

Il n'est pas rare que la marche de la guérison, telle que nous venons de la décrire, subisse des modifications. Les troubles dans la marche de la cicatrisation les plus fréquemment observés sont :

1° *La cicatrisation irrégulière.* — La fermeture de la plaie peut tarder à s'opérer, et, pendant plusieurs jours, la chambre antérieure rester abolie. Un accident plus fréquent encore, c'est la rupture de la plaie déjà cicatrisée, sous l'influence d'une violence extérieure — d'une pression sur l'œil avec la main, d'un accès de toux, d'un éternuement. — Cette « rupture de la cicatrice » est ordinairement suivie d'un épanchement de sang dans la chambre antérieure. Au moment où le liquide s'est échappé, l'iris peut avoir été entraîné dans la plaie et y rester enclavé, ou bien une inflammation (iridocyclite) peut se déclarer. — Une autre cause qui retarde la cicatrisation, c'est que les lèvres de la plaie, au lieu de s'adapter immédiatement l'une contre l'autre, ne se ferment que par l'interposition d'un tissu cicatriciel de nouvelle formation. Ce processus s'observe surtout fréquemment quand la coaptation immédiate des lèvres de la plaie est empêchée par un enclavement de l'iris ou de la capsule cristallinienne ; mais on l'observe aussi dans l'hypertonie qui fait s'entrebâiller les lèvres de la plaie. Dans ce cas, la cicatrice qui se forme est moins solide, et même un petit point resté tout à fait ouvert peut donner lieu à un suintement constant d'humeur aqueuse sous la conjonctive et rendre celle-ci œdémateuse (*cicatrice cystoïde*) (fig. 322). — Lorsque les cicatrices manquent de solidité, elles deviennent souvent ectatiques. La conséquence immédiate en est une courbure irrégulière des parties avoisinantes de la cornée. L'astigmatisme ainsi produit, affaiblit, au point de vue de l'acuité visuelle, le résultat de l'opération. En outre, les cicatrices cystoïdes, ou ectatiques, peuvent donner lieu à une hypertonie ou à une inflammation.

2° *La suppuration de la plaie.* — Elle s'annonce par l'apparition d'une coloration jaune, en un point quelconque de la plaie situé dans la cornée, tandis qu'en même temps il se manifeste des symptômes inflammatoires violents (souvent sans douleur cependant). De la plaie, la suppuration se propage soit simplement à l'uvéa, de façon qu'il se déclare une iridocyclite suppurative, soit encore à la cornée, qui s'infiltré de pus et finit par se détruire. La terminaison est l'atrophie ou, si une panophtalmité se déclare, la phtisie de l'œil. La suppuration survient le plus facilement après l'extraction de la cataracte, au point qu'autrefois elle constituait la cause la plus fréquente de la perte de l'œil, après cette opération. Aujourd'hui nous savons que la suppuration est la conséquence d'une infection de la plaie. Par l'application de la méthode antiseptique, il est possible de réduire à un minimum le nombre des plaies qui suppurent.

3° *Une inflammation non suppurative de l'uvéa*, une iritis, une iridocyclite se déclare très fréquemment dans les opérations où le globe a été ouvert. Le plus souvent, il s'agit d'une iritis légère qui n'a d'autres inconvénients que de laisser après elle quelques synéchies postérieures. Néanmoins, dans les cas graves, l'inflammation amène l'occlusion de la pupille et nécessite une opération consécutive, ou bien elle se termine par une cécité incurable par atrophie du globe. Dans les cas de cette dernière espèce, l'ophtalmie sympathique est à craindre pour l'autre œil. Les inflammations légères de l'iris doivent être considérées, en règle générale, comme de nature purement traumatique, occasionnées par son pincement et son tiraillement. D'autres fois, ce sont des parties du cristallin, etc., restées dans l'œil, qui irritent l'iris mécaniquement ou chimiquement. Les inflammations graves dépendent soit d'une infection, soit du réveil d'une ancienne inflammation, quand on opère un œil qui, autrefois, a été le siège d'une iridocyclite.

Autrefois, on attachait beaucoup plus d'importance à la forme et au siège de la section, surtout dans l'opération de la cataracte, et l'on attendait tout d'une incision convenablement pratiquée. Partant de cette opinion, on a imaginé une foule de méthodes opératoires, dont une partie est déjà retombée dans l'oubli. Aujourd'hui, nous savons que l'application rigoureuse de l'antisepsie, pendant l'opération et pendant le traitement consécutif, est beaucoup plus importante que le choix de la méthode opératoire. Toute section possédant une étendue convenable, et pratiquée à l'endroit voulu, donne de bons résultats, pourvu que l'on observe une propreté rigoureuse. Dans les opérations oculaires, la propreté est doublement importante, car on n'obtient les résultats désirés que lorsque la cicatrisation s'opère par première intention. Ainsi, qu'une plaie d'amputation, au lieu de se guérir *per primam*, passe à la suppuration, ce contre-temps n'a, le plus souvent, pas d'autres désavantages pour le patient que de prolonger la durée du traitement. Au contraire, lorsqu'après une iridectomie ou une opération de la cataracte, au lieu de se réunir par première intention, la plaie se met à suppurer, l'œil est perdu et ce résultat équivaut pour l'oculiste à la mort du patient pour le chirurgien ordinaire.

Le sac conjonctival, même lorsque la conjonctive paraît normale, contient fréquemment des germes, parmi lesquels il peut s'en trouver de pathogènes, tels que le staphylocoque, le streptocoque et le pneumocoque. Mais ceux-ci ne se multiplient pas dans le sac conjonctival, résultat qu'on doit attribuer à l'action des larmes. Il ne faut d'ailleurs pas croire que les larmes ont de véritables propriétés bactéricides, leur action est plutôt mécanique et consiste à laver constamment la conjonctive et à pousser les germes dans le nez. C'est pourquoi, les bactéries que l'on a introduites en culture pure, c'est-à-dire en grande quantité, dans le sac conjonctival, on les retrouve, après un certain temps, non plus dans le sac, mais dans le nez, où les larmes les ont

portées. Le courant lacrymal s'oppose, en outre, à ce que les germes remontent du nez dans le sac conjonctival. Ces conditions favorables n'existent naturellement que pour autant que les voies lacrymales soient normales; dès qu'elles sont malades, le sac conjonctival fourmille bientôt de germes. — A côté de la conjonctive, il faut considérer le bord des paupières. Ici, l'accumulation des pellicules d'épiderme desquamé, le sébum fourni par les glandes de Zeiss et de Meibomius, ainsi que l'humectation constante par les larmes, favorisent la présence et la multiplication des germes. On trouve ceux-ci très nombreux dans l'hyperémie chronique ou l'inflammation du bord des paupières.

Lorsqu'on nettoie l'œil avant l'opération, on peut employer pour son pourtour des solutions antiseptiques assez fortes. Je lave soigneusement les bords palpébraux avec du savon neutre ou contenant un excès de corps gras. Pour la conjonctive, il va de soi qu'on doit rejeter toutes les solutions antiseptiques un peu fortes, parce qu'elles provoquent une vive irritation, une conjonctivite traumatique avec abondante sécrétion. Mais si l'on emploie les antiseptiques à un degré de concentration tel que l'œil les supporte encore bien, ils n'ont aucun effet bactéricide, à cause du peu de durée de leur action. Tous les expérimentateurs sont arrivés à ce résultat, que, par ce moyen, on ne réussit qu'à diminuer le nombre des germes, mais pas à les anéantir complètement. On arrive au même but en employant des liquides indifférents stérilisés, notamment si l'on enlève mécaniquement — en frottant à l'aide d'un tampon de ouate imbibé d'un de ces liquides — le mucus adhérent à la surface de la conjonctive. Pour ces raisons, j'emploie tout simplement la solution physiologique de chlorure sodique, stérilisée par l'ébullition, lorsque la conjonctive est normale, et

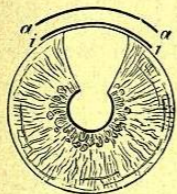


FIG. 323. — Iridectomie dans le glaucome. Gross. 2/1. — aa, ouverture extérieure de la plaie; ii, ouverture intérieure située à la limite scléro-cornéenne. Pour rendre exactement ces rapports, on a pratiqué une iridectomie correcte sur le cadavre, et l'on a reporté sur le dessin, au grossissement voulu, la situation exacte des deux ouvertures de la plaie.

je ne me sers de la solution de sublimé à 1/4000 que dans les cas où elle est malade (catarrhe, trachome).

Comme le sac conjonctival renferme encore des germes, même après un lavage minutieux, on pourrait croire que les plaies fraîches doivent très souvent s'infecter. Heureusement, l'infection de la plaie ne survient à présent que par exception, ce qui prouve que les germes du sac conjonctival sont peu à craindre. Au contraire, la blennorrhée du sac lacrymal est très dangereuse, et bien des opérations de cataracte ont échoué parce qu'on ne l'avait pas constatée. Il faut donc, avant toute extraction de cataracte ou toute iridectomie, examiner soigneusement les voies lacrymales et, s'il y a le moindre doute, se renseigner sur leur perméabilité par une injection. L'infection de la plaie, ainsi que l'ont montré les expériences, est beaucoup plus généralement due à l'emploi d'instruments malpropres. Il faut donc attacher la plus grande importance à leur stérilisation parfaite.

Pour juger de l'étendue et de la position d'une forme de section quelconque, l'on ne doit pas seulement prendre en considération l'ouverture extérieure visible de la plaie, mais encore l'ouverture interne. Les différences entre les deux, concernant la grandeur, la forme et la situation, dépendent de ce que, le plus souvent, le couteau pénètre obliquement à travers les enveloppes de l'œil (fig. 324, I et P). C'est surtout le cas pour les incisions faites au moyen du couteau lancéolaire. En effet, alors même qu'on enfonce la lance perpendiculairement, néanmoins on est obligé, dès que la pointe a pénétré dans la chambre antérieure, de la redresser de façon à la rendre parallèle à l'iris, pour éviter de blesser non seulement cet organe, mais aussi le cristallin. Il s'ensuit donc que l'ouverture interne de la section est plus rapprochée (fig. 323, ii) du centre de la cornée que l'ouverture externe (fig. 323, aa). C'est pour cette raison que les sections dont l'ouverture externe se trouve dans la sclérotique, qu'on appelle habituellement pour cela sec-

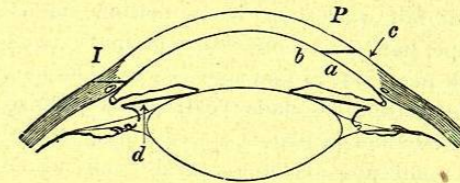


FIG. 324. — Direction oblique de la plaie à travers les membranes oculaires. Fig. schématique. — I Plaie d'iridectomie située à l'extérieur dans la sclérotique, en dedans dans la cornée. P, plaie de ponction; a, lèvres périphérique; b, lèvres centrale de la plaie.

tions sclérotiques, n'en appartiennent pas moins à la cornée par leur ouverture interne (fig. 324, I). Ce qui concourt encore à produire ce résultat, c'est que la sclérotique empiète légèrement sur la cornée, qui, de cette façon, s'étend plus loin vers la périphérie par ses couches internes, qu'il n'est possible de le voir de l'extérieur. Ainsi les sections même assez perpendiculaires, telles que la section périphérique linéaire de v. Graefe pour l'extraction de la cataracte (fig. 322), se trouvent pour une bonne part dans le tissu cornéen. Le fait que la plaie interne est plus rapprochée du centre que la plaie externe doit entrer en ligne de compte, quand on veut pratiquer une incision. Se propose-t-on, par exemple, d'inciser l'iris jusqu'à un certain point, ce n'est pas juste devant ce point que l'on doit faire pénétrer le couteau dans la cornée, mais l'incision doit être pratiquée plus près de la périphérie, afin que la plaie interne se trouve au point où l'on veut couper l'iris. — En outre, la plaie interne est moins longue que l'externe (fig. 323, aa et ii). C'est là une circonstance qui a son importance, notamment pour l'opération de la cataracte, dans laquelle il faut veiller à ce que non seulement la plaie externe, mais encore l'interne soient suffisamment grandes pour laisser passer la cataracte.

La direction oblique de la plaie à travers les enveloppes de l'œil influe aussi sur l'entre-bâillement des lèvres de la plaie. Plus haut, nous avons dit que

les plaies à lambeau s'entre-bâillent plus facilement que les sections linéaires. L'entre-bâillement plus ou moins facile dépend davantage encore de la direction perpendiculaire ou oblique de la section. Les sections pratiquées au moyen du couteau de Græfe sont plus perpendiculaires, cet instrument traversant la cornée ou la sclérotique de dedans en dehors. Celles faites par le couteau lancéolaire sont, au contraire, plus obliques. Les sections de la première espèce s'entre-bâillent sous l'influence de la rétraction élastique des bords de la plaie. Quant aux plaies dirigées obliquement à travers les enveloppes oculaires et pratiquées au moyen du couteau lancéolaire, ces plaies ne s'entre-bâillent pas, parce que leurs lèvres appliquées l'une sur l'autre se ferment comme une soupape. Leur occlusion s'opère sous l'influence de la pression intraoculaire. Celle-ci agit uniformément sur tous les points de la surface intérieure du globe. Son action se porte avec la même intensité sur la lèvre postérieure de la plaie *a* (fig. 324) que sur la lèvre antérieure *b*, d'où il suit que la première est pressée contre la dernière. C'est cette occlusion en soupape qui fait que, dans les ponctions de la cornée, l'humeur aqueuse ne s'échappe pas, quand on retire la lance prudemment, et sans opérer ni rotation ni pression. Si l'on veut évacuer l'humeur aqueuse (ou les masses cristalliniennes molles, dans l'extraction linéaire simple), il faut commencer par entre-bâiller la plaie. Ce serait une erreur de vouloir arriver à ce résultat en exerçant une certaine pression au milieu de la cornée ou sur la sclérotique. Tout ce que l'on obtiendrait ainsi, ce serait d'augmenter la pression intraoculaire de tout l'effort exercé extérieurement sur le globe, et de presser d'autant plus violemment la lèvre postérieure contre la lèvre antérieure. Ce ne serait que par une pression violente, qui en ferait glisser les lèvres, que la plaie finirait par s'entre-bâiller. Le meilleur procédé est celui qui consiste à déprimer, au moyen de la curette de Daviel, la lèvre périphérique de la plaie et à ouvrir ainsi la soupape (fig. 324, *c*).

L'occlusion parfaite des plaies faites au couteau lancéolaire diminue le danger du prolapsus irien. En effet, comment se produit la *hernie de l'iris*? Lorsque la cornée est perforée en l'un de ses points, l'humeur aqueuse afflue de toutes parts vers cet endroit, parce que la pression intraoculaire y est devenue nulle (c'est-à-dire égale à la pression atmosphérique). Le liquide de la chambre antérieure arrive sans obstacles à l'ouverture, mais celui de la chambre postérieure doit d'abord passer par la pupille pour arriver dans la chambre antérieure et atteindre ainsi l'ouverture de la perforation. Supposons que l'ouverture soit située au niveau du bord interne de la cornée (fig. 324, *l*). Dans ce cas, le liquide des parties externes de la chambre postérieure passerait tout simplement à travers la pupille, pour s'échapper par l'ouverture, puisque cette voie serait la plus courte à prendre. Mais il n'en serait plus de même des parties de la chambre postérieure qui se trouvent du côté interne, vis-à-vis de l'ouverture de perforation. En effet, pour arriver à l'ouverture en passant par la pupille, le liquide est obligé de faire un détour, qui est d'autant plus grand que la perforation se trouve davantage reculée vers la périphérie. Alors l'humeur aqueuse tendra à

prendre le chemin le plus court et, poussant l'iris devant elle, affluera tout droit vers l'ouverture. Au point de vue de la physique, l'iris, à sa face postérieure, est soumis à la pression de l'humeur aqueuse non encore évacuée (fig. 324, *d*); en revanche, à sa face antérieure, la pression est nulle, ce qui fait que l'iris, refoulé vers l'ouverture, finit par s'y engager. Tel est le processus du développement du prolapsus irien, prolapsus qui n'est autre chose qu'une bourse formée par l'iris et remplie d'humeur aqueuse provenant de la chambre postérieure.

Il y a d'autant plus de *danger* qu'un *prolapsus irien* se produise : 1° que l'humeur aqueuse s'échappe avec plus de violence, parce qu'alors le temps laissé au liquide de la chambre postérieure est trop court pour lui permettre de faire le détour à travers la pupille. De là la règle, dans les ponctions, de laisser s'écouler l'humeur aqueuse aussi lentement que possible; 2° que la pression oculaire est plus grande, car, dans ce cas, la différence entre la pression de la chambre antérieure vide et celle de la chambre postérieure remplie est d'autant plus considérable. Si l'on pratique une iridectomie dans un cas de glaucome, l'iris est d'habitude projeté hors de la plaie dans une grande étendue; 3° que la plaie est située plus près de la périphérie. En effet, plus l'ouverture se rapproche de la périphérie, plus le détour à faire par l'humeur aqueuse à travers la pupille devient grand, plus aussi la chambre postérieure est profonde, en face de la section, et enfin plus est grande la quantité d'humeur aqueuse refoulant l'iris; 4° l'étendue et la forme de l'ouverture de perforation influent également sur la production du prolapsus irien. Il est évident que, pour que l'iris puisse s'y engager, l'ouverture doit avoir une certaine étendue. Lorsque, comme c'est le cas par exemple après la perforation d'un ulcère cornéen, l'ouverture a une forme circulaire, le prolapsus irien ne manque pas de se produire. Par contre, les plaies se fermant en soupape, telles que celles pratiquées par le couteau lancéolaire, sont relativement peu favorables aux enclavements iriens. On cherche donc à prévenir la perforation spontanée d'un ulcère, en ponctionnant la cornée au moyen d'un couteau lancéolaire, pour empêcher le prolapsus de l'iris et la synéchie antérieure qui en est la même conséquence.

Ce n'est pas seulement au moment de l'opération, mais encore ultérieurement, que le prolapsus peut se produire. Supposons par exemple que, pendant l'opération, l'on soit parvenu à éviter la hernie de l'iris ou, si elle s'est produite, qu'on ait pu la réduire. Mais le lendemain, au moment où l'on renouvelle le pansement, on s'aperçoit que l'iris se trouve engagé dans la plaie. L'accident s'est produit parce que les lèvres de la plaie, à peine agglutinées, se sont rouvertes et, à ce moment, se sont présentées les mêmes conditions favorables au développement du prolapsus irien que pendant l'opération.

Il faut à tout prix prévenir le prolapsus et l'enclavement de l'iris dans la plaie opératoire. Quand il s'agit de plaies peu disposées aux prolapsus iriens, il suffit, pendant l'opération, de réduire soigneusement l'iris hernié. Mais si la section est telle que l'iris s'y engage facilement (comme l'est la

section dans l'extraction sclérale de la cataracte), alors la reposition de l'iris n'assure nullement contre le prolapsus; celui-ci peut se produire ultérieurement et se produit effectivement très souvent. Dans ces cas, le seul remède efficace est l'excision de l'iris. De quelle façon cette opération prévient-elle le prolapsus irien? Est-ce parce qu'on enlève ainsi la partie de l'iris qui pourrait s'engager dans la plaie? S'il en était ainsi, il faudrait exciser l'iris dans toute la longueur de la plaie, c'est-à-dire souvent sur une large étendue. Cependant cela n'est pas du tout nécessaire. En effet, l'iridectomie prévient bien plutôt le prolapsus irien, parce qu'à l'endroit de la plaie elle établit une communication directe entre les chambres postérieure et antérieure. De cette manière, l'humeur aqueuse, qui s'accumule dans la chambre postérieure, peut cheminer directement vers l'ouverture de la plaie, sans refouler l'iris. Or, pour que cela puisse avoir lieu, une petite ouverture est suffisante. C'est pour ce motif que, toujours, je combine l'extraction de la cataracte à lambeau scléral avec une iridectomie peu large, et je trouve que, en agissant ainsi, je parviens à éviter les enclavements iriens avec la même certitude (ou même avec plus de certitude) qu'en pratiquant un large colobome.

L'écoulement de l'humeur aqueuse, après l'ouverture de la cornée, fait supposer que la coque oculaire se contracte dans le même rapport. En effet, si la paroi bulbaire était complètement rigide, comme par exemple une capsule métallique, après ouverture, pas une goutte de liquide ne s'échapperait de l'orifice, à moins que l'on ne pratiquât une contre-ouverture en un autre point. La diminution du volume de la coque oculaire ne s'opère pas seulement par la contraction élastique des enveloppes de l'œil, mais encore par la pression des muscles extérieurs de l'œil, ainsi que des paupières. En outre, il faut que le diaphragme formé par le cristallin et la zonule soit suffisamment élastique, pour pouvoir bomber en avant après l'écoulement de l'humeur aqueuse. — Chez les vieillards dont la coque oculaire est rigide, et dont les yeux sont enfoncés dans l'orbite, de manière que ni les paupières ni les muscles n'exercent une notable pression, après l'évacuation de l'humeur aqueuse (surtout quand le cristallin est enlevé en même temps) la cornée s'affaisse souvent sous la pression de l'air extérieur, — *collapsus cornéen*. La production de cet accident est favorisée par la minceur de la cornée des vieillards, ainsi que par l'instillation de la cocaïne qu'on emploie pour l'opération et qui diminue la pression intraoculaire. Autrefois, on considérait le collapsus de la cornée comme un accident fâcheux, parce qu'il rend plus difficile l'adaptation exacte des lèvres de la plaie et qu'ainsi le danger de la suppuration augmenterait. Aujourd'hui nous savons que le collapsus cornéen ne nuit nullement à la cicatrisation. Il disparaît dès que l'humeur aqueuse s'est reproduite, ce qui généralement a lieu quelques minutes après l'opération. — Lorsque, après la production du collapsus cornéen, la cornée, grâce à son élasticité, tend à se relever, il se développe dans la chambre antérieure une pression négative, absolument comme cela a lieu pour une poire en caoutchouc, qui se distend quand on la relâche, après l'avoir comprimée avec la main. Par cette pression négative, une cer-

taine quantité d'air peut être aspirée et une bulle d'air pénétrer dans la chambre antérieure. Cela n'entraîne aucun inconvénient pour l'œil. Ce qui est plus désagréable, c'est que, par l'action aspirante de la cornée, une hémorragie irienne se déclare et qu'ainsi la chambre aqueuse se remplit de sang. Cet accident s'observe surtout lorsque la chambre aqueuse est séparée du corps vitré par un diaphragme solide (membranes exsudatives) qui, après l'évacuation de l'humeur, ne se laisse pas assez refouler en avant. C'est pour cette raison qu'il se produit une abondante hémorragie, surtout lorsqu'on pratique une iridectomie ou une iridotomie sur des yeux qui ont été le siège d'une ancienne iridocyclite. Dans ce cas, l'hémorragie est doublement désagréable, d'abord parce que le sang se résorbe très lentement, en second lieu parce qu'il s'organise en partie et ferme de nouveau la pupille nouvellement pratiquée. Pour empêcher la production de cette hémorragie *ex vacuo*, dès que la nouvelle pupille est pratiquée, j'applique aussi vite que possible un bandeau compressif sur l'œil opéré. Par la compression extérieure qu'il exerce, ce bandeau diminue le volume de la coque oculaire et comprime le corps vitré contre la cornée.

Sauf pour les cas que nous venons de mentionner, le bandeau à appliquer après l'opération doit être un simple bandeau protecteur et non pas un bandeau compressif. En effet, son but est uniquement de tenir l'œil fermé. D'ailleurs, un bandeau trop fortement comprimé peut même occasionner une rupture consécutive de la plaie. Il est inutile d'obscurcir la chambre où se trouve l'opéré. Il suffit d'empêcher par un écran la lumière de tomber directement sur lui. Pour prévenir l'ouverture de la plaie, on interdira tout effort physique. On considère comme tels une forte mastication, la toux, l'éternuement, etc. Le patient peut arrêter l'éternuement, en pressant avec le doigt contre le palais, au niveau du canal incisif, au moment où il se sent porté à éternuer.

Chez les vieillards, surtout quand ils sont buveurs, il n'est pas rare qu'il se déclare du délire, notamment lorsque les deux yeux sont bandés. Dans ce cas l'œil non opéré doit être immédiatement laissé à découvert. Lorsqu'après l'opération, des personnes vieilles et décrépies gardent pendant quelques jours le repos sur le dos, les poumons deviennent facilement le siège d'hypostases qui peuvent occasionner la mort du patient. Pour ce motif, les personnes vieilles et affaiblies abandonneront promptement le lit (immédiatement après l'opération, s'il est nécessaire). — D'autres accidents encore peuvent troubler la guérison. Comme le plus souvent il est impossible de les prévoir, il est bon de ne jamais opérer les deux yeux dans la même séance. L'opération et la marche de la guérison de l'un des yeux apprennent ce à quoi il faut s'attendre en opérant le second. — En général, chez les petits enfants, on ne doit pas espérer qu'ils se tiennent tranquilles après l'opération, et c'est pourquoi les larges incisions (dans l'iridectomie et l'extraction de la cataracte) ne se cicatrisent souvent que difficilement. Chez eux, on ne choisira donc que les méthodes opératoires qui n'exigent que de toutes petites plaies, comme, par exemple, la discision.

Pour la kératite traumatique après les opérations, voir page 230.