

déterminé d'accidents graves. Il y a beaucoup d'observations de ce genre.

Quand il y a cataracte *laiteuse* ou *purulente*, il devient nécessaire de porter l'aiguille jusqu'au centre de la pupille, sans diviser la capsule. Car si on perce la capsule, le fluide opaque s'épanche de suite dans les chambres, en trouble la transparence, et il devient absolument impossible de voir et de faire manœuvrer son aiguille. Si cet accident était arrivé, quoiqu'on ne puisse rien distinguer, au milieu du trouble des humeurs, il faut simuler aussi exactement et avec autant de prudence que possible les manœuvres nécessaires pour diviser les lambeaux de la capsule.

Lorsque la cataracte est d'une dureté *pierreuse*, ou *plâtreuse*, ou *siliquieuse*, la capsule cristalline participe elle-même à cette dégénérescence. Elle est quelquefois très résistante, et comme parcheminée. Il faut l'abaisser en même temps que le cristallin, elle n'en peut être isolée et doit être abaissée du même coup.

Pendant longtemps on crut, ainsi que je vous l'ai dit, que la cataracte siégeait seulement dans le cristallin, et que la capsule ne participait point à son opacité. C'est dans cette idée que quelques auteurs, *Petit* entre autres, donnèrent le précepte de déprimer le cristallin, en ayant soin de ne pas intéresser le feuillet antérieur de la capsule. Il enfonçait l'aiguille dans la chambre postérieure, et inclinait un de ses tranchants en dehors et en arrière, le dirigeait à la partie externe, inférieure et postérieure de la capsule, et la divisait. Il accrochait ensuite le cristallin avec la pointe de l'aiguille et le plongeait dans l'épaisseur du cristallin. On vanta ce procédé comme rétablissant plus complètement la vision que le procédé ordinaire, en disant qu'en tombant sur une membrane convexe, comme l'est le feuillet antérieur de la capsule laissé intact, les rayons lumineux trouveraient une espèce de cristallin, et

ne s'apercevraient pas de la disparition de cette lentille, qu'alors la concordance du foyer de la vue serait conservée, et qu'il serait inutile, après l'opération, de faire usage de lunettes convexes. Dans ces derniers temps on a désigné, sous le nom de *hyalonyxis*, une méthode à peu près semblable à celle de *Petit*, et qui consiste à plonger l'aiguille à quatre lignes de la cornée, à traverser le corps vitré d'arrière en avant, et à saisir le cristallin sans toucher au feuillet antérieur de la capsule. C'est *M. Bowen* qui a imaginé ce procédé. *M. Goyrand* opère à peu près de même, en enfonçant directement d'arrière en avant l'aiguille à cataracte à travers le corps vitré, il fait exécuter à sa pointe un mouvement de cercle sur toute la circonférence du cristallin, et embroche alors celui-ci, et l'entraîne dans le corps vitré, sans s'occuper de la capsule antérieure. Mais on objecta à ces raisons que très souvent la capsule antérieure est opaque, en même temps que le cristallin; que lorsqu'elle ne l'est pas, elle le devient souvent après l'opération, et produit une cataracte membraneuse secondaire, si elle n'a pas été détruite, et qu'il s'en suit de là qu'il fallait la détruire, au lieu de la ménager. Enfin on prétendit, mais à tort, que le cristallin déposé dans le corps vitré, au lieu d'être simplement abaissé dans la chambre postérieure, devait y devenir la source d'accidents inflammatoires graves. En effet cette dernière objection est sans valeur, car il est impossible de ne pas déchirer le corps vitré dans l'opération par abaissement. Le cristallin déplacé est toujours entré dans ce corps et y demeure plongé. S'il était placé entre lui et les membranes de la coque oculaire et les humeurs de l'œil, on déchirerait la rétine.

*M. Bretonneau* a modifié le procédé de *Petit*, en ce qu'au lieu d'ouvrir la capsule par derrière, après avoir tracé la voie du cristallin dans le corps vitré avec l'aiguille, il déchire la capsule en avant et termine comme dans le pro-



cedé ordinaire. J'ai vu ce procédé réussir un grand nombre de fois à l'hôpital de Tours, et je l'ai mis de mon côté en usage avec succès. Voici comment je l'emploie maintenant. Je dirige mon aiguille comme pour passer derrière la cataracte. Lorsqu'elle est arrivée à quatre lignes environ de profondeur, avant d'en changer la position, je l'incline en bas, en arrière, en dehors, pour ouvrir les cellules antérieures du corps vitré. Cela fait, je tourne la convexité de l'aiguille vers l'iris, puis j'élève son manche et je fais passer sa pointe sous le bord inférieur du cristallin, pour la conduire ainsi dans la pupille. Je divise le feuillet antérieur. J'embrasse le cristallin opaque et le pousse par un mouvement de bascule régulier, dans le sens d'une ligne qui se porterait du grand angle de l'œil à l'apophyse mastoïde du même côté. On pourrait par ce procédé ne pas toucher si on le voulait au feuillet antérieur de la capsule cristalline.

Dans d'autres circonstances, j'ai porté par en haut et d'arrière en avant l'aiguille pour la ramener par dessus et au devant du cristallin et dans la pupille, j'ai alors détaché et entraîné facilement le cristallin en arrière et en bas.

Un autre procédé pour la dépression, qui semble appartenir à *B. Bell* ou à *M. Giorgi*, a été mis en usage par *M. Gensoul* et par *M. Roux*. Il consiste dans une petite incision pratiquée à l'union de la sclérotique et de la cornée derrière l'iris. Une espèce de curette est introduite par cette incision; elle est portée au devant du cristallin et sert à l'abaisser ou à le déprimer. Ce procédé présente beaucoup d'inconvénients: tels sont le risque de blesser le cercle ciliaire, la sortie possible des humeurs de l'œil, la difficulté de porter la cataracte en arrière; le seul avantage de cette ouverture assez large faite à la sclérotique, serait de remédier plus aisément qu'une piqûre au trop plein de l'œil. Au surplus, ce procédé est abandonné ac-

tuellement. Les essais qu'on a faits ont été peu avantageux.

*Renversement ou réclinaison.* — Ce procédé consiste, après la division de la capsule du cristallin par l'aiguille, à l'appliquer plus près du bord supérieur que du bord inférieur, sur la face antérieure de la lentille, et en pressant sur elle, à lui faire exécuter un mouvement de bascule par le moyen duquel son bord supérieur se trouve placé en arrière et sa face antérieure en haut. On l'abandonne alors au dessous de la pupille dans la chambre postérieure. Ce procédé est plus simple sans doute, et le manuel opératoire plus facile que l'abaissement ou la dépression ordinaire, mais le corps opaque remonte très souvent, ou bien son voisinage de l'iris irrite cette membrane et le reste de l'œil, et peut en déterminer l'inflammation. Après avoir renversé le cristallin, comme il vient d'être dit, quelques oculistes, *Beer* et *Weller* entre autres, conseillent d'enfoncer la cataracte dans l'épaisseur ou au dessous du corps vitré. La réclinaison, dans ce cas, se trouve à peu près être la dépression ordinaire.

*Broïement.* *Pott* après avoir démontré que le cristallin en contact avec l'humeur aqueuse s'y dissout et finit par disparaître complètement, prétendit qu'on pouvait se dispenser de l'abaisser au dessous du centre pupillaire, qu'il suffisait de le briser en plusieurs fragments ou simplement de déchirer sa capsule pour guérir les malades. De là, la méthode du *broïement*, méthode qui, débarrassant d'un point fort délicat de l'opération, a été vantée et adoptée par quelques praticiens, qui veulent qu'on l'emploie dans tous les cas. Il est vrai que l'on a de nombreux exemples de dissolution rapide du cristallin, soit entier, soit réduit en fragments par l'humeur aqueuse, on en a aussi beaucoup qui prouvent qu'il est très longtemps à se dissoudre, plusieurs mois, plusieurs années, et quelquefois même qu'il persiste indéfiniment et s'oppose au rétablissement de la vision. Si dans ce pro-



céde on maltraite moins le corps vitré; on s'expose plus que dans les autres à la blessure de l'iris; la cataracte se dissipe ordinairement avec une certaine lenteur, et la pupille est longtemps avant d'être libre. Ce sont des inconvénients qui doivent rendre le broiement un véritable pis-aller et non pas un procédé de choix.

Voici au surplus comment on pratique cette opération. On peut employer toutes les aiguilles que nous avons indiquées; toutefois celles de *M. Luzardi*, qui a la forme d'une petite serpette, est plus commode pour ce procédé que celles de *M. Bretonneau*, de *Scarpa* ou de *Dupuytren*.

L'aiguille est enfoncée comme dans l'abaissement. Lorsqu'elle est arrivée dans la pupille et qu'elle a divisé la capsule, on porte sa pointe et l'un des tranchants sur le milieu du cristallin, on le divise d'abord en deux, puis on revient sur chacune de ces moitiés de manière à les réduire en fragments aussi petits que possible, puis on les pousse les uns après les autres avec le dos de l'aiguille dans la chambre antérieure, en les faisant passer par la pupille. Il vaut mieux opérer en attaquant le cristallin par sa face antérieure que par sa face postérieure, parce qu'on voit mieux ce que l'on fait et qu'on est plus sûr de ne pas blesser l'iris. Quand on l'attaque par sa face postérieure à l'aide d'une aiguille droite, le broiement est plus facile il est vrai, tant que la capsule antérieure est intacte, parce que le cristallin étant renfermé dans un sac ne peut pas fuir et est forcé de se présenter sans cesse à l'action de l'instrument. Mais il est rare qu'on puisse longtemps ménager la capsule, et que dès les premiers temps on ne perce pas d'ouïre en ouïre avec l'aiguille et le cristallin et sa capsule. D'ailleurs, dans cette manière de broyer le cristallin, le corps vitré souffre beaucoup plus que lorsqu'on commence le broiement de la lentille par sa face antérieure.

*Kératonyxis.* — Dans cette méthode on pénètre dans

l'œil avec l'aiguille à travers la cornée transparente et la pupille pour arriver jusqu'au cristallin et le déprimer, le broyer ou le renverser. Cette méthode est loin d'être nouvelle; car les auteurs arabes en parlent, et d'autres personnes prétendent que de temps immémorial on opère ainsi la cataracte en Égypte et dans l'Inde. Il est certain que des charlatans l'ont mise en usage depuis longtemps. *Manget* parle en effet d'une femme anglaise qui guérissait la cataracte en perçant la cornée avec une aiguille. La *kératonyxis* est indiquée et vantée dans la collection des thèses de *Haller*. Au dix-huitième siècle elle fut employée par des chirurgiens d'un grand mérite, en Allemagne et en Angleterre, par *Smith*, *Woolhouse*, *Dudill*, *Taylor*, *Richter*, *Beer*, etc., etc. Plus tard elle fut connue en France, et *Demours* la pratiqua même en 1803; mais elle était pour ainsi dire oubliée lorsque *Dupuytren* rappela l'attention sur elle (1), et il

(1) Voici comment *MM. Marx* et *Brierre de Boismont* en rendent compte dans la seconde édition des *Leçons orales de clinique chirurgicale de Dupuytren*, t. III, p. 333 :

« Il y a vingt-trois ans environ que *Dupuytren* fut conduit par un accident inattendu à pratiquer l'opération de la cataracte d'une manière inusitée. Ne pouvant réussir à fixer les yeux d'une jeune fille affectée de cataractes accidentelles, et à attaquer la partie antérieure et externe de la sclérotique pour opérer ces cataractes par dépression, il prit le parti d'agir sur la cornée transparente, seul endroit de l'œil que les mouvements convulsifs laissent en évidence, et de conduire l'aiguille jusqu'au cristallin, en la faisant passer à travers la pupille. Cette opération réussit parfaitement; mais comme c'était par nécessité et non par choix qu'il avait pénétré dans l'œil par la cornée transparente, il n'eut pas la pensée de considérer cette manière d'opérer comme une méthode générale. Il ignorait d'ailleurs que cette méthode eût été pratiquée avant lui et qu'elle fût employée dans d'autres contrées, et surtout qu'elle dût jamais être indiquée comme un procédé régulier. Cependant la faveur qu'elle acquit en Allemagne et les avantages qui lui furent attribués ayant ramené les idées de *Dupuytren* sur elle, et l'ayant conduit à faire un assez grand nombre de fois l'opération de la cataracte en piquant la cornée transparente, il a eu l'occasion d'apprécier les inconvénients et les avantages de cette manière de pratiquer l'opération. Après un assez grand nombre d'épreuves diverses, *Dupuytren* a reconnu qu'elle n'est pas en général d'une exécution plus facile que celle qu'on pratique à travers la sclé-



peut être considéré comme l'ayant véritablement introduite en France.

Pour subir la kératonyxis le malade doit avoir eu préalablement la pupille très dilatée à l'aide de l'extrait de bel-

tique, que c'est un faible avantage de pouvoir l'exécuter sur les deux yeux avec la même main ; que la manière dont la main de l'opérateur est située entre son œil et celui du malade, empêche de suivre avec facilité les mouvements de l'instrument ; que le cercle qui borne la pupille gêne les mouvements de l'aiguille et ne permet ni de détourner aisément la cataracte, ni de la plonger dans la partie inférieure du corps vitré, ni surtout de détacher les lambeaux de la membrane cristalline qu'on voit si souvent dans les cataractes membraneuses adhérer aux procès ciliaires ; que cette opération ne prévient ni les accidents nerveux, ni les accidents inflammatoires qui accompagnent quelquefois les opérations de cataracte par dépression ; qu'elle expose à l'iritis autant et plus peut-être que l'opération à travers la sclérotique : qu'elle est quelquefois suivie de l'opacité de la cornée dans le point où cette membrane a été traversée, et quelquefois dans une étendue plus grande encore ; qu'enfin le résultat des opérations de cataracte pratiquées suivant ces deux méthodes, chez des individus placés dans des conditions analogues, ne diffèrent pas sensiblement entre eux, et qu'il n'existe aucune raison de donner à la kératonyxis la préférence sur la ponction à travers la sclérotique dans le plus grand nombre des cas ; d'où il résulte, par une dernière conséquence, qu'il n'y a aucune raison d'en faire une méthode générale, mais que considérée sous le rapport des avantages qu'elle peut offrir dans certains cas particuliers, elle mérite toutefois d'être conservée. Aussi, après avoir pratiqué l'opération de la cataracte par kératonyxis sur vingt-et-un individus, tant à l'Hôtel-Dieu qu'en ville, *Dupuytren* est revenu à la *scléroticonyxis*, et n'emploie la kératonyxis que comme méthode tout à fait exceptionnelle.

Sur les vingt-et-une opérations de kératonyxis pratiquées par *Dupuytren*, on trouve onze succès immédiats et durables ; six n'ont obtenu de succès qu'au bout d'un mois ; deux ont été suivis d'accidents nerveux ; cinq l'ont été d'ophtalmies légères ; deux l'ont été d'iritis ; une autre a donné lieu à l'inflammation et à l'atrophie de l'œil ; cinq ont laissé des débris de membrane cristalline à la circonférence de la pupille ; quatre ont dû être suivies d'une deuxième opération et même d'une troisième ; un malade a perdu l'œil par suite d'inflammation ; un autre la faculté de voir par la formation d'une cicatrice opaque au devant de la pupille ; chez deux enfin, une amaurose indépendante de l'opération et de ses suites est venue s'opposer à la guérison. En définitive, dix-sept individus sur vingt-et-un ont recouvré la vue, c'est à dire  $\frac{17}{21}$ , ou les quatre cinquièmes, plus un des malades opérés, résultat qui ne diffère pas sensiblement de ceux que procure l'opération de la cataracte par scléroticonyxis.

ladone ; car sans cette dilatation préalable l'opérateur serait gêné pour faire manœuvrer son aiguille, et tirerait fortement les bords de cette ouverture en cherchant à déplacer ou broyer le cristallin. L'aiguille dont on se sert ordinairement pour la kératonyxis est courbe ; on peut du reste se servir soit de celle de *Scarpa*, soit de celle de *Dupuytren*, ou bien de celle de *M. Bretonneau*.

Le malade est placé comme pour la scléroticonyxis, l'aide relève de la même manière la paupière supérieure, tandis que l'opérateur, abaissant l'inférieure avec le doigt indicateur ou médium d'une main, appuie sur le dos de ce doigt l'aiguille dont il plonge la pointe dans la cornée à sa partie inférieure ou externe, à une ligne environ de son union avec la sclérotique ; il la fait pénétrer dans la chambre antérieure, la concavité étant en haut, et la dirige du côté de la pupille, dans laquelle il pénètre en tournant alors en bas la concavité de l'aiguille afin de ménager plus sûrement l'iris. Avec sa pointe il déchire le plus largement possible la capsule du cristallin, il accroche le bord supérieur de cette lentille, la renverse ou la déprime au dessous de la pupille et dans le corps vitré, ou bien il le morcelle, et en abaisse ensuite les divers fragments, qu'il fait pénétrer dans le corps vitré, ou les amène dans la chambre antérieure pour les soumettre à la dissolution et à l'absorption dans l'humeur aqueuse. Lorsque ces diverses manœuvres ont été opérées, le chirurgien retire son aiguille en replaçant sa convexité en bas, et la retire dans le même sens et par la même voie qu'il lui a fait suivre pour entrer.

Cette opération peut être faite dans tous les cas où l'abaissement convient. On l'emploie surtout quand la cataracte est molle, laiteuse, ou chez les enfants et les personnes indociles, et dont on ne peut pas fixer les yeux qui sont trop mobiles, trop irritables et trop sensibles ou trop enfoncés dans les orbites. On a l'avantage de pouvoir



pratiquer cette opération avec la même main. Il est certain qu'aucun nerf ou vaisseau volumineux ne peut être atteint, que la rétine n'est point lésée par l'aiguille, et que l'iris peut être aussi bien ménagée que dans la scléroticonyxis, que l'opération est peut être moins douloureuse, parce que les tissus que l'aiguille traverse, la cornée et la membrane de l'humeur aqueuse sont presque insensibles. C'est une opération qui se réduit à une simple piqûre; mais si elle a des avantages réels et sur lesquels tout le monde tombe d'accord, il est certain aussi qu'elle a des inconvénients très grands, que ne peuvent pas nier ses partisans. D'abord, il est plus difficile d'opérer par cette méthode dans les cas d'adhérence de l'iris à la capsule cristalline, de resserrement de la pupille, de saillie de l'iris, d'aplatissement de la cornée, et quand les cataractes sont très dures ou pierreuses. Aussi, malgré les succès que disent en avoir obtenus des auteurs recommandables, tels que *Textor, Dupuytren, MM. Smalz, Walther, Langenbeck, Wedmeyer, Schindler*, etc., cette méthode, qui a excité tant d'enthousiasme dans les premiers moments, est généralement abandonnée et n'est plus employée que comme méthode exceptionnelle. D'ailleurs, il ne faut pas croire qu'il n'y ait dans la kératonyxis aucun autre inconvénient que ceux que je viens de vous citer. Ainsi chez les vieillards, où le cristallin est ordinairement dur et l'absorption presque nulle, on est presque toujours obligé d'avoir recours à une opération plus complète et plus efficace. Il est prouvé que les accidents consécutifs de la kératonyxis sont plus graves lorsqu'on broie le cristallin que lorsqu'on l'abaisse; l'iris peut être blessé, la circonférence pupillaire peut être contuse, soit qu'on broie le cristallin, soit qu'on l'abaisse seulement. En outre, il faut convenir que, quoique les accidents inflammatoires soient généralement légers à la suite de la piqûre de la cornée, il peut arriver aussi quelquefois que cette membrane s'enflamme très fortement, et qu'il résulte

de cette inflammation une fonte purulente ou des opacités plus ou moins étendues. Cette inflammation arrive surtout quand on a imprimé de nombreux mouvements à l'aiguille et qu'on a trop appuyé sur la partie inférieure de l'ouverture qu'on a faite à la cornée.

Les modifications qu'on a essayées dans ces derniers temps n'ont pas rendu la méthode plus avantageuse, et la rendent peut-être même plus mauvaise. Telle est par exemple celle de *M. Schindler*, qui fait la ponction de la cornée par son centre au lieu de la faire par sa partie inférieure ou externe. L'opacité fréquente qui résulte de cette piqûre après la guérison et qui gêne nécessairement la vision est un très grand inconvénient, qui n'est pas compensé par les facilités qui en résultent pour le manuel de l'opération. Quant au procédé de *M. Pauli*, qui, en pénétrant par la cornée, va fendre le corps vitré au dessus du cristallin pour enfoncer ensuite par cette fente le cristallin en totalité, je n'y puis voir aucun des avantages qu'il y assigne. Je n'en reconnais aucun non plus à la méthode que *M. Quadri* a imaginée, et qu'il nomme *méthode mixte*. Il introduit par la cornée une aiguille qu'il nomme *aiguille pince*, à l'aide de laquelle il extrait la capsule du cristallin, puis, avec une autre aiguille introduite par la sclérotique, il abaisse comme dans la scléroticonyxis ordinaire le cristallin ainsi dépouillé de sa capsule. C'est une opération très compliquée, au lieu d'être plus simple comme le prétend *M. Quadri* et qui réunit les inconvénients de l'extraction à ceux de l'abaissement.

Lorsqu'on a à opérer des enfants, soit pour une cataracte congénitale, soit pour une cataracte traumatique ou spontanée, c'est ordinairement à la *scléroticonyxis* ou à la *kératonyxis* qu'on a recours, très rarement on emploie l'extraction; cette méthode est trop dangereuse chez ces individus et amène trop souvent l'évacuation des humeurs de l'œil. L'opération chez eux se pratique de la même manière que



chez les adultes. Ce qu'il y a de plus difficile, c'est de maintenir convenablement l'enfant. *Ware* le couchait sur une table et lui élevait la tête avec des oreillers, puis, après l'avoir fait solidement maintenir par des aides, il fixait l'œil avec les doigts, pendant qu'une autre personne soulevait la paupière supérieure avec l'élevatoire de *Pellier* : alors il opérait. *Gibson* narcotisait d'abord le malade avec de l'opium administré à l'intérieur, puis l'emprisonnait dans un sac ouvert par les deux bouts à chacun desquels était adaptée une coulisse qu'on serrait au dessus des épaules et au dessous des pieds. *M. Luzardi* se contente de fixer les bras de l'enfant autour du tronc, et, le plaçant ensuite sur l'angle d'une table garnie, il met ses jambes entre ses cuisses, et le maintient ainsi immobile.

Pour favoriser l'absorption ou la dissolution du cristallin abaissé, déprimé ou broyé après la scléroticonyx ou la kérationyx, que ce cristallin ou ses débris et sa membrane soient restés dans la chambre postérieure ou aient été poussés dans la chambre antérieure, on a conseillé de faire la ponction de la cornée transparente et d'évacuer l'humeur aqueuse saturée par les éléments constitutifs du cristallin, puis de la laisser se renouveler ensuite pour l'évacuer de nouveau au bout d'un temps plus ou moins long. On conçoit en effet que la décomposition du cristallin étant un phénomène bien plus chimique que vital, cette évacuation et le renouvellement successif de l'humeur aqueuse ne doivent favoriser la dissolution de la lentille. Ce procédé a été jadis employé par *Lehoc*, et proposé de nouveau dans ces derniers temps par *M. Wernecke*. Cette méthode, toutefois, ne compte pas encore assez de faits en sa faveur pour qu'on puisse la recommander fortement ; elle pourrait d'ailleurs ne pas être sans inconvénients.

*Pansement et traitement consécutif.* Il y a des chirurgiens qui ont adopté pour pansement après l'opération de la cataracte un bandage très compliqué fait avec de la charpie,

des compresses et des bandes très méthodiquement appliquées. Les uns ont appliqué ces pièces d'appareil sèches, d'autres au contraire les ont fait tremper dans des mélanges variés de blancs d'œuf et d'alcool, ou de vinaigre, d'alun, de baume de *Fioraventi*, etc., etc. ; d'autres chirurgiens, au contraire, emploient des bandages très simples, tels que le monocle. Tout cela a peu de valeur réelle. Le pansement le plus simple est le meilleur. Pour moi, je me contente, après avoir lavé soigneusement les yeux avec de l'eau tiède, d'appliquer au devant d'eux une simple compresse large, que je troue dans son milieu pour y laisser passer le nez, afin que cette compresse ne vacille point. Je trouve cette compresse suffisante, et je n'y joins pas de taffetas noir par dessus.

Le malade étant couché sur le dos, les épaules et la tête élevés avec des oreillers, je ne fais entourer son lit que de rideaux ordinaires, et je m'abstiens de le placer dans une chambre tout à fait privée de lumière. Cette obscurité complète, dans laquelle on plongeait le malade pendant un temps assez long m'a semblé nuisible ; elle rend l'organe trop sensible, et on est très longtemps à l'habituer plus tard à la lumière. On a regardé comme très dangereuse la moindre lumière pour les opérés de la cataracte, et on a dit qu'une obscurité complète était nécessaire pour prévenir l'inflammation. Vous avez pu vous convaincre ici du contraire, car les inflammations de l'œil chez nos opérés de la cataracte ne sont pas plus fréquentes qu'ailleurs.

Le traitement qui suit l'opération de la cataracte par abaissement a beaucoup varié. Les uns, malgré l'absence de toute espèce d'accidents, ont employé la diète sévère, les saignées générales, locales, les purgatifs, les révulsifs sur les extrémités, etc. ; les autres ont fait usage de lotions froides sur l'œil, les paupières étant fermées, ou bien de lotions alumineuses alcoolisées, etc., etc. *Scarpa* avait pour habitude de prescrire à tous ses malades indistinctement



après l'opération ou peu de temps après un quart de lavement laudanisé, que les malades gardaient. Il prescrivait ce remède pour combattre les vomissements qui surviennent quelquefois chez les individus opérés de la cataracte. J'ai observé quelquefois ces vomissements, mais c'est tout au plus dans la proportion d'un sur douze ou quinze; aussi je regarde ces accidents-là comme exceptionnels, et je ne vois pas la nécessité d'administrer ce lavement, surtout quand l'opération a été très simple.

Quelques chirurgiens emploient les révulsifs, tels qu'un vésicatoire ou un cautère au bras, ou bien un séton à la nuque. *Scarpa* mettait presque constamment un cautère au bras de ses opérés, *M. Roux* met un vésicatoire le jour ou la veille de l'opération. *Dupuytren* l'appliquait toujours avant l'opération. J'ai eu recours aussi à l'emploi de ce révulsif, et je ne sais vraiment qu'en penser. Je ne puis dire s'il est bon ou s'il est mauvais. Je ne suis pas partisan du vésicatoire à la nuque, car s'il peut être bon dans quelques cas, il y en a aussi dans lesquels il peut nuire par la trop grande irritation qu'il cause. Je préférerais, dans tous les cas, le mettre au bras.

Lorsqu'il arrive des accidents à la suite de l'opération de la cataracte, il faut les combattre avec énergie avant qu'ils ne soient devenus intenses. Ainsi donc, quand, dans les premières vingt-quatre heures après l'opération il se développe des douleurs vives dans l'œil, de la céphalalgie, et que le bandeau dont on a couvert l'œil se trouve taché par une humeur jaunâtre, roussâtre, on peut présager une inflammation intense. Ce dernier signe est très concluant. Il ne faut plus hésiter alors à employer avec énergie un traitement antiphlogistique actif, les saignées générales, les sangsues, les vésicatoires, etc.

Mais lorsqu'il ne se développe point d'inflammation, il n'y a absolument rien à faire. On n'accorde au malade que quelques bouillons ou de légers potages pendant les

deux ou trois premiers jours. Si les selles ne se font pas régulièrement, on donne quelques lavements simples ou même des lavements laxatifs. On donne quelques boissons rafraîchissantes ou laxatives, comme de l'eau d'orge, du petit lait, de l'eau de veau, du jus de pruneaux, de la décoction de tamarin, de casse, etc., etc., ou bien des boissons antispasmodiques et des potions calmantes s'il y a de l'agitation, des spasmes, ou de l'insomnie. On maintient le malade immobile autant que possible dans son lit, la tête élevée et couchée du côté qui n'a pas été opéré, si on n'a fait l'opération que sur un seul œil, ou sur le dos si on l'a opérée des deux yeux. On laisse le bandeau en place s'il est sec, ou bien on le change s'il est imbibé. Au bout de quatre ou cinq jours on lève cet appareil pour voir en quel état se trouve l'œil et le résultat qu'on peut espérer de l'opération.

Il y a des malades qui n'éprouvent absolument rien de l'opération de la cataracte par abaissement; mais ordinairement il se manifeste un peu d'irritation et de chaleur dans l'œil. Ces phénomènes durent cinq, six, huit ou dix jours; quelquefois au bout de trois ou quatre jours il n'y a plus rien, et l'œil est parfaitement bien. Une inflammation assez fréquente à la suite de l'opération de la cataracte, c'est l'iritis. On doit craindre cet accident lorsqu'on s'aperçoit d'une irrégularité dans la forme de la pupille. Après les antiphlogistiques que l'on emploie avec une énergie proportionnée à l'intensité des phénomènes inflammatoires, on fait usage avec avantage, vers le quatrième ou cinquième jour seulement, de la belladone ou de la jusquiame, mais de la belladone surtout, pour prévenir les déformations et les irrégularités de la pupille, suites de l'adhérence.

J'ai vu des malades opérés de la cataracte par abaissement qui étaient parfaitement guéris au bout de trois jours. Il y a deux ou trois ans nous avons eu, dans cet



hôpital, un jeune homme que j'opérai de la cataracte, et qui, le surlendemain se promenait dans les salles l'œil découvert et y voyant très bien. On a vu dans les campagnes des paysans aller travailler aux champs le lendemain de leur opération, ne vouloir s'astreindre à aucun régime, à aucun traitement, et ils n'en guérissaient pas moins bien, mais ces cas sont des exceptions.

En général, au quatrième ou au cinquième jour, si les opérés n'ont éprouvé aucun accident sérieux, on peut les laisser se lever et manger. Il y a néanmoins à cet égard quelques règles à suivre.

Ordinairement on recommande de ne découvrir les yeux du malade que le troisième jour pour examiner l'état de ses organes. C'est une véritable loi qu'on a posée à cet égard, mais comme toutes les lois, celle-ci comporte des exceptions. Ainsi, on peut bien ne pas examiner dans les premiers jours l'état des yeux, s'il n'y a aucun phénomène inflammatoire, mais si on en soupçonne, il faut sans hésiter ôter le bandeau et examiner l'œil à l'ombre pour savoir à quoi s'en tenir, et prescrire ce qu'il conviendra. Mais s'il n'y a point d'accidents, on peut sans inconvénient laisser le tout en place pendant trois jours. Alors on lave l'œil avec de l'eau tiède, on renouvelle le bandeau et on peut laisser le malade prendre des aliments et se lever un peu. A dater de ce moment on découvre graduellement les yeux, en relevant peu à peu le bandeau, afin d'accoutumer petit à petit ces organes à la lumière, et de manière à les laisser complètement à nu du douzième au vingtième jour.

*Extraction.* Cette méthode dont on paraît avoir fait usage depuis un temps presque immémorial, puisqu'on en trouve la description fort imparfaite du reste, dans des auteurs très anciens, tels que *Antylus*, *Galien*, *Avicennes*, *Guy de Chauliac*, etc., etc., était tombée dans un oubli profond, et ne fut remise en pratique qu'à la fin du dix-septième siècle et même au commencement du dix-hui-

tième. Après diverses tentatives faites par *Freytag*, *Woolhouse*, *Petit*, *Saint-Yves*, et qui ne fixèrent guère l'attention des praticiens, *David* commença, sur cette manière d'opérer la cataracte, des travaux suivis; il la pratiqua, pour la première fois, en 1745, et soumit le résultat de ses observations ultérieures à l'académie des sciences en 1748. Sur deux cent six observations d'opérations de cataracte faites suivant cette méthode il annonça cent quatre-vingt-deux succès. Avec un couteau, en forme de langue de carpe, il ouvrait la partie inférieure de la cornée, élargissait cette ouverture avec un autre couteau moins large et de même forme, ou bien avec des ciseaux courbes, il écartait ensuite les lèvres de la plaie de la cornée avec une petite spatule en or, introduisait à travers la pupille une aiguille également en or, et arrivait avec elle sur la partie antérieure de la capsule qu'il divisait; après quoi il opérait la sortie du cristallin et des portions opaques de la capsule, à l'aide d'une petite curette.

Depuis *David*, auquel on contesta l'invention de cette découverte (1), on employa beaucoup l'extraction, en modifiant et les instruments et le manuel opératoire. C'est ainsi que *Palluci* ouvrait la cornée transparente du petit angle de l'œil au grand angle avec un *kératotome* ou couteau dont le sommet très allongé ressemblait à une espèce d'aiguille, puis terminait l'opération à peu près comme *David*. *Poyet* voulut soutenir et fixer l'œil avec une anse de fil qu'il passait à travers l'œil à l'aide d'un instrument très étroit percé près de sa pointe, puis il ouvrait la cornée en faisant un lambeau de haut en bas. *Lafaye* employait seulement un *kératotome* à forme de lancette étroite, à dos émoussé, et bombée sur une de ses faces, afin de remplir exactement la plaie faite à la cornée, et de ne pas permettre l'évacuation des humeurs

(1) *Palluci*,