

L'expérience démontre donc que les résultats que l'on obtient par l'extraction sont moins avantageux que par l'abaissement. Daviel assure n'avoir eu, sur deux cent six malades opérés, que vingt-quatre succès; cependant on a droit de révoquer en doute ces heureux résultats, car Caqué annonça à l'Académie royale de médecine dans un mémoire (janvier 1753), que sur trente-quatre opérations de cataractes faites par Daviel, neuf eurent un effet complètement défavorable. La proportion de neuf à trente-quatre est bien plus élevée que celle de vingt-quatre à deux cent six. Du reste, Daviel dans la suite changea de méthode, ce qui prouve assez ce que Caqué avait annoncé.

Richter comptait à peine sept succès sur dix opérations; Antoine Petit eut, sur trente-trois opérations, huit succès.

L'expérience parle donc hautement en faveur de l'abaissement; les beaux succès obtenus par Dubois, Delpech, Scarpa, Hymli, Chelius, Laugenbech, et par M. Dupuytren, sont de trop grandes et de trop respectables autorités pour qu'on puisse les mettre en doute.

TABEAU

Des opérations de Cataracte pratiquées à l'Hôtel-Dieu par M. Dupuytren, de 1815 à 1821, suivant les méthodes de l'abaissement et de l'extraction.

EXTRACTION.

1815. 3 femmes opérées de l'œil gauche et guéries; l'une d'elles avec déformation de la pupille.
 1816. 1 homme opéré des deux yeux, dont le gauche par extraction; non succès, et perte de la vue par suite de l'inflammation de l'iris; l'abaissement a obtenu un plein succès sur l'œil droit.
 1817. Aucun malade n'a été opéré par extraction.
 1818. 2 hommes opérés de l'œil gauche: l'un avec succès, et chez l'autre il s'est formé une cataracte secondaire. L'abaissement a réussi chez tous les deux à l'œil droit.

- 1 femme opérée de l'œil gauche sans succès; guérison à droite par l'abaissement.
 1819. Aucune opération.
 1820. 1 homme opéré de l'œil gauche. Guérison.
 1821. Point d'extraction.

Résumé.

Dans l'espace de sept ans, huit opérations par extraction, cinq guérisons, l'une avec déformation de la pupille.

Dans les huit opérations, œil gauche; trois opérés sans succès: chez l'un, iritis; chez un autre, cataracte secondaire; chez le troisième, cause inconnue.

ABAISSEMENT.

Femmes.

1816. 1 cataracte de l'œil droit; pas d'accidents. Guérison.
 1 cataracte double; perte des deux yeux. Amaurose double.
 1 œil droit, inflammation vive. Guérison.
 1817. 1 cataracte de l'œil droit; non succès. Iritis.
 1 double; non succès à droite, ascension du cristallin; succès à gauche.
 1 à gauche. Guérison.
 1 à droite. Guérison.
 1 membraneuse, ascension d'une portion du cristallin. Guérison.
 1 droite, ascension du cristallin. Vision imparfaite.
 1 double; double opération pratiquée le même jour. Succès des deux côtés.
 1 *Idem.*
 1 droite, ascension du cristallin; peu d'amélioration.
 1818. 4 cataractes à droite. Guérison.
 1 membraneuse. Guérison.
 1 à droite, coarctation de la pupille. Non succès.

- 2 à gauche. Guérison.
 1 amaurose. Non succès.
 1 iritis. Non succès.
 1 abcès dans la chambre antérieure, ouverture. Guérison.
 2 doubles; opération en deux jours différents. Guérison.
 1 membraneuse. Guérison.
 1 double; succès à droite, non à gauche; opération en deux jours différents.
 1 double; extraction à gauche, non succès; abaissement à droite; succès.
1819. 5 cataractes à droite. Guérison.
 1 gauche. Guérison.
 1 double centrale. Guérison.
 4 cataractes doubles. Succès à gauche.
 2 droite.
 1 cataracte double. Guérison complète.
 2 *idem*. Guérison (l'abaissement pratiqué deux fois sur l'un des deux yeux).
 1 cataracte double, membraneuse. Non succès.
 1 native, à droite; succès. Oeil gauche perdu.
1820. 3 cataractes à gauche. Guérison.
 1 membraneuse. Guérison.
 1 à droite; amaurose. Non succès.
 1 double. Guérison (les deux yeux opérés le même jour).
 1 membraneuse. Guérison.
 1 opération en deux fois différentes. Non succès. Suppuration, inflammation, iritis.
1821. 3 cataractes à gauche. Guérison.
 1 Ascension du cristallin, résorption. Guérison.
 2 droite. Guérison.
 1 droite membraneuse. Non succès.

- 1 droite membraneuse. Guérison.
 1 droite, ascension du cristallin, résorption. Guérison.
 1 cataracte double. Opération en deux fois, ascension d'un cristallin. Guérison des deux yeux.
 2 cataractes doubles. Opération en une seule fois. Guérison.
 1 en deux fois. Guérison.
 1 cataracte native. en deux fois. Guérison.

Hommes.

1815. 8 cataractes, dont 6 simples et 1 double; succès sur six; chez le septième, ascension d'une portion du cristallin.
1816. 1 cataracte double. Succès à droite; non succès à gauche.
 2 cataractes de l'œil droit. Guérison.
 1 Non-succès par suite de l'ascension du cristallin.
 1 cataracte double; double opération pratiquée le même jour. Succès complet.
 1 cataracte double, membraneuse et congéniale. Le malade est âgé de trois ans. Abaissement à droite. Kératonixis à gauche. Double succès.
 1 cataracte double; double opération pratiquée le même jour. Succès.
 1 cataracte double; double opération pratiquée le même jour. Non succès à gauche par suite d'iritis; succès à droite.
 1 cataracte de l'œil gauche. Non-succès; coarctation de la pupille.
 1 cataracte double; double opération pratiquée le même jour. Succès complet.
 1 cataracte double. Abaissement à droite, succès.

- Extraction à gauche, iritis; non succès.
- 1 cataracte de l'œil gauche; inflammation vive, fièvre adynamique, mort.
- 1 cataracte congéniale à gauche; inflammation vive, occlusion de la pupille; opération de la pupille artificielle. Guérison.
- 1 cataracte double. Guérison.
- 1 à gauche; ophthalmie. Non-succès.
- 1 à droite. Guérison.
- 1 à droite; iritis. Non-succès.
1817. 4 cataractes à droite. Guérison.
- 5 à gauche. Guérison; l'une avec ophthalmie.
- 1 cataracte double. Aucun succès; inflammation vive survenue un mois après l'opération.
- 1 à droite; iritis. Non-succès.
- 1 cataracte à gauche; ascension du cristallin; nouvelle opération. Guérison.
- 1 *idem.* *idem.* Non-succès.
- 1 à droite; ascension du cristallin; nouvelle opération. Guérison.
- 1 à droite; ascension d'une partie du cristallin; vision imparfaite.
- 1 cataracte double; double opération à deux mois de distance. Double guérison.
- 1 le même jour; vive inflammation des deux yeux. Guérison complète.
- 1 cataracte double; double opération le même jour. A droite, inflammation, passage du cristallin dans la chambre antérieure, résorption. A gauche, guérison.
- 1 cataracte à droite, membraneuse; ascension du cristallin, nouvelle opération; iritis. Non-succès.
1818. 5 cataractes à droite. Guérison.
- 4 Non-succès. Une avec ophthalmie, l'autre avec coarctation de la pupille.
- 1 Ascension du cristallin, nouvelle opération; ophthalmie. Guérison.

- 1 Passage dans la chambre antérieure; extraction; cataracte secondaire. Non-succès.
- 1 cataracte à gauche; destruction du globe. Non succès.
- 2 Passage dans la chambre antérieure, résorption. Guérison.
- 1 cataracte; abcès dans la chambre antérieure. Non-succès.
- 7 Guérison; l'une d'elles est compliquée d'inflammation.
- 1 cataracte double, extraction et abaissement. Guérison.
- 1 double opération le même jour. Guérison.
- 1 Inflammation à droite, ascension du cristallin; nouvelle opération. Guérison.
- 1 Succès à droite, non à gauche.
1819. 6 cataractes à gauche. Guérison; l'une d'elles est compliquée d'inflammation.
- 1 laiteuse; inflammation. Guérison.
- 1 à gauche. Sans succès.
- 1 atrophie de l'œil droit. Sans succès.
- 1 Passage spontané du cristallin dans la chambre antérieure; résorption. Guérison.
- 1 gauche, membraneuse; amaurose. Non-succès.
- 1 *idem.* Guérison.
- 2 cataractes à droite. Guérison.
- 1 Sans succès.
- 1 Sans succès; il y avait amaurose à gauche.
- 1 cataracte double. Guérison.
- 1 Opération en deux fois. Guérison.
- 1 cataracte native; amaurose à gauche. Non-succès.
- 1 double native, opération en deux fois. Guérison.
1820. 4 cataractes à gauche. Guérison.

- 1 Ascension partielle. Guérison.
 1 gauche; taies sur l'œil. Sans succès.
 1 Nul accident. Guérison. (L'opéré meurt d'une indigestion.)
 1 cataracte à droite; ascension; inflammation; résorption. Guérison.
 1 Guérison.
 1 Ophthalmie. Guérison.
 1 cataracte double, amaurose. Sans succès.
 4 cataractes doubles; double opération sans intervalle. Guérison.
 1821. 9 cataractes, à gauche. Guérison. (Un des opérés meurt d'une gastrite.)
 7 à droite. Guérison.
 2 à droite; inflammation. Guérison.
 1 à droite, membraneuse. Guérison.
 1 à droite; ascension du cristallin; nouvelle opération. Guérison.
 2 cataractes doubles. Guérison.
 1 cataracte double. Sans succès.
 3 cataractes doubles; double opération avec intervalle. Succès (1).

Résumé. — Si nous récapitulons maintenant les faits contenus dans ces tableaux, nous trouvons d'abord que, dans l'espace de six ans, 68 femmes ont été opérées par abaissement; sur ce nombre, 54 ont été guéries et 14 ont perdu la vue. Parmi ces cataractes, il y en avait 44 simples et 24 doubles. Sur 35 cataractes simples dont le côté était désigné, 24 siégeaient à droite et 11 à gauche. Dans 9 cas de cataractes doubles, l'opération a réussi 9 fois et manqué 9 fois. Nous n'avons trouvé que 10 opérations de cataractes doubles dont les époques aient été indiquées; 4 pratiquées le même jour ont toutes été couronnées de succès; 6 autres, opérées à des intervalles plus ou moins éloignés, ont présenté 4 guérisons, un demi-succès et une perte complète de

(1) Ce relevé a été fait par M. le professeur H. Royer-Collard.

la vue. Les accidents les plus fréquents ont été l'ascension du cristallin qui a eu lieu 7 fois; puis l'iritis, l'inflammation, l'ophtalmie, l'amaurose, la coarctation de la pupille, l'abcès dans la chambre antérieure, l'abaissement pratiqué deux fois, la vision imparfaite, etc.

131 hommes ont subi, de 1815 à 1821 inclusivement, l'opération de la cataracte; sur ce nombre, 104 ont recouvré la vue et 27 sont restés aveugles. Les cataractes simples étaient dans la proportion de 98, et les cataractes doubles de 33. Parmi les cataractes simples dont on a noté le côté, 42 avaient lieu à droite et 37 à gauche; sur 5 opérations doubles, un seul œil chaque fois a été conservé. Parmi les 15 opérations doubles dont les époques ont été fixées, 9 ont été faites le même jour; sur ces 9, il y en a eu 8 qui ont parfaitement réussi et une qui n'a obtenu qu'un demi-succès; 6 autres ont été pratiquées à des intervalles plus ou moins grands; elles ont toutes obtenu le même succès. Les accidents observés à la suite de l'opération ont été ceux que nous avons précédemment indiqués; mais de plus on a vu deux fois la mort survenir à la suite d'une indigestion et d'une gastrite, quoique les deux cataractes fussent guéries. Signalons cependant l'ascension du cristallin qui s'est montrée 11 fois, le passage de cet organe dans la chambre intérieure que nous avons constaté 4 fois, et l'atrophie de l'œil. Enfin dans deux autres cas qui n'ont pas été portés dans le tableau de M. Royer-Collard, la mort est survenue la première fois à la suite d'un arachnitis, et la seconde fois, elle a été occasionnée par un état adynamique.

Ainsi en définitive, par la méthode de l'abaissement, sur 201 individus opérés, 158 ont guéri, 43 ont perdu la vue, et sur le chiffre total, 4 sont morts.

Nous avons dit qu'il existait trois procédés principaux pour guérir la cataracte. Deux de ces méthodes ont été l'objet de nos recherches; nous allons maintenant appeler votre attention sur le troisième procédé, qui, quoique peu suivi, offre quelques particularités qu'il importe de connaître.

Il y a environ vingt-trois ans que M. 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 des muscles laissassent 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, 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 M. 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, ou, comme on le dit, par kératonyxis, il a pu apprécier les avantages et les inconvénients de cette manière de pratiquer l'opération.

C'est le résumé de ces observations, et le résultat des comparaisons établies par lui entre cette méthode et la méthode ordinaire d'abaissement, que nous allons présenter.

On verra qu'après un assez grand nombre d'épreuves diverses M. Dupuytren a reconnu enfin qu'elle n'est pas, en général, d'une exécution plus facile que celle qu'on pratique à travers la sclérotique; 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 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 de la sclérotique dans le plus grand nombre de 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.

Ainsi, après avoir pratiqué l'opération de la cataracte par kératonyxis sur vingt-un individus, tant à l'Hôtel-Dieu qu'en ville, M. Dupuytren est revenu au procédé qui consiste à pénétrer dans l'œil par la sclérotique, et il n'emploie la kératonyxis que dans des cas particuliers dont il sera rapporté quelques exemples.

Sa manière d'opérer est la suivante :

Les malades sont préparés à l'opération par la saignée, les purgatifs, l'application de sangsues, de vésicatoires, par l'usage d'antispasmodiques ou autres moyens, suivant leur constitution et l'état de leurs yeux; M. Dupuytren attache ordinairement beaucoup d'importance à ces préparations. Quelques gouttes d'une solution d'extrait de belladone ou d'eau de laurier-cerise ayant été instillées, dès la veille, entre les paupières, l'œil qui ne doit pas être opéré est couvert d'un bandeau, et les malades sont couchés dans leur lit, la tête fort élevée; position dans laquelle M. Dupuytren opère le plus grand nombre de malades affectés de cataractes. Alors, il saisit de la main droite une aiguille, qui n'est ni l'ancienne aiguille en fer de lance, ni le crochet de Scarpa, comme nous l'avons déjà dit, mais qui tient de l'une et de l'autre, en ce

qu'elle offre un fer de lance comme la première, et une courbure comme la seconde ; sa lame est étroite et allongée, courbée sur une de ses faces, très aiguë par sa pointe, fort tranchante sur ses bords, et le volume de sa tige est exactement proportionné à celui de sa lance ; dispositions qui la rendent également susceptible de piquer, de diviser, de saisir et de déplacer, de céder à la main, et de se mouvoir sans effort, sans laisser écouler l'humeur aqueuse.

Ce sont ces avantages, sans doute, qui ont fait adopter cet instrument par le plus grand nombre des praticiens depuis quinze ou vingt ans ; aussi est-il presque le seul que l'on rencontre chez les couteliers.

Ces dispositions prises, M. Dupuytren fait relever par un aide la paupière supérieure, tandis qu'il abaisse lui-même la paupière inférieure avec le doigt médius de la main gauche, ayant soin qu'elles soient retenues l'une et l'autre par leur bord libre. Dirigeant alors la pointe de l'aiguille en avant, et la concavité de sa courbure en haut, il enfonce la pointe de cet instrument dans la cornée au niveau de la partie inférieure de la pupille dilatée, et il facilite l'action de l'aiguille en la poussant par sa convexité avec l'indicateur de la main droite, tandis qu'il la presse de haut en bas et d'avant en arrière avec l'autre main appliquée à son manche.

La cornée étant traversée, la pointe de l'aiguille est dirigée dans la chambre antérieure, dans la pupille, et jusque sur le cristallin.

L'opérateur veut-il abaisser ce corps en masse ?

Il fait exécuter à l'aiguille un mouvement de rotation sur son axe de manière à diriger la convexité de la courbure en haut, et faisant glisser la pointe entre la partie supérieure du cercle qui borne la pupille et la partie supérieure du cristallin, il embrasse la cataracte avec la concavité de l'instrument ; puis, élevant le manche de ce dernier et abaissant son fer, il déprime le cristallin au-dessous du niveau de la pupille et de l'axe des rayons visuels.

Veut-il diviser la cataracte ?

Il présente tantôt la pointe, tantôt les bords tranchants de l'aiguille, à la membrane cristalline et au cristallin, qu'il

morcelle et qu'il disperse aussi loin que possible de l'axe des rayons visuels.

L'opération terminée, M. Dupuytren retire l'aiguille en la ramenant à la situation qu'elle avait en entrant dans l'œil ; il couvre les yeux d'un bandeau, ferme à la lumière tout accès dans le lit du malade, et prescrit à celui-ci la diète et le repos. Attentif à observer les suites de l'opération, il s'applique à prévenir les accidents morbides ; et, lorsqu'il n'a pu les prévenir, il les combat par les bains de pieds, les antispasmodiques, la saignée, les sangsues, les délayants, les révulsifs, etc., suivant le caractère particulier que présentent ces accidents.

Telle est, en général, la manière d'agir de M. Dupuytren, lorsqu'il pratique l'opération de la cataracte par kérationyxis. Voici maintenant les remarques générales que lui a suggérées le résultat des opérations qu'il a pratiquées suivant cette méthode.

I. L'opération de la cataracte par kérationyxis n'est pas en général d'une exécution plus facile que l'opération qu'on pratique à travers la sclérotique. En effet, lorsque l'œil n'est ni très mobile ni très enfoncé dans l'orbite, et qu'il est d'ailleurs dans des conditions ordinaires, ces deux opérations se pratiquent avec une égale facilité, et il serait difficile alors de dire laquelle des deux mérite la préférence sous le rapport de la promptitude et sous celui de la facilité d'exécution ; peut être même, s'il existe une différence entre ces deux opérations, est-elle en faveur de celle qui se fait à travers la sclérotique ; car, en laissant la pupille libre, elle permet de voir ce qui se passe derrière elle, et d'attaquer la cataracte d'avant en arrière et de haut en bas.

II. C'est un faible avantage de pouvoir pratiquer la kérationyxis avec la même main des deux côtés. Cette observation est vraie, surtout pour les personnes qui, comme M. Dupuytren, opèrent des deux mains avec une égale facilité ; elle ne l'est plus autant pour celles qui n'ont pas la même habitude. Toutefois, M. Dupuytren convient que c'est là un des avantages de la kérationyxis sur la ponction de la cornée opaque,

et il pense que si elle n'offrait pas d'ailleurs d'autres inconvénients, cette circonstance devrait lui faire accorder la préférence sur la ponction de la sclérotique.

III. La situation de la main et de l'aiguille entre l'œil de l'opérateur et celui du malade ne permet pas de suivre avec facilité les mouvements de l'instrument et ceux qui sont imprimés à la cataracte. Tous ceux qui ont opéré ou vu opérer par kératonyxis, ont pu se convaincre de la vérité de cette observation; elle est frappante, surtout au moment où, pour déprimer la cataracte, on est obligé d'élever la main et le manche de l'instrument. Il peut même arriver alors que l'œil de l'opérateur cesse de suivre et de diriger les mouvements de la pointe de l'aiguille, et que celle-ci fatigué ou blesse la partie inférieure de l'iris.

IV. Le cercle qui borne la pupille gêne les mouvements de l'aiguille, et ne permet ni de déplacer aisément la cataracte, ni de la plonger dans la partie inférieure du corps vitré, ni surtout de détacher les lambeaux de la membrane cristalline qui adhèrent si souvent aux procès ciliaires.

Cette observation, plus importante qu'aucune de celles qui précèdent, exige quelques explications. Les difficultés dont il s'agit tiennent à deux causes : à la nécessité de faire manœuvrer l'aiguille engagée entre deux ouvertures étroites et successives, et à l'impossibilité presque complète d'agir sur la cataracte autrement que d'avant en arrière, ou de haut en bas, ce qui empêche presque toujours qu'on ait prise sur les parties de membrane cristalline qui adhèrent aux procès ciliaires.

La première cause de ces difficultés est facile à sentir : tout instrument qui ne peut agir qu'en passant à travers deux cercles placés à quelque distance l'un de l'autre est gêné dans ses mouvements, comme s'il était reçu dans un cylindre, et il n'a par suite qu'une sphère d'action très bornée; il est vrai que pour l'étendre on a soin de dilater la pupille en instillant quelques heures avant l'opération de la solution d'extrait de belladone, ou de l'eau de laurier-cerise, entre les paupières; mais cette dilatation ne fait que diminuer les difficultés et ne les détruit pas. D'ailleurs il arrive quelquefois, et M. Du-

puytren en cite plusieurs exemples, que la pupille la plus dilatée se resserre subitement au moment de l'opération, comme si l'aiguille avait touché et détendu un ressort secret d'où dépendait la dilatation de cette ouverture. Dans ce cas, il devient presque impossible de terminer avec avantage l'opération commencée.

La seconde cause de ces difficultés tient à la direction dans laquelle l'aiguille se présente à la cataracte; cette direction est telle que le corps à abaisser ne peut qu'être poussé d'avant en arrière, ou de haut en bas, ce qui est loin d'équivaloir aux mouvements que permet l'opération pratiquée à travers la sclérotique, et ce qui est loin de suffire aux indications très variées que présentent les accidents divers dépendant de la consistance, de l'adhérence, de la mobilité et de la divisibilité de la cataracte.

On ne peut d'ailleurs faire éprouver à ce corps qu'un assez léger déplacement dans chacune de ces directions, ce qui lui permet très communément de se remettre en place et de fermer la pupille.

Ce n'est pas tout : on sait combien il est fréquent de voir la cataracte fixée à la pointe de l'aiguille suivre obstinément ses mouvements, et n'en pouvoir être détachée qu'au moment où celle-ci est retirée de l'œil. Dans ces cas, la cataracte, ramenée à la plaie de la cornée, peut être remise en place, ou bien engagée dans la pupille, ou bien entraînée dans la chambre antérieure de l'œil, et là, quoi qu'on ait dit, elle produit plus d'accidents que dans le corps vitré. C'est à ce premier ordre de causes qu'il faut attribuer la nécessité où l'on est de recommencer plus souvent l'opération lorsqu'on a employé cette méthode, que lorsqu'on a pratiqué la ponction à travers la sclérotique.

Mais ce qui donne surtout un grand désavantage à cette manière d'opérer, c'est qu'on ne peut faire agir que très difficilement l'aiguille sur les parties de la membrane cristalline placée à la circonférence du cristallin; qu'on ne peut que très rarement nettoyer cette circonférence, et qu'il reste presque toujours des débris de membrane cristalline qui, adhérant à ces points, font vers la pupille une saillie plus ou moins

désagréable, plus ou moins nuisible à la vision, et obligent souvent encore à introduire une seconde fois l'aiguille dans l'œil.

V. La kératonyxis ne prévient ni les accidents nerveux, ni les accidents inflammatoires qu'on a reprochés aux opérations de cataracte par abaissement, pratiquée à travers la sclérotique.

Cette observation est d'autant plus importante, que c'est sur la prétendue innocuité de cette manière d'opérer qu'a été fondée, en grande partie, la préférence que quelques praticiens allemands lui ont accordée. On sent bien qu'ils ont cherché à justifier cette préférence par des succès; mais les succès sont bien difficiles à constater dans cette matière; et, sans manquer aux égards que l'on doit toujours aux hommes qui cultivent cette branche de l'art de guérir, on peut affirmer qu'un grand nombre des cures merveilleuses et des résultats attribués à telle personne, à telle méthode, se réduisent, lorsqu'on les examine avec attention, à des faits et à des résultats communs. Il est temps que l'on adopte dans cette partie de la science la probité et la sévérité qui doivent présider à l'exposition des faits d'où dépendent le salut ou le bien-être de nos semblables. C'est en prenant ces idées pour guides que nous ne craignons pas de dire que la kératonyxis donne lieu à des accidents nerveux et inflammatoires, aussi bien que l'opération de la cataracte par ponction de la sclérotique, et presque aussi fréquemment qu'elle.

Vainement alléguerait-on que, dans cette derrière manière d'opérer, on traverse trois membranes, et que l'on divise les nerfs ciliaires, parties dont la lésion doit entraîner des accidents; tandis que, dans l'opération par kératonyxis, on ne divise que la cornée transparente, membrane peu sensible, dont la lésion n'entraîne aucun accident. En effet, c'est ici une question d'expérience plutôt que de raisonnement; or, l'expérience est ici favorable à notre opinion, et nous prouverons tout à l'heure la vérité de cette assertion, en exposant ci-dessous le tableau fidèle des individus qui ont éprouvé des accidents nerveux, tels que des maux de tête, des vomissements, des spasmes dans toutes les parties du corps, à la

suite de la kératonyxis la plus simple. M. Dupuytren a également vu d'autres individus éprouver des accidents inflammatoires, plus ou moins graves, à la suite de la même opération pratiquée avec la même facilité, la même promptitude et le même succès dans les premiers moments.

VI. Il y a mieux, cette manière d'opérer expose à l'iritis bien plus que l'opération ordinaire, si l'on s'en rapporte à la fois et au raisonnement et à l'expérience: dans la kératonyxis, en effet, on conçoit que l'iris doit être fatiguée, et elle l'est, par le fait, bien plus que dans l'autre façon d'opérer. On ne peut faire exécuter un mouvement un peu étendu à l'aiguille, sans que celle-ci rencontre et tiraille les bords de la pupille. Que serait-ce donc si l'iris venait à être blessée dans les mouvements que les malades exécutent quelquefois, et dans ceux que l'opérateur est obligé d'imprimer à l'aiguille pour détourner, pour plonger ou précipiter la cataracte dans le corps vitré, pour détacher les lambeaux de la membrane cristalline, etc.? On sent que tous les mouvements que nous venons d'indiquer s'exécutant à travers la pupille, il est impossible que l'iris n'éprouve quelquefois de telles atteintes; au demeurant, ce danger n'est pas seulement une chose de raisonnement, c'est aussi un fait constaté par l'expérience, ainsi que nous le ferons voir tout à l'heure.

VII. La kératonyxis est quelquefois suivie d'une cicatrice opaque qui constitue, suivant les cas, une simple difformité, ou bien en même temps une difformité et un obstacle à la vision.

Quelle que soit la cicatrice survenue à la suite de l'opération, elle ne saurait avoir d'inconvénient pour la vision dans la sclérotique, qui est opaque de sa nature, et qui, pour l'exercice de ses fonctions, doit rester toujours opaque.

Il n'en est pas de même pour la cornée. La transparence est un de ses caractères essentiels et une des conditions les plus nécessaires à l'accomplissement de ses fonctions. Tout ce qui trouble cette transparence doit produire au moins une difformité. Or, on conçoit que si la barbe d'un épi, un atome de fer, une épine et mille autres causes aussi légères donnent souvent lieu à des plaies suivies de cicatrices opaques dans