

Chez les vieillards, on peut quelquefois hésiter devant une opération de cataracte. En effet, à quatre-vingt et quelques années, on peut admettre facilement qu'une cataracte est une mort locale en quelque sorte, et que l'opération ne procurera pas un grand bénéfice à celui qui la subit; la vie ne peut guère être de longue durée après l'opération. La cataracte est ordinairement dure à cet âge, et si on opère par l'aiguille, c'est à dire si on se borne à déplacer le cristallin, il y a peu de chances pour qu'il soit résorbé; il deviendra dans l'intérieur de l'œil une cause incessante d'irritation et d'inflammation qui pourra amener la désorganisation de l'organe. Si on opère avec le couteau, on court risque de voir la cornée tomber en suppuration, ainsi qu'il arrive si facilement chez les vieillards. Cela n'est sans doute pas encourageant, cependant il ne faut pas s'exagérer tous ces inconvénients dans un âge avancé. Vous me voyez opérer ici devant vous beaucoup de vieillards, et souvent l'opération réussit très bien. J'ai vu un assez grand nombre de guérisons chez des personnes très avancées en âge. Vous pouvez même vous rappeler cette négresse âgée de quatre-vingt-cinq ans, femme encore très forte, bien portante et d'une gaieté pour ainsi dire inaltérable, que j'ai opérée l'an dernier, et qui a très bien recouvré la vue. J'ai opéré à la Pitié, il y a cinq ou six ans, un vieillard de quatre-vingt-trois ans, qui a également très bien guéri.

Quant à l'âge moyen, c'est sans contredit le plus avantageux pour le succès de l'opération.

Quand la cataracte est simple, si elle a son siège dans le cristallin, ou n'a point contracté d'adhérences avec les parties voisines, si l'iris se contracte et se relâche facilement, si le malade distingue bien la lumière des ténèbres, s'il n'y a aucune inflammation du globe oculaire, ou dans l'orbite, point de douleurs de tête, que l'état général soit bon, que les yeux ne soient ni trop saillants ni trop en-

foncés, etc., on peut affirmer que les chances de succès sont aussi nombreuses que possible; mais si le sujet est très âgé, épuisé par d'anciennes maladies, s'il y a des taches sur la cornée, immobilité de la pupille, ou des mouvements très faibles dans cette ouverture, s'il y a des conjonctivites, des blépharites, ou des kératites chroniques, une maladie un peu grave de l'orbite, des douleurs dans cette région ou dans la tête, on doit peu compter sur le succès.

Du reste, quand aucun symptôme particulier ne peut rendre l'opération grave par ses suites, dans les cas embarrassants ou douteux, et quand le sujet est tout à fait aveugle, on peut tenter l'opération, le malade ne peut rien perdre, et il faut profiter des moindres chances qui lui restent de recouvrer la vue; mais on ne doit pas se décider à cette opération quand il y a certitude d'une altération profonde de l'œil, que l'opération pourrait rendre plus grave encore.

Les cataractes fausses, qui sont presque toujours compliquées de maladies de l'iris ou de quelque autre membrane de l'œil sont moins faciles à guérir que les cataractes vraies. La cataracte cristalline est plus aisée à détruire que la capsulaire et que la morgagnienne ou interstitielle.

Quand la cataracte n'occupe qu'un seul œil, beaucoup de praticiens conseillent de ne pas pratiquer d'opération, l'autre œil suffisant pour les besoins de la vie. Suivant eux, l'opération peut amener une violente inflammation, se propager à l'œil qui est intact, en amener la fonte purulente et par conséquent une cécité complète. On ajoute encore, pour détourner de l'opération, que si elle réussit, le foyer des rayons lumineux n'étant plus le même des deux côtés, il en résultera une discordance nécessairement suivie de confusion dans la vue. On peut répondre à tout cela, d'abord, que la propagation de l'inflammation à l'œil



non cataracté n'est pas inévitable, qu'on voit toujours mieux avec deux yeux qu'avec un seul, que la présence d'une cataracte sur un œil en annonce presque toujours une autre pour plus tard. Ensuite il est prouvé, par les observations d'auteurs recommandables, *Maître-Jean, Saint-Yves, Wenzel, M. Luzardi*, etc., etc., que cette confusion dans la vision après l'abaissement ou l'extraction du cristallin d'un seul côté, n'a pas lieu. Je ne l'ai pas observée, non plus que *M. Roux*, qui a souvent pratiqué l'opération sur un seul œil cataracté. On peut donc pratiquer sans crainte cette opération, si le sujet se trouve dans toutes les conditions convenables (1).

Quand la cataracte siège sur les deux yeux, beaucoup de chirurgiens, *Scarpa* et *Dupuytren* entre autres, ont conseillé de pratiquer l'opération d'abord d'un seul côté, et de ne revenir à l'autre qu'après la guérison du premier. Si on a obtenu un succès sur ce premier œil, on peut, ajoutent-ils, s'en contenter tant que l'œil ne s'affaiblit pas trop. Si on échoue, on a encore le second œil pour ressource. Ces auteurs prétendent que le sujet supporte avec plus de courage et moins d'effroi la seconde opération que la première; que lorsqu'on opère les deux yeux à la fois, l'inflammation de l'un peut se propager à l'autre, que la réaction est plus vive, les accidents généraux et locaux plus redoutables. *Boyer* partage l'opinion de *Dupuytren*, qui pense que dans le cas d'ophtalmie double, suite d'opération de la cataracte, il arrive souvent que cette inflammation se concentre souvent sur un œil, et s'y termine par la fonte purulente de cet organe. Je regarde ces arguments comme très contestables, et comme l'opération la plus simple et la plus heureuse rétablit rarement la vue d'une manière bien complète, comme les malades aiment beau-

(1) Nous avons vu *Dupuytren* à l'Hôtel-Dieu pratiquer, chez une jeune femme, l'opération de la cataracte sur un seul œil, et cela uniquement dans le but de détruire la difformité qu'elle causait.

coup mieux supporter de suite, qu'à un certain intervalle, les deux opérations, et comme l'opération détermine quelquefois l'inflammation de l'œil sain aussi bien que celle de l'œil malade, enfin, comme l'opération double offre de nombreuses chances favorables pour l'un des deux yeux au moins, si ce n'est pour tous les deux, je préfère pratiquer l'opération sur les deux yeux l'un après l'autre, le même jour; c'est ce que vous me voyez constamment ou presque constamment faire dans cet hôpital.

On n'a pas recours maintenant aux préparations multipliées et minutieuses qu'employaient les anciens. On se borne aujourd'hui à un régime plus ou moins sévère pendant quelques jours, à la saignée, à quelques laxatifs ou quelques légers purgatifs, ou des antispasmodiques, suivant que le sujet offre des signes de pléthore, d'embarras intestinal, ou une trop grande irritabilité nerveuse. Quelques chirurgiens placent un vésicatoire à la nuque, huit, dix, quinze ou vingt jours auparavant, d'autres le placent seulement la veille. Quelques uns le mettent au bras. Je ne vois pas l'indispensable utilité de ce révulsif; je m'en dispense généralement, et je n'y ai recours qu'après l'opération et quand des cas spéciaux, comme une inflammation chronique, opiniâtre, en réclament l'emploi; je ne me suis pas aperçu qu'il y eût d'inconvénients à agir de cette manière. La veille de l'opération, le malade soumis à une diète assez sévère prendra un lavement pour aller à la garde-robe. Une ou deux heures avant l'opération, on instillera entre les paupières une solution d'extrait de belladone dans l'eau, afin de dilater la pupille largement, et que l'opérateur puisse faire manœuvrer plus facilement ses instruments. Si les sujets sont irritables, craintifs et l'œil très mobile, il est avantageux, pour accoutumer cet organe au contact des corps étrangers, de le toucher pendant quelques jours avant l'opération, avec l'extrémité d'instruments mousses quelconques, ou même avec le doigt.



Autrefois on choisissait surtout l'automne et le printemps pour opérer la cataracte, et on la pratiquait rarement en été ou en hiver. Sans doute le printemps et l'automne présentent quelques avantages à cause de la température plus douce et plus égale qu'aux autres périodes de l'année, cependant on peut, sans inconvénient, opérer la cataracte dans toutes les saisons de l'année. On doit toutefois s'abstenir de le faire, quand il règne des épidémies un peu sérieuses, des ophthalmies, des érysipèles, des fièvres graves, etc., etc.

L'opération de la cataracte consiste tantôt à déplacer le cristallin, et à le mettre dans des conditions telles qu'il puisse disparaître par absorption, tantôt à extraire de l'œil ce corps opaque. Cela constitue deux méthodes générales connues sous le nom d'*abaissement* et d'*extraction*.

La méthode par *abaissement* comprend en outre la méthode dite par réclinaison ou par renversement, la méthode par broiement.

La méthode par abaissement prend le nom de *scléroticonyxis*, quand pour déprimer le cristallin, on traverse la sclérotique avec une aiguille. Elle prend celui de *kératonyxis*, quand on pénètre dans l'intérieur du globe oculaire par un point de la cornée transparente.

*Scléroticonyxis*. L'appareil pour pratiquer la dépression se compose d'une ou de plusieurs aiguilles dites à cataracte, d'un bonnet ou serre-tête qui puisse embrasser exactement le crâne, d'une compresse languette pour cacher l'œil sain, pendant qu'on opère sur l'œil cataracté, de petites compresses fines, criblées de trous qu'on met au devant des paupières après l'opération, afin d'empêcher la charpie de toucher les paupières. Un bandeau de toile plié en double, assez long pour faire le tour de la tête, large de quatre ou cinq travers de doigt, et offrant au milieu et près de son bord libre une division en T renversé, pour y loger le nez. Enfin on a un autre bandeau de taffe-

tas noir, de l'eau tiède, des éponges très fines et des épingles.

Les aiguilles dont on se sert pour abaisser le cristallin sont en grand nombre. Chaque oculiste, chaque chirurgien a pour ainsi dire la sienne. La plus ancienne indiquée par *Celse* à la forme d'une lance droite et est longue de deux pouces. On fit plus tard des aiguilles rondes. On est revenu de nos jours aux aiguilles triangulaires. Une des plus répandues maintenant, c'est celle de *Scarpa*. Elle est fine, longue de dix-huit lignes seulement, terminée par une pointe un peu élargie, courbée en arc, plane sur sa convexité, présentant une arête sur sa concavité et montée comme toutes les aiguilles à cataracte, sur un manche à pans, portant une marque de couleur, différente sur son dos. *Dupuytren* a supprimé l'arête de la concavité de l'aiguille, elle est très plane de ce côté afin d'embrasser plus exactement le cristallin et d'être moins exposé à le diviser, quand on cherche à l'entraîner au fond de l'œil. Cette aiguille est aussi moins large que celle de *Scarpa*, et sa tige légèrement conique remplit complètement le chemin qui a été tracé par la pointe afin que les humeurs de l'œil ne puissent s'écouler pendant l'opération.

*M. Bretonneau* se sert d'une aiguille d'acier aussi large que celle de *Scarpa*, mais elle est plus courte. Sa tige est plus fine, plus ronde et passe librement à travers l'ouverture faite par sa pointe à la sclérotique. Cet avantage sur l'aiguille de *Dupuytren* est compensé, on doit le dire, en ce qu'elle expose pendant l'opération à l'écoulement d'une certaine quantité des humeurs de l'œil. En Allemagne l'aiguille de *Beer* est généralement adoptée, elle est comme celle de *M. Bretonneau* et n'endiffère qu'en ce que sa tige est conique et plus épaisse. MM. *Græfe*, *Langenbeck*, *Himly*, *Schmidt*, *M. Spitzac*, *Middelmore*, *Guerbois*, *Bergeron*, etc., ont modifié chacun à leur manière l'aiguille à cataracte; *Hey* et *Hilmer* ont proposé des aiguilles dont la forme se



rapproche de celle d'un ciseau, ou d'une demi-lune. Mais c'est, en définitive, les aiguilles de *Scarpa*, de *Dupuytren* et de *M. Bretonneau* qu'on adopte le plus généralement. J'emploie une aiguille semblable à peu près à celle de *Dupuytren*, excepté qu'elle est un peu plus recourbée, un peu plus aplatie et un peu plus large.

*Position du malade et du chirurgien.* Autrefois on faisait asseoir les malades à cheval sur un banc, ou sur un tabouret, quelquefois même on les faisait tenir debout. Maintenant on les place généralement assis sur une chaise solide et d'une hauteur moyenne.

Certains praticiens, *Dupuytren* et quelques autres, préfèrent pratiquer l'opération, le malade étant couché dans son lit (1). Toutes ces positions diverses peuvent être adoptées, suivant le goût et les habitudes des praticiens. J'opère ordinairement les malades assis, je crois que c'est la meil-

(1) *Dupuytren* adoptait, dans la grande majorité des cas, la position horizontale ou couchée pour le malade; il le laissait donc dans son lit, la tête élevée et soutenue par des oreillers. Cette position, moins favorable pour la pratique de l'extraction, offrait au contraire, suivant lui, un grand avantage pour l'abaissement, en maintenant l'œil et le malade dans un état parfait d'immobilité. Une autre raison le déterminait encore à adopter la position couchée pour le malade: c'est la syncope qui survient quelquefois pendant qu'on opère les malades assis sur une chaise. En 1830, *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 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 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.

Cette observation, publiée il y a quelques années dans le *Journal hebdomadaire* par *M. Paillard*, se trouve actuellement, avec de nombreux détails, dans la seconde édition des *Leçons orales de clinique chirurgicale de Dupuytren*; par MM. *Brierre de Boismont* et *Marx*, tome III, page 300.

leure position. Le chirurgien se place en face du malade, soit sur le même banc ou à cheval comme lui, ou bien debout ou assis sur une chaise un peu élevée, le pied posé sur un tabouret ou un escabeau, afin d'appuyer sur son genou le coude du côté qui opère. Cette dernière position est celle que *Scarpa* recommande: dans cette position, on a sans doute plus de fixité dans les mouvements; mais on est plus libre et plus à son aise quand on est debout. Un aide est placé derrière le malade il en embrasse la tête et la fixe d'une main sur sa poitrine, tandis que de l'autre, il relève la paupière supérieure. Le doigt d'un aide intelligent et adroit vaut mieux que tous les nombreux instruments qui ont été imaginés pour cela. Avec l'indicateur on peut relever la paupière par son bord libre et le tenir fixé contre l'arcade sus-orbitaire, sans toucher l'œil; c'est le précepte de *Scarpa*. *Boyer* conseille d'enfoncer le doigt jusque à la face postérieure du bord sourcilier en recourbant en crochet sa dernière phalange: si de cette manière la paupière se trouve plus solidement fixée, l'angle formé par les articulations phalangiennes est gênant pour l'opérateur. On pourrait encore suivre le précepte de *Forlenze* qui faisait attirer par l'aide vers le sourcil, comme pour la plisser et en former un bourrelet, toute la peau de la paupière. La pulpe du doigt indicateur fixe ainsi très bien la peau, et le bord libre de la paupière et son cartilage tarse se trouvent suffisamment relevés. Pour ne pas laisser glisser la peau ainsi fixée sous l'indicateur, l'aide doit placer entre elle et son doigt un petit morceau de lingé sec. Quand le malade est au lit, l'aide se place au chevet pour relever la paupière, l'opérateur se met à droite du lit pour opérer l'œil gauche et à gauche pour opérer l'œil droit. Il se sert de la main droite pour opérer l'œil gauche, et de la main gauche pour opérer l'œil droit. On ne peut se servir de la main droite pour opérer sur l'un et l'autre œil que lorsqu'on n'est pas ambidextre. Pendant qu'il opère un œil, on couvre l'autre



avec un bandeau de toile sèche. Le bonnet du malade a été préalablement placé et fixé avec la bande. Le chirurgien avec son indicateur correspondant à l'œil qu'il va opérer abaisse la paupière inférieure et fixe l'œil; avec l'autre main, il prend une aiguille qu'il tient comme une plume à écrire entre le pouce, l'indicateur et le médius. Les deux derniers doigts prennent un point d'appui entre la parotide et la pommette. Alors commence le premier temps de l'opération. L'aiguille est portée perpendiculairement sur la sclérotique à une ligne, une ligne et demie, ou deux lignes de la cornée transparente, un peu au dessous de son diamètre transversal; la concavité est tournée en bas, son tranchant vers la cornée; il traverse ainsi la tunique fibreuse. Le manche d'abord incliné en bas est relevé peu à peu à mesure que l'aiguille entre dans la chambre postérieure de l'œil, tel est le premier temps de l'opération. Le second temps consiste à enfoncer davantage l'aiguille, puis à faire tourner l'instrument sur son axe de telle sorte que sa concavité regarde en arrière, et passe au dessous du cristallin puis au devant de lui en pénétrant de dehors en dedans, et d'arrière en avant, sans toucher à l'iris ni à la capsule cristalline; on pousse ensuite l'instrument jusqu'à la pupille, et on le fait même proéminer à travers cette ouverture pour être sur qu'on n'est point entre la capsule et le cristallin; là, on promène à diverses reprises la pointe de l'aiguille sur la capsule cristalline que l'on déchire dans la plus grande étendue et dans divers points. La déchirure de la capsule du cristallin est plus délicate et plus importante qu'on ne le pense généralement. On commence cette déchirure par la circonférence; si on la perçait au centre, il serait difficile d'en détacher les lambeaux et d'éviter une cataracte secondaire. Il serait plus avantageux et il serait plus sûr de déprimer à la fois le cristallin et la capsule sans la rompre. Mais est il bien facile d'abaisser une membrane aussi mince au fond de

l'œil, et de rompre ses adhérences sans la diviser? Alors commence le troisième temps. Ici la concavité de l'aiguille est appliquée au plein sur le devant de la cataracte, et par un mouvement de bascule en bas, en dehors et en arrière; le chirurgien l'entraîne dans le fond de l'œil, au dessous de la pupille et à la partie inférieure du corps vitré où il la tient pendant l'espace d'une minute environ, afin qu'elle ne puisse pas s'en dégager. Une fois l'abaissement commencé, l'aiguille représente un levier du premier genre qui trouve son point d'appui dans l'ouverture de la sclérotique, et qui pour porter la résistance au dehors, en arrière et en bas, doit avoir la convexité de sa pointe légèrement inclinée en haut, pendant qu'on lui fait éprouver le mouvement de bascule indiqué. En ne retirant l'aiguille qu'au bout d'une minute à peu près, on donne le temps aux cellules déprimées du corps vitré, de reprendre leur situation naturelle, et d'emprisonner en quelque sorte, la cataracte qui pourrait remonter et reprendre sa place, si on cessait immédiatement de la tenir immobile dans l'endroit où on l'a placée. Le quatrième temps de l'opération consiste à retirer sans secousse l'instrument en lui faisant exécuter de petits mouvements de rotation. On le ramène à la position horizontale du deuxième temps, on en tourne de nouveau la convexité en avant, et on le retire de l'œil en lui faisant suivre exactement et dans les mêmes positions le chemin qu'il a parcouru en pénétrant.

Les petits mouvements de rotation qu'on fait exécuter à l'aiguille, avant de la dégager de l'œil, ont pour but évident d'ébranler le moins possible le cristallin et de le laisser plus sûrement dans sa nouvelle place.

Si, malgré toutes les précautions que nous venons d'indiquer, on voyait la cataracte remonter, dès qu'on cesse de la déprimer, il faudrait la saisir de nouveau, la déprimer plus profondément et continuer ainsi jusqu'à ce qu'elle ne se relevât plus.



Pour pratiquer l'abaissement, on a proposé de porter l'aiguille au dessus du diamètre transversal de la sclérotique; mais il serait très difficile, pour ne pas dire impossible, d'abaisser complètement le cristallin et de ne pas le laisser plus ou moins près du centre de l'œil. En perçant l'œil justement sur l'extrémité externe du diamètre de cet organe, on blesserait l'artère ciliaire longue et on amènerait un épanchement sanguin dans l'œil. En enfonçant l'aiguille au dessous du diamètre transversal de l'œil, on évite ces divers accidents. En traversant la sclérotique si, au lieu de tourner la convexité de l'aiguille en bas, ainsi que je vous l'ai recommandé dans le premier temps de l'opération, on tourne la convexité en avant, suivant le conseil de *Scarpa*, on divise au lieu d'écarter les fibres de la sclérotique, ainsi que les nerfs et vaisseaux ciliaires. Si au contraire on tourne la concavité de l'aiguille en bas, on pénètre plutôt en écartant qu'en divisant les fibres de la coque oculaire et on produit moins d'accidents. Il est important de ne pas enfoncer l'aiguille trop près de la cornée, car on pourrait blesser le cercle ciliaire. Ceux qui ont donné le précepte de l'enfoncer à l'union même de la sclérotique avec la cornée, ou au plus à une demi-ligne, ou une ligne de cette union, redoutent la lésion soit de la rétine, soit de l'expansion fibreuse du muscle droit. Mais le danger de la lésion de cette dernière est tout à fait imaginaire. Quant à la lésion de la rétine, elle est inévitable quand on pénètre dans l'intérieur de l'œil par la sclérotique, et quel que soit le point par lequel on pénètre. Il y a donc moins d'inconvénients à s'éloigner de la cornée, tandis qu'il y en a beaucoup à trop s'en rapprocher, attendu qu'on blesserait le cercle ciliaire. La distance d'une ligne et demie ou deux lignes que je vous ai fixée pour le premier temps de l'opération, est celle qui présente le plus d'avantages. Dans le second temps de l'opération, on tourne la convexité de l'aiguille en avant, pour éviter la piqure ou

la déchirure de l'iris. C'est un précepte qu'il faut bien observer, car il peut résulter des accidents inflammatoires et nerveux graves par suite de cette piqure.

Pour déprimer plus facilement le cristallin, il faut non seulement le saisir avec la pointe de l'aiguille, mais embrasser exactement et à plat la face antérieure et moyenne de ce corps avec la concavité de l'instrument. Si on se bornait à embrasser ainsi son bord supérieur pour l'abaisser, on courrait le risque de le voir se renverser à la moindre pression.

Quand la cataracte est molle, l'instrument la brise en un plus ou moins grand nombre de fragments, et on ne parvient qu'avec beaucoup de peine à l'abaisser entièrement au dessous de la pupille. Cela est même souvent impossible. Dans ce cas, on tâche de pousser les divers fragments du cristallin et de la capsule en avant et dans la chambre antérieure, afin qu'ils y soient dissous dans l'humeur aqueuse et résorbés. Il est facile de pousser dans la chambre antérieure toutes les parties du cristallin qui sont libres, mais il n'en est pas de même des lambeaux de la capsule. Il est difficile de les saisir avec la pointe de l'aiguille, de les déchirer, de les rouler sur eux-mêmes et de leur faire franchir la pupille. Ces difficultés sont plus grandes encore, quand il y a des adhérences, entre l'iris et la capsule cristalline. Il faut dans ce cas en opérer le décollement, en ménageant l'iris le plus possible.

Il arrive quelquefois que, pendant l'opération, par suite de mouvements de la part du malade, ou de l'opérateur, ou par suite de causes dont on ne peut se rendre compte, le cristallin passe dans la chambre antérieure. Il peut y arriver spontanément et hors le temps de l'opération, sous l'influence de causes diverses, tels que coups, chutes, secousses, tout ce qui peut enfin ébranler la tête du sujet, et amener la rupture de la capsule cristalline. On avait pensé que ce passage du cristallin dans la cham-



bre antérieure nécessitait toujours son extraction. Il est possible de le retirer de la chambre antérieure pour le faire repasser dans la chambre postérieure. *Dupuytren*, dans des cas de ce genre, a pénétré dans la chambre antérieure à travers la pupille, piqué le cristallin avec la pointe de l'aiguille; il l'a ramené dans la chambre postérieure, et l'a abaissé dans son lieu ordinaire (1). *M. Luzzardi* a fait de même. Ce passage du cristallin d'une chambre dans l'autre et son retour se font spontanément dans certains cas avec beaucoup de facilité. J'ai observé, au sujet du passage du cristallin dans la chambre antérieure, le fait suivant. *M. Monod* avait une malade chez laquelle le cristallin était passé dans la chambre antérieure. Elle sortit de l'hôpital *Cochin*. Deux mois après, je constatai que le cristallin occupait sa place ordinaire dans la chambre postérieure. La malade sortit de mon service au bout de six semaines, et y rentra trois mois plus tard. Le cris-

(1) Voici un abrégé de l'observation de ce genre qui est empruntée à la seconde édition des *Leçons orales de Dupuytren*, t. III, p. 317, et qui se trouve extraite de l'intéressant mémoire de *M. Marx*, intitulé : *Réflexions et observations sur le passage de la cataracte dans la chambre antérieure*. 1820.

*Philippe Petit* entra à l'Hôtel-Dieu le 2 novembre 1819, pour s'y faire traiter d'une cataracte à l'œil gauche, et qui était spontanément passée dans la chambre antérieure. A l'âge de dix-huit ans il fut, sans cause connue, atteint d'une cataracte à l'œil gauche. Depuis quatorze ans environ, il ne voyait plus de cet œil; il distinguait seulement la lumière de l'obscurité. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, il ressentit en se baissant une vive douleur à l'œil, et éprouva la sensation d'un corps qui se déplaçait. Douleur, rougeur de l'œil, larmolement. Le malade entra à l'hôpital. La chambre antérieure contient un corps arrondi, blanc, nacré; c'est le cristallin devenu opaque. Après les préparations convenables, il est opéré de la manière suivante : *Dupuytren* traversa la sclérotique à deux lignes de la cornée transparente avec son aiguille, il la fit passer de la chambre postérieure dans l'antérieure à travers la pupille, piqua le cristallin avec la pointe de son instrument, et le fit repasser dans la chambre postérieure, où il termina l'opération de la manière ordinaire. Immédiatement après, le malade distingua parfaitement bien les personnes et les objets qui l'entouraient. Aucun accident grave ne survint après l'opération, et au bout de six jours *Petit* sortit de l'hôpital, ayant la pupille très nette et voyant fort bien.

tallin se trouvait de nouveau dans la chambre antérieure. Mais alors des vaisseaux semblaient l'avoir pénétré; il était réduit au tiers de son volume, et paraissait faire corps avec la cornée. *Pellier* rapporte qu'au moment où il incisait la cornée transparente pour retirer un cristallin passé dans la chambre postérieure, celui-ci repassa dans la chambre postérieure (1).

Le cristallin peut d'ailleurs demeurer dans la chambre antérieure et y être resorbé complètement, sans y avoir

(1) Quelques observations prouvent la faculté que possèdent certains individus de faire, pour ainsi dire, voyager à volonté leur cristallin cataracté d'une chambre à l'autre. Une des plus curieuses observations de ce genre est sans contredit celle qui est rapportée par *Demours* dans son *Traité des maladies des yeux*. J'ai vu, dit cet oculiste, le cristallin opaque passer par la pupille dans la chambre antérieure, et, de là, retourner à sa place. Le nommé *Gastel*, affecté de cataracte, fit passer, en ma présence et celle de *M. le docteur Tillard* et de *M. Busnel*, ancien chirurgien major, le 3 juillet 1817, son cristallin opaque dans la chambre antérieure et le fit repasser derrière l'iris. Cet homme, cordonnier de profession, âgé de trente-et-un ans, a cette cataracte depuis l'âge de six ans. Le cristallin opaque est descendu peu à peu derrière l'iris vers l'époque de la puberté; il était devenu invisible et plongeait 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 lui 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. Tout fut exécuté et suivi du succès que j'en attendais. Pendant huit ans et demi, *M. Gastel* ne fut pas incommodé par son singulier accident, qui a lieu de nouveau depuis deux ans jusqu'à trois ou 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, est incapable d'occupation, jusqu'à ce que, couché par terre, le menton haut et le sommet de la tête en bas, il la fasse rentrer en exerçant d'assez fortes frictions sur le globe de l'œil.