

Dans le second temps, on achève l'incision avec le petit couteau mousse représenté dans la figure 15.

Fig. 15.



B est le tranchant; — D, le dos de l'instrument.

Dans le troisième temps, on extrait le cristallin opaque.

Un aide écarte les deux paupières dans le premier temps; le chirurgien se charge de ce soin dans les deux autres.

PREMIER TEMPS. — *Incision de la cornée et de la capsule (œil gauche).* — On subdivise ce premier temps en quatre parties: ponction, contre-ponction, conservation d'une bride ou petit pont, incision de la capsule.

a. *Ponction.* — La pupille est dilatée s'il est nécessaire, la paupière supérieure est soulevée par la main gauche de l'aide, l'inférieure abaissée par l'index de la main droite, dont le pouce prend un point d'appui sur la joue droite du malade. Les doigts de l'aide doivent être allongés et appliqués exactement sur la peau pour ne pas faire obstacle au chirurgien.

Le malade regardant droit devant lui, l'opérateur fixe l'œil de la main gauche au moyen de la pique de Pamard, qu'il implante à 3 ou 4 millimètres de la cornée, au-dessus du diamètre transversal, dans l'angle interne. Il suffit d'une pression fort légère pour atteindre le but, qui n'est autre que l'immobilité de l'œil.

Presque en même temps que la pique est placée, et après quelques mots bienveillants adressés au malade pour le tranquilliser, on pousse la pointe du couteau dans l'épaisseur de la cornée, à 1 millimètre de la sclérotique ou à peu près, et à une égale distance au moins au-dessous du diamètre transversal de la pupille.

L'œil est pris ainsi pendant une seconde entre la pique qui le retient en dedans, et la pointe du couteau qui, le maintenant en dehors, n'a pas encore pénétré dans la chambre antérieure.

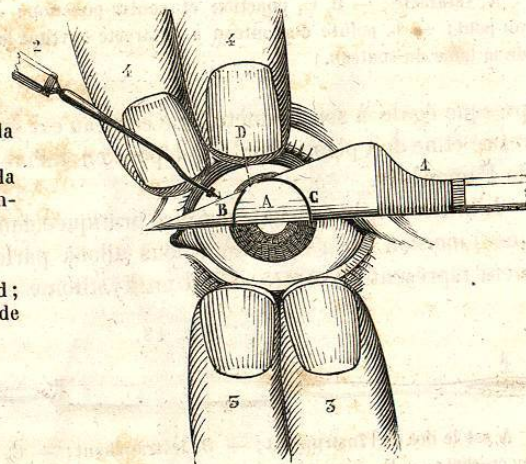
Ce moment d'immobilité de l'œil donne au chirurgien le temps de viser le point de contre-ponction, d'établir le parallélisme convenable entre le plan de son couteau et celui de l'iris, et de traverser tranquillement la chambre antérieure.

b. *Contre-ponction.* — Dès que le chirurgien a fait pénétrer la pointe de son couteau dans la chambre antérieure, l'instrument

ne doit plus s'arrêter jusqu'à ce que la bride qu'on doit laisser sur la cornée soit entièrement achevée. La marche, à travers la chambre antérieure, doit être lente, égale surtout, et pour ainsi dire régulièrement inflexible. La moindre hésitation, la plus petite déviation du couteau permettent à l'humeur aqueuse de s'échapper, et dès lors on ne peut plus obtenir une bride aussi étroite que cela est nécessaire. En continuant de faire marcher l'instrument malgré la faute commise, la partie de la cornée à inciser se couche sur la lame du couteau et, au lieu d'avoir une bride, on fait brusquement, et sans le vouloir, un lambeau carré. Cet accident peut entraîner comme conséquence immédiate la sortie du cristallin et celle du corps vitré, et après quelques jours la suppuration du lambeau dont la coaptation est incomplète.

c. *Conservation d'une bride.* — Pour être bien faite, la bride ne doit pas avoir au maximum plus de 2 millimètres. Si elle est plus large, le petit couteau mousse destiné à l'inciser hésite à travers la chambre antérieure pour retrouver la contre-ponction, et, ce qui est plus sérieux, ne peut la diviser qu'en lui donnant une forme carrée.

Fig. 46.



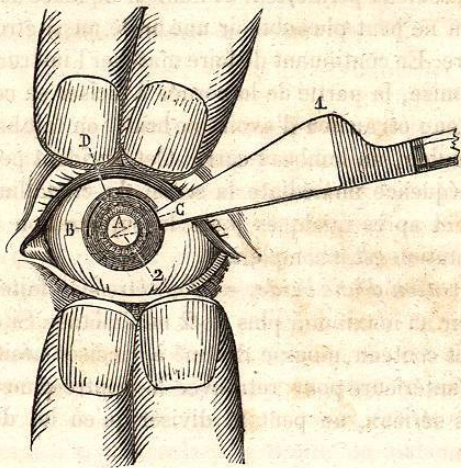
A, lambeau de la cornée;  
B, C, incision de la ponction et de la contre-ponction;  
D, bride;  
1, kératome;  
2, pique de Pamard;  
3, 3, 4, 4, doigts de l'aide.

d. *Incision de la capsule.* — La bride étant faite, on abaisse un peu la lame du couteau à cataracte et on la retire lentement jusqu'à ce que la pointe soit près du bord externe de la pupille. La capsule se trouvant en rapport avec l'instrument, on n'a plus pour l'ouvrir qu'à pousser doucement celui-ci en arrière, comme cela



est représenté dans la figure 17. Il est inutile de chercher à faire une plaie fort grande avec le couteau, puisque en sortant le cristallin déchire nécessairement son enveloppe dans une étendue

Fig. 47.



A, cataracte; — B, C, ponction et contre-ponction; — D, bride conservée ou pont; — 1, pointe du couteau à cataracte ouvrant la capsule; — 2, base de la lame du couteau.

presque égale à son diamètre. Le couteau est ensuite entièrement retiré et ne doit plus servir. On dépose en même temps la pique de Pamard (1).

L'incision de la capsule peut être pratiquée dans le même temps que l'incision de la bride dont nous allons parler, avec l'instrument représenté ci-contre. C'est un kystitome et en même temps

Fig. 48.



A est le dos de l'instrument; — B, le tranchant; — C, la pointe recourbée en crochet; — D, une curette.

(1) S'il arrive que l'iris vienne faire saillie dans la ponction, il suffit, pour le réduire, d'exercer quelques frictions légères sur la paupière supérieure qu'on laisse retomber, ou d'écarter les lèvres de la plaie avec un stylet plat et mousse, en pressant doucement de bas en haut et en poussant lentement cet instrument dans la chambre antérieure.

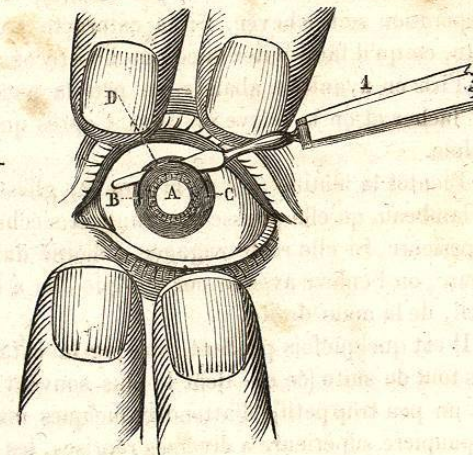
un couteau mousse et une curette. La manœuvre de cet instrument est facile.

Après que l'on a poussé l'incision de la cornée jusqu'aux limites indiquées dans la figure 16, on fait pénétrer le kystitome dans la chambre antérieure, la pointe tournée en bas, jusque dans le côté interne de la pupille. On dirige aussitôt cette pointe sur la capsule et l'on déchire celle-ci largement par un mouvement de dedans en dehors sur un ou plusieurs points différents; cela fait, et sans sortir de la chambre antérieure, on conduit l'instrument dans la petite plaie de contre-ponction, et l'on n'a plus qu'à inciser la bride comme si l'on manœuvrait avec le couteau mousse ordinaire.

En attaquant la capsule avec ce kystitome, on est peut-être moins exposé aux inconvénients d'une cataracte secondaire.

DEUXIÈME TEMPS. — *Incision de la bride.* — Après un instant de repos (1), la tête maintenue par l'aide, le chirurgien soulève la paupière supérieure en saisissant un pli transversal de peau entre l'index et le pouce de la main gauche. Armé d'un couteau mousse qu'il tient de la droite, le tranchant en haut, il le pousse à travers la chambre antérieure, et, après avoir recommandé au malade

Fig. 49.



A, pupille opaque;  
B, C, ponction et contre-ponction;  
D, bride;  
1, couteau mousse.

(1) On peut souvent, quand le malade est calme, achever les deux premiers temps de l'opération sans déséparer et sans cesser de fixer l'œil. L'opération entière ne dure alors que quelques secondes.



de regarder en bas, il divise lentement la bride et laisse retomber la paupière supérieure en la ramenant en avant pour qu'elle ne renverse pas le lambeau.

Si l'œil est agité, après avoir confié la paupière supérieure à l'aide, on le fixe avec la pique pendant ce temps, en ayant soin de diminuer la pression quand la section va s'achever.

TROISIÈME TEMPS. — *Sortie du cristallin.* — On donne encore quelques instants de repos au malade, et on le tranquillise au besoin en lui disant qu'on n'a plus aucun mal à lui faire.

La tête du malade est fortement renversée en arrière; le chirurgien saisit et relève la paupière supérieure, en ayant soin de la détacher du globe le plus possible en l'attirant en avant, pendant que le malade, regardant en haut, cache presque son œil sous la paupière ainsi maintenue. De son autre main l'opérateur presse, s'il est nécessaire, sur la partie inférieure du globe, et l'on voit aussitôt le cristallin s'échapper lentement sous la paupière supérieure. Si l'expulsion de ce corps tarde un peu, en même temps que l'on presse un peu sur l'œil, on ordonne au malade de regarder en bas, ce qu'on obtient toujours en lui disant de fixer sa main que l'on place dans cette direction (ce mouvement de l'œil est instinctif, car il ne voit pas encore), et cela suffit pour que l'opération soit achevée. Si la cataracte tend à s'échapper trop vite, ce qu'il faut éviter et ce que l'on reconnaît à la saillie rapide de l'iris en avant, on abaisse un peu la paupière supérieure sans la lâcher et on la relève un instant après quand l'œil est devenu calme.

Bientôt la lentille sort de la pupille, glisse lentement derrière le lambeau, qu'elle pousse en avant, et s'échappe sous la paupière supérieure. Si elle reste engagée à moitié dans la chambre antérieure, on l'enlève avec la curette que l'on a soin de tenir près de l'œil, de la main droite.

Il est quelquefois prudent, lorsque la cataracte ne se déplace pas tout de suite (ce qui tient le plus souvent à ce que le lambeau est un peu trop petit), d'attendre quelques instants et de soulever la paupière supérieure à diverses reprises, les muscles, en se contractant, finissant toujours par déchirer peu à peu la capsule.

*Procédé ordinaire.* — Ce procédé est celui que la majeure partie des chirurgiens mettent en pratique aujourd'hui; nous l'avons aban-

donné pour celui que nous venons de décrire, parce qu'il présente les graves inconvénients que nous avons signalés en nous occupant de la fixation de l'œil (voyez p. 183).

*Manuel opératoire.* — La manœuvre comprend trois temps principaux, qui se subdivisent en temps secondaires. Dans le premier temps, qui consiste à diviser la cornée, et de tous est celui qui a le plus d'importance, on pratique la ponction, on fait passer le couteau à travers la chambre antérieure, et l'on fait la contre-ponction. Dans le second, on introduit le kystitome sous le lambeau et l'on divise la capsule. Dans le troisième, on extrait le cristallin.

PREMIER TEMPS. — *Incision de la cornée (œil droit).* — *Ponction.* — La pointe de l'instrument est appliquée sur le côté externe de la cornée, à 1 millimètre de son insertion sur la sclérotique, et de telle sorte que l'incision passe un peu *au-dessous* du centre de la pupille. La direction du kératectome est exactement perpendiculaire au diamètre antéro-postérieur de l'œil, et le plat de l'instrument est parallèle au plan de l'iris. L'opérateur pousse d'abord la pointe dans une petite partie de l'épaisseur de la cornée pour fixer l'œil et mieux viser le point de contre-ponction; puis il la fait pénétrer à une très petite distance dans la chambre antérieure, où, si elle ne s'est pas fourvoyée dans les lamelles cornéennes, on la voit bientôt briller de tout son éclat métallique; une sensation de résistance vaincue fait reconnaître que l'instrument a été convenablement dirigé. Le chirurgien, sans s'arrêter un instant, pousse rapidement le couteau en avant de la moitié supérieure de la pupille et de l'iris jusqu'au côté interne de la cornée.

*Contre-ponction.* — La pointe de l'instrument ne reste pas un instant immobile contre la cornée; sans s'arrêter, elle la traverse du côté interne à une distance de la sclérotique égale à celle où elle a pénétré du côté externe, et la lame avance jusqu'à ce qu'elle soit sortie de plusieurs millimètres, et qu'après avoir déjà largement incisé la cornée du côté externe, elle n'ait plus à diviser qu'environ le cinquième du lambeau. Arrivé là, le chirurgien s'arrête un instant encore, pour donner aux muscles le temps de se calmer; puis, lorsqu'il est certain qu'ils ne compriment plus le globe, il pousse le couteau avec une très grande lenteur dans la direction du nez, jusqu'à ce qu'une dernière bride très étroite retienne seule

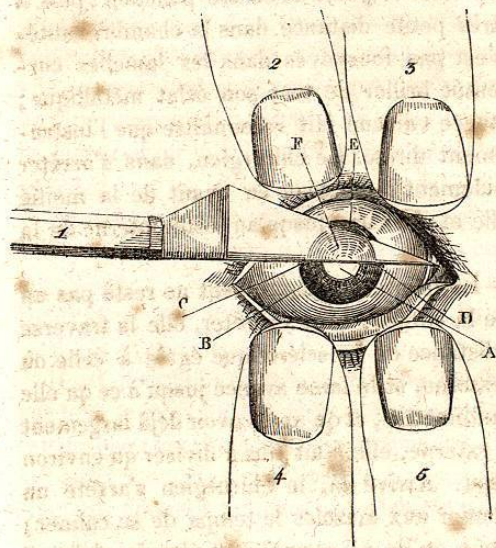


l'instrument dans la chambre antérieure. Alors il éloigne du globe le médius ou l'instrument dont il se servait pour le fixer, et l'aide abaisse doucement la paupière supérieure, sans toutefois l'abandonner encore, afin que le bord libre en soit presque en rapport avec le tranchant du couteau. Ensuite, par un mouvement combiné avec l'aide, le chirurgien achève avec précaution la dernière section en retirant lentement la lame, et la paupière, empêchant ainsi la sortie des humeurs de l'œil, vient recouvrir le lambeau.

Dans cette manœuvre, si le nez gêne la marche de l'instrument de dehors en dedans, on pourra, en inclinant le manche du couteau vers la tempe du malade, ramener l'œil au centre de l'orbite et achever facilement ainsi l'incision. Le tranchant ne sera dirigé ni trop en avant ni trop en arrière : dans le premier cas, le lambeau de la cornée serait carré et trop petit, au lieu d'être exactement semi-circulaire ; dans le second, il empiéterait sur la sclérotique et serait trop grand.

Si les muscles compriment fortement l'œil et qu'il soit très agité, on se gardera de couper la dernière bride, et l'on se conduira comme nous l'avons indiqué plus haut, c'est-à-dire qu'on

Fig. 20.



A, pupille dans laquelle on voit la cataracte ;  
 B, iris ;  
 C, point de ponction ;  
 D, point de contre-ponction ;  
 E, bride de la cornée restant à diviser (elle est ici un peu trop large) ;  
 F, lambeau de la cornée sous lequel on voit la lame du kéra-  
 totome ;  
 1, manche du kéra-  
 totome ;  
 2, 3, doigts de la main droite de l'aide ;  
 4, 5, doigts de la main droite du chirurgien.

fera sortir le couteau en laissant un pont entre les deux plaies de ponction et de contre-ponction (voy. p. 189).

La figure 20 représente le premier temps de la kération supérieure au moment où le chirurgien va achever le lambeau de la cornée. A cet effet, le couteau, dont la pointe est fort rapprochée du grand angle de l'œil, sera un instant maintenu immobile, puis retiré lentement de manière à couper la dernière bride de la cornée sans que le globe en ressente aucune secousse. L'aide, attentif à ce qui se passe, abaissera alors la paupière supérieure, en la faisant sauter par-dessus la plaie, pour qu'elle ne glisse pas dans la chambre antérieure en renversant le lambeau.

DEUXIÈME TEMPS. — *Incision de la capsule.* — On donne quelques moments de repos au malade, et quand l'œil est redevenu calme, la tête étant fixée par l'aide, le chirurgien soulève d'une main la paupière supérieure en la saisissant par la peau et recommande au malade de regarder en bas. Le kystitome tenu de l'autre main est placé en travers du lambeau, introduit dans la chambre antérieure et dirigé par sa pointe sur la capsule que l'on cherche à diviser sur plusieurs points (voy. pour plus de détails la fig. 22, p. 197, deuxième temps de la kération inférieure).

TROISIÈME TEMPS. — *Sortie du cristallin.* — On donne encore quelques instants de repos au malade, puis on l'invite à regarder en bas, et, en observant ce qui se passe dans la pupille, on comprime doucement le globe et l'on presse avec précaution la paupière inférieure. Bientôt on voit le cristallin s'élever dans la pupille, et faire saillie dans l'incision d'où on le dégage avec la curette (voy. ce temps représenté pour la kération inférieure, p. 199).

Si la pupille renferme des débris de la cataracte, on les extrait à l'aide de la curette que l'on introduit avec ménagement dans la pupille, ou, ce qui est mieux, au moyen de pressions ménagées exercées sur l'œil par le doigt appliqué sur la paupière inférieure (voy. pour les détails fig. 24, p. 199).

#### Kération inférieure.

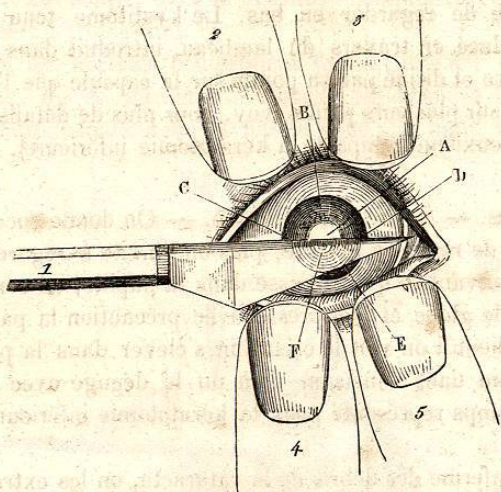
La manœuvre n'offre rien de particulier qui n'ait été décrit pour la kération supérieure ; on l'exécute de même en trois temps principaux.



PREMIER TEMPS. — *Incision de la cornée (œil droit).* — *Ponction.* — Le couteau à cataracte est appliqué par sa pointe sur le côté externe de la cornée, à 1 millimètre et demi de son insertion sur la sclérotique et un peu plus haut (1 millimètre, 2 au plus) que le centre de la pupille. Comme dans la kératotomie supérieure, décrite plus haut, la direction du couteau est exactement parallèle à celle de l'iris. La ponction, la contre-ponction et l'achèvement du lambeau exigent les mêmes précautions. L'aide, au moment où la cornée va être entièrement divisée, doit avoir le plus grand soin d'abaisser autant que possible la paupière supérieure, et le chirurgien d'éviter de trop presser sur l'inférieure.

La figure 21 représente le premier temps de l'opération au mo-

Fig. 21.



A, pupille dans laquelle on voit la cataracte;  
B, iris;  
C, endroit de la cornée où la ponction a été faite;  
D, contre-ponction;  
E, bords de la cornée restant à diviser;  
F, lambeau sous lequel on aperçoit le couteau.

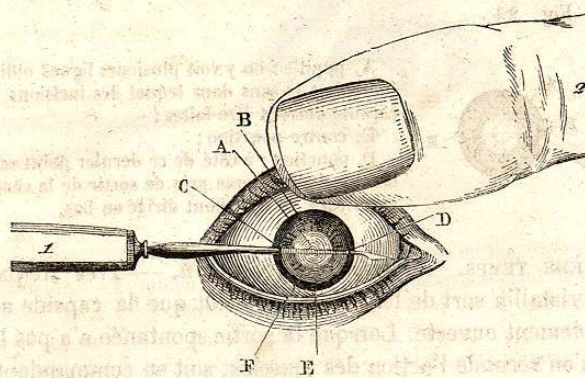
ment où le chirurgien va achever la section, en ramenant lentement le couteau du côté de la ponction.

DEUXIÈME TEMPS. — *Incision de la capsule.* — L'œil ayant été laissé quelques instants en repos, le chirurgien, après avoir relevé la paupière supérieure avec le pouce de la main droite, saisit de la gauche le kystitome et le place en travers de l'œil, de telle sorte que la tige en soit en rapport avec la partie inférieure du

lambeau. Celui-ci est soulevé doucement par l'instrument, qu'on élève, en le tenant toujours en travers, jusqu'aux points de ponction et de contre-ponction. Ainsi placé, le kystitome est introduit par sa tige dans la chambre antérieure, tandis qu'il est libre à sa pointe et à son manche.

La figure 22 représente cette première partie du deuxième temps.

Fig. 22.



A, cataracte; — B, iris; — C, ponction; — D, contre-ponction; — E, circonférence de la cornée; — F, lambeau de la cornée sous lequel on voit la tige du kystitome; — 1, manche du kystitome dont la lame est libre du côté de la contre-ponction; — 2, pouce droit de l'opérateur qui maintient la paupière supérieure.

Les choses étant ainsi disposées, le chirurgien, ramenant en dehors le manche, fait glisser sur la plaie le côté mousse de l'instrument, et en dirige vivement la pointe dans la pupille, pour diviser la capsule. Trois ou quatre incisions obliques de haut en bas et de dedans en dehors, qu'on croisera, si l'on peut, d'un nombre égal de sections en sens inverse, suffiront pour ouvrir largement la membrane; on leur donnera cette direction, moins pour obtenir une division de la capsule en losanges ou en carrés, que pour pratiquer une ou deux larges déchirures (1). Cela fait, on

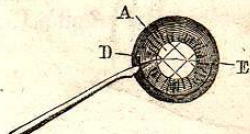
(1) Il est impossible de diviser la capsule en carrés ou en losanges, même avec l'instrument le plus tranchant. Quand une ouverture est faite dans cette membrane, l'aiguille entraîne avec elle, sous la pression qu'elle exerce, la lèvre correspondante de la solution de continuité, mais ne fait pas de nouvelle incision. Je me suis assuré de ce fait sur des lapins, en introduisant une aiguille à travers



retire avec précaution l'instrument, dont on tourne en bas le tranchant, et dont on présente le côté mousse à l'ouverture de la cornée, pour éviter toute nouvelle entaille. On aura soin, dans ce temps de l'opération, de ne porter que le moins possible l'aiguille en arrière de la capsule, dans la crainte de broyer la cataracte ou de l'abaisser, circonstance qui en rendrait l'extraction beaucoup plus difficile.

La figure 23 donne une idée exacte de cette seconde partie du deuxième temps.

Fig. 23.



A, pupille : on y voit plusieurs lignes obliques, indiquant le sens dans lequel les incisions de la capsule doivent être faites ;

E, contre-ponction ;

D, ponction : à côté de ce dernier point on voit la lame du kystitome près de sortir de la chambre antérieure, le tranchant dirigé en bas.

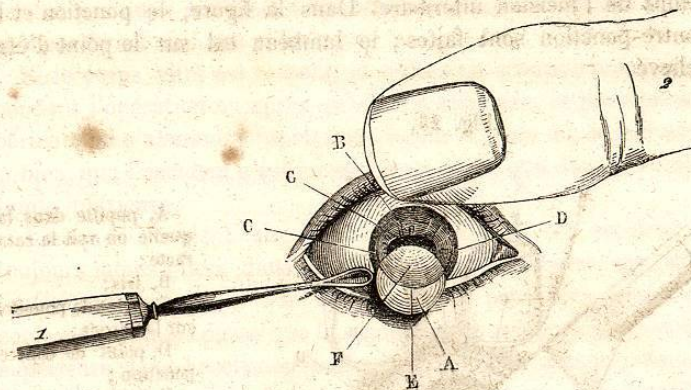
TROISIÈME TEMPS. — *Sortie du cristallin.* — Très fréquemment le cristallin sort de lui-même, aussitôt que la capsule a été convenablement ouverte. Lorsque la sortie spontanée n'a pas lieu, il faut qu'on seconde l'action des muscles, soit en commandant au malade de diriger l'œil dans divers sens, soit en comprimant doucement le globe par la pression du doigt ou de la curette sur la paupière inférieure. Dès qu'on s'aperçoit que l'iris fait une saillie prononcée en avant, on cesse d'appuyer sur le bulbe, et l'on recommande au malade de tenir l'œil dans l'immobilité. Bientôt la lentille passe dans la chambre antérieure, soulève le lambeau et descend sur la joue. Si elle reste engagée par moitié dans la chambre antérieure, on aide à sa sortie en la dégagant avec la curette, que la main gauche n'a pas dû quitter. La curette sert encore à débarrasser la pupille et la chambre antérieure de quelques débris cristalliniens, qui y demeurent très fréquemment. Sitôt que l'extraction du cristallin est accomplie, on laisse retomber la paupière sur le lambeau.

L'œil gauche est opéré de la même manière avec la main droite.

la cornée, et en disséquant l'œil après avoir sacrifié l'animal. Le kystitome courbe, représenté plus haut, figure 18 (voyez *Kératotomie supérieure*, p. 190), déchire peut-être mieux la capsule d'un seul coup que le kystitome droit par des incisions multipliées.

La figure 24 représente ce temps de l'opération.

Fig. 24.



C, ponction ; — D, contre-ponction ; — F, lambeau de la cornée soulevé par la cataracte ; — E, milieu du lambeau ; — A, cataracte sortant de la chambre antérieure après avoir franchi la pupille ; — B, iris ; — G, pupille ouverte et déformée au moment où la cataracte vient de la traverser ; — 1, curette dégagant le cristallin de la chambre antérieure ; — 2, pouce de l'opérateur relevant la paupière supérieure.

#### Kératotomie oblique.

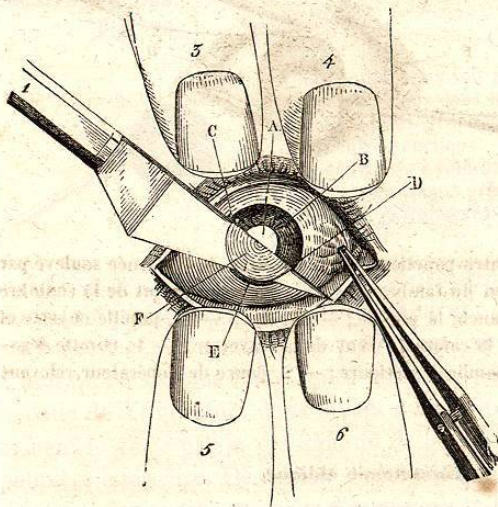
Dans ce procédé, qui a été à tort adopté en France par bon nombre de praticiens, et qui y est maintenant à peu près abandonné, le couteau à cataracte incise la cornée obliquement de haut en bas, de manière à former un lambeau sur la circonférence externe de la membrane. Wenzel le père est le premier opérateur qui ait exécuté ainsi l'extraction. Il divisait la capsule après avoir pénétré dans la chambre antérieure, faisait la contre-ponction, et terminait souvent l'opération au moment même où il achevait la section du lambeau, manière de faire qui a été depuis longtemps abandonnée, à cause des accidents qu'elle détermine. Demours et Roux imitèrent Wenzel, et firent aussi la section oblique, et c'est depuis leurs essais que l'on commença à faire le lambeau sur le côté externe de la cornée.

On exécute cette opération en trois temps, comme la kératotomie inférieure. Dans le premier, représenté dans la figure 25,



on divise la cornée à son côté interne, obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, en suivant exactement les indications que nous avons données plus haut quand nous avons décrit le même temps de l'incision inférieure. Dans la figure, la ponction et la contre-ponction sont faites; le lambeau est sur le point d'être achevé.

Fig. 25.



A, pupille dans laquelle on voit la cataracte;  
 B, iris;  
 C, point de ponction sur la cornée;  
 D, point de contre-ponction;  
 E, bride de la cornée restant à couper;  
 F, lambeau de la cornée sous lequel on voit le couteau à cataracte, 1;  
 2, pince tenant quelques plis de la conjonctive bulbaire pour fixer l'œil;  
 3, 4, 5, 6, doigts de l'aide.

Les deux autres temps s'exécutant absolument de même que dans la kératotomie inférieure, je ne donnerai aucun détail de plus ici, pour éviter des redites inutiles.

#### AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DES TROIS PROCÉDÉS.

*Kératotomie supérieure.* — Ce procédé présente un avantage incontestable sur les deux autres, celui de placer la plaie dans les meilleures conditions pour la réunion par première intention. La paupière supérieure, en effet, quand elle est convenablement fixée par l'appareil de pansement, fait l'office d'un bandage contentif admirablement disposé pour maintenir en contact les bords de la solution de continuité. Il n'est pas possible, comme cela arrive dans les autres procédés, particulièrement dans la kératotomie

inférieure ordinaire, que la paupière presse sur l'une des lèvres de l'incision, et s'oppose ainsi à la coaptation. Cette heureuse disposition de la partie lésée, après l'extraction du cristallin, ne permet pas aussi aisément l'écartement du lambeau et les conséquences de cet accident si fâcheux.

Si le corps vitré est ramolli, et qu'il s'en échappe une portion pendant l'opération ou après qu'elle est terminée, la paupière supérieure en s'abaissant rapidement ferme la plaie ou la maintient si bien, que l'accident n'est jamais aussi grave que dans la kératotomie inférieure.

Lorsque l'iris vient faire hernie dans la plaie, cet accident est toujours moins grave dans la kératotomie supérieure que dans l'inférieure, non parce que la pupille ne peut être également compromise, mais parce que la compression qu'exerce la paupière supérieure dans l'occlusion suffit pour détruire plus rapidement l'iris et disposer les choses pour une réunion par deuxième intention, qui permettra plus tard l'exécution d'une pupille artificielle.

Supposons le même accident dans la kératotomie inférieure, outre que la guérison se fera beaucoup plus attendre et que l'œil sera bien plus sérieusement menacé, nous n'aurons plus, pour l'excision de l'iris, les mêmes chances favorables, car la cornée sera tachée dans sa partie inférieure, dans sa partie médiane peut-être, et la pupille artificielle ne pourra plus être exécutée qu'en haut, c'est-à-dire dans les plus mauvaises conditions possibles. Notons encore qu'il en résultera une difformité, car la tache de la cornée se trouve cachée dans la kératotomie supérieure, tandis qu'elle est à découvert dans l'autre procédé.

Dans l'incision en haut, les larmes, les mucosités, ne sont pas en rapport avec la plaie; celle-ci en est constamment baignée lorsqu'on l'a pratiquée en bas, et l'on pense généralement, bien que cela soit moins bien prouvé que ce qui précède, que cette condition est nuisible à la réunion immédiate.

Mais à côté de ces avantages incontestables, dans l'opération bien faite par kératotomie supérieure, on doit noter des inconvénients qui se rattachent tous à des difficultés plus grandes d'exécution. Il ne faut pourtant qu'un peu d'habitude pour les surmonter, et ne pas se décourager pour quelques fautes que l'on peut commettre d'abord, surtout quand on voit des oculistes d'une maladresse inouïe et connue de tous, même pour enlever un cha-