

faire seule, on s'aperçoit que le cristallin, au lieu de monter dans la plaie (kératotomie supérieure) ne pousse aucunement l'iris en avant et descend peu à peu, quelquefois brusquement, derrière la pupille.

Dès que l'on reconnaît ce fâcheux accident, on fait coucher le malade à plat, sans oreiller, sur un lit (ou s'il n'y en a pas, on renverse sa tête sur les genoux d'un aide), puis on examine l'œil en soulevant la paupière et en l'attirant en avant pour éviter qu'elle ne presse le globe. Dès que l'on s'est assuré de l'état des choses, que le cristallin se montre ou non dans la pupille, on confie la paupière à un aide, qui fixe l'œil de son autre main. Avec l'indicateur de la main gauche pour l'œil gauche, et réciproquement, on presse avec la paupière inférieure sur la partie correspondante du globe, et l'on ne tarde pas à voir la cataracte remonter un peu dans la pupille. Tandis qu'on la soutient dans cette position, on introduit le crochet derrière le cristallin, on l'accroche d'arrière en avant et généralement on l'extrait du premier coup.

Cette manœuvre avec le crochet exige quelques précautions : on glisse l'instrument dans la chambre antérieure, la pointe en haut pour ne pas blesser l'iris ; arrivé dans la pupille on le fait rouler sur son axe pour tourner cette pointe complètement en bas. On pousse alors l'instrument de bas en haut derrière le diaphragme, en traversant la pupille, de manière à n'exercer aucune pression sur le cristallin, et l'on se trouve bientôt ainsi avec la convexité du crochet, au niveau des attaches de l'iris et sur un plan parallèle à cette membrane. Pour un moment on diminue la pression sur la paupière inférieure et, dans le même instant, on fait, par un mouvement de rotation en arrière, glisser la pointe du crochet à la face postérieure de la lentille. On pousse aussitôt le cristallin de bas en haut d'une main, tandis que de l'autre on l'accroche à son centre et on l'amène hors de l'œil.

Ainsi faite, cette manœuvre est extrêmement rapide ; je la trouve beaucoup plus sûre que celle qui consiste à embrocher le cristallin avec le kystitome, et qui ne peut s'appliquer d'ailleurs qu'à des cataractes assez dures.

Que l'on ait employé l'un ou l'autre de ces moyens, si quelque portion du corps vitré sort de l'œil, on n'en continue pas moins et l'on ne s'arrête que dans les cas où il s'en échapperait une quantité égale à un peu plus de la moitié.

Si la cataracte est liquide, qu'elle s'échappe presque tout entière dès que l'on ouvre la capsule, et que son noyau, devenu très petit, plonge dans l'humeur vitrée, on l'abandonne plutôt que de recourir à ces procédés d'extraction qui exigent beaucoup d'habitude des opérations sur l'œil. Toutefois, si l'on veut essayer d'enlever le cristallin, on se servira d'un crochet moitié plus petit que celui représenté plus haut.

Si, au moment de sa sortie, la lentille se divise en morceaux et qu'il en reste quelques-uns dans la chambre antérieure, on attendra un moment avant de rien essayer ; puis, lorsqu'on jugera que l'humeur aqueuse s'est reproduite, on pratiquera, le malade étant couché, quelques frictions légères sur la paupière supérieure abaissée, et de cette manière on fera souvent sortir d'assez larges débris. Si l'on n'y réussit point, on introduira la curette ordinaire de Daviel sous le lambeau, et l'on extraira ainsi les plus gros fragments. Mais il vaut mieux abandonner à la résorption quelques portions caséuses de la cataracte, que d'introduire à plusieurs reprises la curette dans la pupille, par ce double motif que la plaie de la cornée est mise ainsi dans de mauvaises conditions de réunion, et qu'en outre c'est pendant cette manœuvre qu'on s'expose le plus à laisser pénétrer des bulles d'air dans la chambre antérieure.

REMARQUES SUR LES ACCIDENTS QUI PEUVENT ARRIVER IMMÉDIATEMENT APRÈS L'OPÉRATION.

Les principaux accidents qu'on remarque immédiatement après l'opération sont : l'évacuation des humeurs à la suite d'efforts musculaires ou de mouvements brusques, l'introduction de bulles d'air sous la cornée, l'épanchement de sang dans la chambre antérieure, l'affaissement du lambeau, et enfin son écartement par l'interposition de l'iris ou de la paupière inférieure entre les lèvres de la plaie. Nous dirons quelques mots de chacune de ces causes d'insuccès.

Efforts musculaires et mouvements brusques.

Ils déterminent assez rarement l'évacuation des humeurs de l'œil immédiatement après l'opération. J'ai vu cependant plusieurs fois cet accident survenir au moment où le patient se lève de la chaise sur laquelle il a été opéré.

On en prévientra une autre occasion, en veillant à ce que le lit sur lequel il doit rester huit jours soit convenablement préparé. Ce lit, nous l'avons déjà dit, doit être peu élevé et fourni d'un petit nombre de matelas assez durs, en sorte que le malade n'y enfonce pas trop. L'abord en sera très facile, afin qu'il puisse s'y coucher sans faire le moindre effort; le chirurgien recommandera avant l'opération que le patient n'ait ni chaussure étroite ni vêtement trop serré à ôter. Nous avons dit plus haut que le malade doit être préparé, au moyen de lavements et de laxatifs, à rester quelques jours sans aller à la garde-robe, les efforts nécessaires à la défécation pouvant amener les mêmes résultats que tout autre effort musculaire, savoir : le soulèvement du lambeau, la sortie des humeurs, la procidence de l'iris, etc. On éloignera de l'opéré toutes les causes de vomissements; dans ce but, on le privera de tabac à priser, s'il en a l'habitude (1).

Après que l'opération est faite, on ordonne au malade de se lever lentement du siège qu'il occupe, de tenir les yeux fermés sans effort, et d'incliner un peu la tête en arrière. On le conduit à son lit avec précaution, en lui recommandant de traîner les pieds pour éviter les faux pas; on le fait asseoir au milieu du lit, de telle sorte qu'il n'ait plus qu'à relever les jambes pour s'y mettre; on doit lui défendre d'y monter avec les genoux. Il se couchera

(1) Un de mes opérés, le nommé C..., ancien garçon de bureau à la mairie de Versailles, avait l'habitude de prendre une forte quantité de tabac. Lorsqu'il fut mis au lit et que l'immobilité lui fut recommandée, il ressentit des nausées qui allaient jusqu'aux vomissements, et qui ne cessaient pas : je m'évertuais à en chercher la cause, car j'ignorais qu'il eût l'habitude du tabac. Le quatrième ou le cinquième jour après l'opération, les vomissements continuant, cet homme s'imagina « que je faisais des expériences sur lui, » je le trouvai plus silencieux que les jours précédents; sa figure, ordinairement ouverte et d'une belle expression, avait pris un sombre caractère de méchanceté. En l'examinant plus attentivement alors, je remarquai dans sa main à demi cachée sous les couvertures du lit, un long couteau ouvert, avec lequel, ainsi qu'il me l'avoua, il voulait me tuer lorsque je m'approcherais de lui. Me précipitant sur lui, me saisissant de cette arme, fut l'affaire d'un instant, et, dans cette courte lutte, j'aperçus sous l'oreiller la tabatière du malade, cause des vomissements qui l'avaient exaspéré. J'examinai alors sa bouche, et je découvris sur sa langue un grand nombre de grains de tabac, que j'enlevai. Je les fis voir à C..., dont les yeux étaient dans le meilleur état, malgré les vomissements survenus; et après lui en avoir montré de semblables qui se trouvaient en grande quantité dans son vase de nuit, je fis venir sa femme, et le renvoyai de ma clinique. Cet homme, dont la vue est demeurée très bonne depuis l'opération, est mort vers le mois d'août 1846, c'est-à-dire six ans après.

sur le dos, au milieu du lit autant que possible, et dans une position horizontale; on le débarrassera des oreillers et de tout ce qui pourrait se déranger; un simple traversin, s'il est épais, suffit pour soutenir la tête.

Lorsque le malade sera convenablement couché, le premier soin du chirurgien sera d'examiner les yeux avec la plus grande attention, pour s'assurer une dernière fois que l'œil est dans de bonnes conditions, et que les accidents dont nous allons parler ne se sont pas produits. Le plus souvent je panse le malade avant de le conduire à son lit.

Bulles d'air dans la chambre antérieure.

Il arrive parfois qu'au moment où le cristallin s'échappe de la chambre antérieure, une ou plusieurs bulles d'air y pénètrent. Elles s'attachent le plus ordinairement à la face postérieure de la cornée, et n'ont qu'un diamètre très petit; on les déplace aisément en pressant sur le lambeau de la cornée avec le manche de l'instrument, ou en changeant la position du malade; elles ressemblent assez à une vésicule transparente, qui aurait pris naissance derrière le lambeau.

Cet accident est regardé avec raison comme une cause d'insuccès, et peut même conduire à l'ophthalmite. Ainsi chez une dame que j'opérais en 1848, je dus renoncer à l'extraction d'une bulle d'air à cause des terreurs de la malade : je comptais qu'elle disparaîtrait toute seule, mais l'œil fut pris de phlegmon. Est-ce à cette circonstance que l'on doit rapporter un résultat si malheureux? Cependant j'ai insufflé quelques bulles d'air dans la chambre antérieure de l'œil du lapin, et elles ont disparu sans produire rien de fâcheux.

On obtient encore la sortie des bulles d'air en faisant quelques frictions légères sur la paupière supérieure abaissée, ou simplement en donnant au malade une position convenable. Dans quelques cas, on devra se servir de la curette pour les entraîner hors de la chambre antérieure, soit en allant les chercher dans cette cavité, soit en pressant sur la cornée avec la convexité de l'instrument. Si l'on ne réussit pas ainsi, on attend que la chambre antérieure se remplisse d'humeur aqueuse, et, après avoir placé le malade de telle sorte que la plaie de la cornée soit tournée en haut, on en entr'ouvre rapidement les lèvres, et tout aussitôt la

bulle d'air s'échappe avec l'humeur aqueuse. Plusieurs fois cependant j'ai vu tous ces moyens demeurer sans résultat, et il m'a fallu recourir à celui que recommande M. Maunoir, de Genève (1), dans le cas d'affaissement de la cornée. Ce moyen consiste à remplir la concavité de l'orbite d'eau tiède distillée; on soulève sous ce liquide le lambeau cornéen, et l'on voit bientôt s'échapper au dehors la bulle d'air déplacée par l'eau, dont l'introduction dans l'œil ne cause d'ailleurs aucun accident et ne produit qu'une cuisson qui ne tarde pas à se dissiper.

Épanchement de sang dans la chambre antérieure.

Si la chambre antérieure contient beaucoup de sang, ce qui arrive lorsqu'on a piqué l'iris ou divisé la conjonctive, on soulève doucement le lambeau de la cornée avec la curette, pour laisser écouler ce liquide. Si on l'abandonnait dans la chambre antérieure, il pourrait quelquefois déterminer de l'inflammation, et ne se résorberait d'ailleurs que fort lentement. On peut aider à la sortie des caillots qu'il forme, avec la curette ou une petite paire de pinces, si toutefois le calme du malade permet l'introduction de ces instruments dans l'œil.

Affaissement du lambeau.

Immédiatement après l'opération, l'œil reprend sa forme normale; cependant, et c'est une remarque déjà faite par M. Maunoir, le lambeau peut demeurer plissé et affaissé sur lui-même au point d'être aplati et raccourci, et de ne plus se trouver en rapport convenable avec le reste de la membrane pour la réunion par première intention. C'est cette disposition fâcheuse que M. Maunoir conseille de combattre en plaçant le lambeau sous l'eau tiède distillée. De cette manière les plis qu'il forme disparaîtront bientôt; la coaptation des lèvres de la plaie pourra se faire, et les chances de suppuration seront éloignées. Néanmoins j'ai vu quelquefois cet affaissement, et je n'ai pas eu besoin de recourir à l'emploi de l'eau tiède. Il m'a suffi de tenir fermé pendant dix à quinze minutes l'œil opéré sous des compresses d'eau tiède, pour reconnaître que l'humeur aqueuse en se reproduisant avait rendu au lambeau sa souplesse première, et la longueur nécessaire pour la réunion. Les

(1) Maunoir, *Annales d'oculistique*, 2^e vol. supplémentaire, page 204.

larmes, d'une autre part, avaient certainement concouru aussi à faire disparaître ce dessèchement, produit par une évaporation subite des parties liquides du lambeau.

Soulèvement du lambeau.

La réunion par première intention peut être empêchée par l'interposition de l'iris, par la saillie du corps vitré, ou par l'introduction du bord de la paupière inférieure entre les lèvres de la plaie.

a. *Hernie immédiate de l'iris.* — Si c'est l'iris qui soulève le lambeau, on doit, afin d'éviter d'abord l'étranglement et la destruction de la partie procidée, puis l'inflammation de la plaie, et très souvent la perte de l'œil, se hâter de réduire cette hernie. Plusieurs moyens ont été proposés dans ce but. Sir A. Cooper conseille de faire avec le pouce des frictions légères et rapides sur la paupière supérieure abaissée, qu'on relève ensuite brusquement, comme si l'on voulait apprécier la contractilité de l'iris; quelquefois le resserrement de la pupille suffira pour réduire immédiatement la hernie. Si l'on échoue de cette manière, ce qui doit être parce que la pupille ne se contracte pas quand il n'y a plus d'humeur aqueuse dans la chambre antérieure, on essaiera de repousser le diaphragme dans cette cavité avec le dos d'une curette; ou bien on tiendra les paupières rapprochées pendant un quart d'heure, en les fixant avec des bandelettes de taffetas d'Angleterre.

Ces moyens, d'une exécution très facile, ne réussiront pas toujours, et la procidence de l'iris pourra persister.

Il n'y a alors d'autre parti à prendre que de soulever le lambeau de la cornée, de saisir l'iris hernié, et de l'enlever avec des ciseaux courbes sur le plat, en ayant soin que la perte de substance se continue avec la pupille. Cette ouverture en sera nécessairement déformée, mais c'est un mal infiniment moindre que celui auquel on s'exposerait infailliblement en abandonnant les choses à elles-mêmes.

La hernie survient très souvent quoique l'opération ait été faite selon toutes les règles, que le lambeau ait été taillé fort exactement, et qu'on ait employé toutes les précautions nécessaires pour prévenir tout accident.

Si la hernie est reconnue vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'opération, on peut encore l'enlever d'un coup de ciseaux;

mais si cela est impossible, à cause de l'indocilité du malade, on instille de l'atropine dans le grand angle de l'œil et l'on emploie la compression. Plus tard on cautérise la tumeur avec un crayon de nitrate d'argent.

b. *Saillie du corps vitré.* — On remarque assez souvent, après que l'extraction est faite, que le lambeau cornéen est fortement poussé en avant par le corps vitré qui est comprimé en arrière par l'appareil musculaire. Si cette saillie est trop forte, et que l'on juge, à l'écartement considérable du lambeau, que l'iris pourra faire hernie et que la réunion de la plaie dans tous les cas est impossible, il faut hardiment ouvrir le corps vitré d'un coup d'aiguille ou de kystitome. Bientôt on en voit s'écouler une certaine quantité au dehors, et ce n'est qu'après avoir constaté que la coaptation est exacte que l'on doit fermer l'œil et procéder au pansement. J'ai vu maintes fois la kératotomie se terminer heureusement quand, dans des circonstances semblables, j'avais ouvert l'hyaloïde, tandis que dans d'autres cas analogues, et dans lesquels j'avais espéré une amélioration spontanée, l'œil avait été pris des plus graves accidents.

c. *Glissement de la paupière sous le lambeau.* — Cet accident a lieu quand l'opération a été faite, par la kératotomie inférieure, sur un sujet dont les yeux sont saillants et les paupières tendues. On voit alors, pendant les mouvements de l'œil, le lambeau heurter contre l'arête postérieure du tarse de la paupière inférieure. Aussitôt qu'on s'en aperçoit, on doit se hâter, avant que le malade soit disposé pour le pansement, d'abaisser la paupière, et d'y appliquer une bandelette de taffetas d'Angleterre; sans cette précaution, les lèvres de la plaie seraient bientôt contuses, et dans de mauvaises conditions pour la réunion immédiate. On a soin qu'elles soient affrontées, et lorsque la chambre antérieure a repris sa forme, on pratique le pansement comme nous allons l'indiquer tout à l'heure. L'application des bandelettes sera faite de telle sorte que les bords ciliaires se trouvent dans un rapport parfait; sans quoi le soulèvement du lambeau ne tarderait pas à se reproduire.

De l'écoulement spontané de l'humeur vitrée après l'extraction, et de l'influence de l'interposition de l'hyaloïde dans la plaie.

J'ai vu bon nombre de fois, après l'extraction régulièrement

faite, et alors que je me préparais à panser le malade, que, sans s'écarter beaucoup, la plaie laissait s'échapper de temps en temps un flot de liquide incolore et filant, qu'en le touchant du doigt je reconnaissais pour de l'humeur vitrée. Dans ces cas je n'avais pas pu constater de synchysis avant l'opération, et pourtant il existait bien réellement, car je n'avais pas ouvert l'hyaloïde avec les instruments.

Chez quelques individus l'écoulement de l'humeur vitrée s'arrête après quelques minutes; chez d'autres, au contraire, ceux surtout qui ont les yeux un peu saillants et les muscles de l'œil plus puissants, il continue, et quelque lambeau hyaloïdien incolore vient s'interposer entre les lèvres de la plaie et nuire ainsi à la réunion par première intention. On a soin alors, et après avoir fermé l'œil opéré comme de coutume, d'enlever le taffetas après deux ou trois heures, si à ce moment on reconnaît que la vitrine ne s'échappe plus; puis à l'aide d'un stylet d'argent très flexible, de nettoyer les lèvres de la plaie d'un angle à l'autre. On ne voit certes pas l'hyaloïde dans cette manœuvre, mais au moins on est sûr, par cette précaution, de ne pas l'avoir laissée jouer là le rôle d'un corps étranger.

Plusieurs observations m'ont conduit à ce détail d'opération :

J'opérais en 1849 dans la même séance, à ma clinique, deux femmes, l'une de la campagne, assez forte, l'autre de la ville, fort chétive. La première, très peureuse, la seconde, au contraire, fort décidée. Chez toutes deux le corps vitré vint faire hernie dans la plaie après l'opération. Laisser l'hyaloïde en pareil endroit me paraissait si compromettant, que je proposai à la petite femme courageuse de l'enlever; elle y consentit: je divisai à coups de ciseaux l'hyaloïde, et pus réduire ce qui tendait à s'échapper encore. Un stylet fin fut passé ensuite dans la plaie qui se trouva aussitôt dans de bonnes conditions de coaptation. La malade se guérit bien et voit encore aujourd'hui, sept ans après l'opération.

Je voulus faire la même chose pour l'autre malade, mais la frayeur qui s'était emparée d'elle lui faisait exécuter des mouvements et des contractions des muscles des yeux si énergiques, que je craignais de vider entièrement l'œil opéré. Malgré mes efforts je ne pus parvenir qu'à ouvrir l'hyaloïde, mais non pas à la réduire comme je l'eusse désiré. Un phlegmon s'empara de l'œil et le détruisit.

Comme on le voit dans ces faits, l'écoulement de l'humeur vitrée,

suiwi de l'interposition de l'hyaloïde dans la plaie, a pour résultat de compromettre l'œil dans sa totalité.

Lorsque le corps vitré s'échappe de l'œil, soit pendant, soit après l'opération, il y a après la guérison une conséquence désagréable du côté de la pupille. Cette ouverture prend une forme plus ou moins irrégulière; elle demeure ordinairement anguleuse sur deux points opposés, ou ovale transversalement, et toujours immobile. Je ne puis douter que cela ne soit dû au séjour prolongé de l'hyaloïde, qui se trouve à cheval sur l'iris, partie dans la chambre antérieure, partie dans la postérieure.

Cette modification de la pupille laisse aux malades une vue moins nette, moins bonne que chez les autres opérés; ce n'est pas un résultat négatif cependant, mais ce n'est pas non plus un résultat absolument satisfaisant. Je dois ajouter que quelques malades n'en éprouvent aucune gêne.

Renversement du lambeau.

Cela arrive dans la kératotomie supérieure, lorsque l'aide ne prend pas la précaution de ramener la paupière en avant en l'écartant du globe. La paupière traverse ainsi rapidement la chambre antérieure en s'abaissant, et il peut arriver que le lambeau renversé de haut en bas demeure en cet état. Il suffit d'examiner l'œil avant le pansement et de relever le lambeau avec la curette pour prévenir les suites de cet accident. On remarque alors qu'il présente une sorte de cassure blanc jaunâtre étendue transversalement du point de ponction à celui de contre-ponction.

Le lambeau peut encore se renverser spontanément quelques instants après que l'opération est achevée, si le malade a ouvert l'œil contrairement aux recommandations du chirurgien. Là encore il suffit d'examiner l'œil avant d'appliquer le taffetas d'Angleterre.

PANSEMENT. — On emploie divers moyens pour le pansement après la kératotomie. Plusieurs chirurgiens italiens appliquent sur l'œil un cataplasme de blanc d'œuf et d'alun, qu'ils font tenir en place par des compresses et un tour de bande. Dans plusieurs pays, on se borne à couvrir l'œil opéré d'un linge fenêtré enduit de cérat, percé d'un trou pour le nez, et recouvert de boulettes de charpie convenablement maintenues; cet appareil demeure en

place six à huit jours, quels que soient les accidents qui surviennent, et l'on réagit contre l'inflammation par des saignées générales et locales, sans examiner l'œil. On a aussi préconisé le colodion, mais la plupart des chirurgiens n'y ont déjà plus recours.

Ces trois modes de pansement me paraissent également dangereux, tant à cause de la compression assez forte qu'ils exercent, que parce qu'ils ne permettent pas l'inspection directe de l'organe lorsqu'il survient des accidents.

C'est dans le but d'obvier à ces inconvénients qu'il me semble plus convenable de panser de la manière suivante, qui commence à être adoptée presque généralement. On taille des bandelettes de taffetas d'Angleterre de 6 millimètres de large, sur 3 à 4 centimètres de long. On s'assure avec le plus grand soin que les lèvres de la plaie sont bien affrontées, que la chambre antérieure ne contient pas de débris de cataracte ni de bulles d'air, qu'il n'y a point de sang dans le cul-de-sac conjonctival ni ailleurs, que les bords des paupières sont parfaitement en rapport, etc. Cela fait, on place au côté interne de l'œil une bandelette verticale, de manière à empêcher les deux paupières de se séparer; lorsqu'elle tient bien, on en applique très près de la commissure externe une seconde, parallèle à la première. Deux autres bandelettes semblables sont ensuite posées obliquement de la première à la seconde, et de manière à s'entrecroiser en X au centre de l'œil. Enfin on en applique une dernière sur les cils dans toute l'étendue de l'ouverture palpébrale, sauf du côté interne, où elle doit s'arrêter à 1 millimètre environ des conduits lacrymaux, afin de permettre aux larmes de s'écouler par le grand angle. On peut encore assurer les bandelettes verticales en en plaçant deux autres, en travers, sur leurs extrémités. On fera attention de ne pas trop mouiller le taffetas agglutinatif, autrement il se plisserait et ne s'opposerait point à l'écartement des paupières ni à leurs mouvements. La même application de bandelettes se fait ensuite sur l'autre œil, lors même qu'il n'aurait pas été opéré, afin d'obtenir, par la plus grande immobilité possible, une réunion immédiate.

J'ai modifié légèrement ce pansement depuis quelque temps: je taille un seul morceau de taffetas, un peu ovale transversalement, et capable de couvrir entièrement les deux paupières fermées. J'y pratique une échancrure assez large dans le grand angle pour l'écoulement des sécrétions conjonctivales, et tout

autour j'y fais des mouchetures pour que l'application soit plus exacte.

Quand je prévois que la coaptation sera difficile, je place par-dessus cette pièce principale des bandelettes que j'arrange en forme de compresses graduées sur la partie de la paupière qui correspond le mieux à l'incision de la cornée.

Lorsqu'il s'est passé une demi-heure ou trois quarts d'heure, on peut appliquer sur les yeux, sans risque de déplacer le taffetas d'Angleterre, les compresses d'eau glacée que la plupart des chirurgiens recommandent, et qui devront être renouvelées à tout instant sans interruption pendant plusieurs jours. L'eau glacée ne nuit point à la solidité des bandelettes, et il n'y a point à craindre qu'elles se dérangent. Un autre moyen qui, selon plusieurs praticiens, est encore plus efficace que les compresses, pour prévenir l'inflammation de l'œil après l'extraction de la cataracte, c'est de faire des affusions continues d'eau froide; mais l'appareil exigeant beaucoup de précautions pour être convenablement disposé, on ne peut s'en servir que très rarement. Les applications de compresses doivent être faites avec beaucoup de persévérance et de soin, car il serait extrêmement préjudiciable à l'œil de passer par les alternatives d'une température qui varierait; c'est pourquoi on recommande de changer les linges assez fréquemment, pour qu'ils n'aient pas le temps de s'échauffer.

Néanmoins, d'après mon expérience personnelle, les applications d'eau froide sur l'œil opéré ne sont pas d'une nécessité absolue dans tous les cas, et peuvent même devenir parfois une cause d'insuccès, par ce double motif qu'on éveille à chaque instant les malades dans un moment où le repos est indispensable, et que chez quelques-uns elles développent des douleurs rhumatismales ou de la toux. J'ai fait à ma clinique de nombreuses observations à ce sujet, et j'ai positivement reconnu que les chances étaient meilleures chez les opérés que je n'avais pas soumis à l'emploi de ce moyen, de sorte qu'aujourd'hui je ne le prescris plus. J'évite ainsi la réaction qui survient le plus souvent, lorsqu'on cesse de faire les applications, et je ne trouble pas le sommeil du malade, qui est souvent une condition d'immobilité, et partant, de réunion du lambeau. Je permets seulement, quand les bandelettes deviennent dures, de les détendre en les couvrant pendant quelques instants, une ou deux fois par jour, avec une compressé imbibée d'eau tiède.

C'est pour favoriser ce repos si nécessaire après l'opération qu'on donnera au patient une potion laudanisée, aussitôt qu'on l'aura mis au lit; ordinairement dix gouttes de laudanum de Rousseau, prises en une seule fois, suffisent.

Voici la prescription que je laisse habituellement à l'opéré :

Garder le silence dans la chambre; recommander au malade de ne pas parler et de tâcher de dormir.

Aucune visite; point de lectures ni d'autres moyens de distraction, l'œil en étant agité.

Prendre par cuillerées à bouche une potion gommeuse ordinaire de 120 grammes, avec 5 centigrammes de chlorhydrate de morphine.

Pour calmer la soif, boire de l'orangeade avec un biberon ou une théière, afin d'éviter tout mouvement; se servir d'un urinoir pour que la tête ne quitte pas l'oreiller.

Si tout va bien, quelques bouillons.

Au contraire, douze ou quinze sangsues entre l'œil et l'oreille, si des douleurs surviennent.

Tant que la cicatrisation n'est pas complète, on doit surveiller le malade avec le plus grand soin la nuit, afin de l'empêcher de se frotter involontairement l'œil avec les doigts pendant son sommeil (voy. *Rêves du malade*, p. 238). S'il ne peut pas se faire garder, il se fera attacher les mains chaque soir avec un ruban, autrement il risquerait de compromettre, sans en avoir conscience, le succès d'une opération bien faite et en bonne voie de guérison. J'ai vu plusieurs fois des malades qui, pour avoir ainsi déchiré la cicatrice après le septième et même le huitième jour, ont perdu la vue après l'avoir recouvrée.

S'il n'y a ni douleurs ni gonflement, on s'abstient de voir l'œil pendant les quarante-huit premières heures, dans la crainte de nuire à la réunion par première intention. Mais il est prudent de le visiter au moins tous les deux jours, afin de saisir les indications nécessaires à la guérison. Si l'on néglige cette précaution, on court le risque d'avoir une déception au moment où l'on enlèvera les bandelettes et, de plus, le regret de n'avoir pas fait tout ce qui aurait pu être indispensable.

Il faut prendre la précaution, quand on veut examiner un œil opéré par kératectomie supérieure: 1° d'attirer la paupière en avant, en la saisissant transversalement par la peau, pour maîtriser les mouvements de clignement et éviter par là toute pression sur le

globe capable de produire la déchirure de la cicatrice commençante; 2^o ordonner au malade de regarder en bas, ce que l'on obtient facilement en lui disant de regarder sa main à lui, que l'on place dans une direction convenable.

Le septième jour ou le huitième au plus tard, si rien ne s'y oppose, on enlève définitivement les bandelettes; le malade pourra alors tenir les yeux ouverts quelques heures pendant la journée; mais le soir il sera bon, pendant une ou deux semaines encore, d'appliquer deux bandelettes en croix sur les paupières, dans la crainte que quelques mouvements un peu brusques n'occasionnent pendant le sommeil la rupture de la cicatrice. On devra enlever les bandelettes avec beaucoup de soin. On les ramollira en les mouillant pendant quelque temps avec de l'eau tiède, et l'on veillera à ce qu'elles n'exercent dans leur décollement aucun tiraillement sur les paupières, qui seront nettoyées d'une façon convenable au moyen d'une éponge ou d'un linge fin.

REMARQUES SUR L'ÉTAT DE L'OPÉRÉ PENDANT LES VINGT-QUATRE PREMIÈRES HEURES, ET SUR LES ACCIDENTS QUI PEUVENT SE DÉVELOPPER QUELQUES JOURS APRÈS LE PANSEMENT.

Ces remarques sont d'un grand intérêt pratique, et nous appelons spécialement sur elles l'attention du jeune chirurgien.

État de l'opéré pendant les vingt-quatre premières heures, quand il n'y a pas d'accidents.

Le malade, dès qu'il est pansé et convenablement couché, doit garder une immobilité complète. Il se plaint de sentir rouler un corps étranger sous ses paupières, ce qui indique que l'œil est agité encore de mouvements et que la plaie de la cornée vient frotter contre la paupière. On lui recommande le silence, et bientôt il s'aperçoit que cette sensation diminue et disparaît avec le calme de l'esprit et du corps, et revient dès que, de nouveau, il survient quelque pensée ou quelque mouvement capable de ramener de l'agitation dans l'œil.

De temps en temps, pendant les premières heures, l'opéré se plaint d'éprouver une sensation de compression légère, de gêne progressive dans l'œil, et de ne se trouver soulagé qu'après qu'un flot de larmes s'est échappé sur la joue. Tout cela est encore régulier et n'indique pas d'accidents.

Lorsque le praticien, visitant le malade douze ou quinze heures après l'opération, lui entendra dire qu'il a bien dormi, qu'il n'a été tourmenté que par l'écoulement de ces quelques larmes, il devra en conclure que très probablement tout va bien. Il ne devra s'inquiéter ni du gonflement léger qui, sous l'influence des bandelettes, se développe dans les paupières, ni d'une sensation de gêne un peu plus grande que dans les premières heures, que les malades comparent à la présence de grains de sable à la surface de l'œil. Il ne s'étonnera pas de voir s'écouler par le grand angle une assez grande quantité de larmes; leur sécrétion, abondante pendant les deux premiers jours, diminue peu à peu; elles semblent de moins en moins brûlantes au malade, et bientôt sont remplacées par une matière séro-muqueuse qui se dessèche sur la joue, et déteignant les bandelettes, tache la peau de sillons noirs assez nombreux. Une fièvre légère se montre vingt-quatre heures après l'opération, et continue quelquefois tout le temps que le patient garde le lit; la langue blanchit, la bouche devient pâteuse, l'haleine prend une odeur désagréable, le malade est altéré, etc. Tous ces symptômes se montrant alors même que l'opération doit être suivie des meilleurs résultats, le praticien ne s'en alarmera pas.

On recommande de nouveau l'immobilité au malade, on l'engage à la patience, et s'il se plaint de courbature et de douleurs dans les membres, on lui donnera l'assurance, ce qui est vrai, que tout cela disparaîtra bientôt. On nettoie soi-même la joue et le voisinage de l'œil et les bandelettes sont laissées en place.

Si de temps en temps le taffetas d'Angleterre provoque en se desséchant de plus en plus une compression gênante pour l'œil, on pourra, sans craindre de le décoller, placer par-dessus, pendant quelques minutes de temps en temps, une compresse trempée dans de l'eau tiède. Dès que l'humidité aura pénétré les bandelettes, le malade sera soulagé. Mais, si malgré cette précaution, la pression et la gêne continuaient, si surtout elles s'accompagnaient d'élançements ou de quelques douleurs sourdes, d'une tout autre nature que celle résultant du frottement de la plaie contre la paupière, on devra enlever avec la plus grande précaution toutes les bandelettes agglutinatives, et, après avoir examiné l'œil, agir suivant les indications.

Des lectures et des conversations dans la chambre de l'opéré.

L'opération exigeant une immobilité parfaite des yeux et du