dans lequel se trouve l'individu qu'on doit opérer, puis la connaissance de tout ce qui est relatif à la cataracte, les conditions bonnes ou mauvaises de ces cataractes. En effet, il y a des cataractes qu'on ne peut absolument pas guérir par l'opération, d'autres qui présentent quelques chances de guérison, d'autres enfin qui en présentent beaucoup.

Il faut avoir égard aux âges. Ainsi l'enfance présente sans doute beaucoup d'obstacles pour la réussite de l'opération de la cataracte, l'indocilité des individus en est le principal; ajoutez à cela la mobilité extrême de l'œil et le peu d'influence qu'on peut avoir sur le moral de ces individus; aussi avait-on autrefois érigé presque en principe de ne point opérer les enfants, et d'attendre pour cela qu'ils soient parvenus à l'âge de raison. Mais il y a de grands inconvénients à attendre : l'enfant, privé d'un organe important, source de tant de moyens intellectuels, ne reçoit jusqu'à l'époque à laquelle on l'opère, qu'une éducation incomplète; en outre, l'organe lui-même souffrant dans ses fonctions, ne sera pas anatomiquement

disposé plus tard pour celles qu'on lui imposera en quelque sorte subitement. En effet, l'œil d'un adulte sain et qui a bien exercé ses fonctions doit nécessairement être organisé autrement que celui d'un jeune homme ou d'un adulte cataracté depuis la naissance. Ajoutons à cela l'excessive mobilité de l'œil, qui ne fait qu'augmenter avec l'âge, et vous trouverez déjà assez de raisons pour comprendre que l'opération pratiquée de très bonne heure présentera plus de chances de réussite que faite plus tard. D'ailleurs, les inflammations profondes de l'œil sont moins durables et moins graves chez les enfants que chez les adultes, la cataracte est ordinairement molle, fluide et se dissout mieux, les membranes de l'œil sont plus minces et plus faciles à traverser, et comme c'est de l'aiguille que l'on fait le plus ordinairement usage à cet âge, toutes les chances de succès se trouvent plus en faveur de l'opération quand on la pratique dans les premières années, c'est à dire depuis deux jusqu'à quatre ou six ans (1).

(1) A l'occasion de l'opération de la cataracte congénitale, il est intéressant de connaître le résultat des observations de *Dupuytren*, qui en a opéré un assez grand nombre dans sa vie. Je n'ai jamais vu, disait ce célèbre chirurgien (*Leçons orales*, t. III, p. 290), les prodiges dont plusieurs ont parlé, ni entendu les personnes auxquelles j'avais rendu la vue faire, sur la distance, sur 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 de 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 plusieurs 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, en portant constamment celles-ci en avant de son corps comme des tentacules.

On lira avec un grand intérêt, dans les *Leçons orales de Dupuytren*, t. III, plusieurs observations d'opérations de cataracte congénitale suivies de détails fort curieux sur l'éducation du sens de la vue chez les aveugles nés, et les expériences faites à ce sujet.