

lettes ; une ou plusieurs saignées générales sont pratiquées, et l'on a recours surtout à l'application de sangsues en permanence, près de l'œil, suivant le procédé de Gama. A mon dispensaire, je fais appliquer une ventouse scarifiée à la tempe, de trois en trois heures, et j'en ai toujours reconnu les bons effets ; quelquefois je substitue à la ventouse la sangsue artificielle. En même temps, on donne le calomel à l'intérieur et l'on verse dans le grand angle de l'œil, sans toucher aux bandelettes, de nombreuses gouttes de sulfate neutre d'atropine, pour tâcher de dilater la pupille. J'ai absolument renoncé à l'application de l'eau froide et de la glace.

Sous l'influence de ce traitement énergique on arrête assez souvent les progrès du mal, mais on n'est pas toujours aussi heureux et l'on ne voit pas rarement survenir l'un des accidents que nous avons signalés, et parmi lesquels la suppuration du lambeau et la hernie de l'iris sont les plus communs (voy. plus haut, p. 244, 247).

Phlegmon de l'œil.

Ce terrible accident consécutif qui occasionne et la perte totale de l'œil et une difformité, est le plus souvent la conséquence des conditions morbides différentes que nous venons de passer en revue ; mais, hâtons-nous de le dire, il se montre aussi tout à coup, soit immédiatement après l'opération, soit du quatrième au huitième jour, rarement plus tard. Chose étrange et inexplicable ! c'est le plus ordinairement quand l'opération est régulière de tout point et que le chirurgien est en droit de compter sur un beau succès, qu'il est frappé de cette cruelle déception. Je l'avoue, il y a bien des années que je fais des opérations, et en grand nombre, eh bien ! aujourd'hui encore, lorsque cela arrive, je me demande la cause de ce malheur sans pouvoir la trouver. Le malade a été parfait pendant l'opération, le lambeau a été bien taillé, la cataracte extraite complètement et sans effort, la plaie s'est bien rapprochée, les lèvres ne contenaient rien qui pût empêcher la réunion, et le lendemain on apprend que des douleurs sont survenues dans l'œil et la région péri-orbitaire ; on regarde : on trouve les paupières œdématiées souvent à un haut degré ; on enlève avec précaution le taffetas d'Angleterre, et l'on aperçoit un chémosis, une injection considérable, un trouble manifeste de la chambre antérieure, et, le plus souvent, la disparition

complète de cette cavité. On applique le traitement le plus énergique ; il n'arrête rien, l'œil est perdu.

Si, malgré le traitement, le phlegmon continue et s'accompagne de douleurs, je l'arrête quelquefois au moyen de la paracentèse scléroticale que je pratique en plongeant un couteau à cataracte entre le muscle droit externe et l'inférieur, parallèlement à leurs fibres. Je fais sortir ainsi une petite partie des liquides contenus dans l'œil ; mais il faut se hâter, c'est le premier jour qu'on doit recourir à ce moyen extrême.

II. — Extraction sous-conjonctivale.

Nous allons décrire sous ce nom un procédé d'extraction que nous avons imaginé et mis en pratique, il y a déjà plusieurs années, et que nous avons repris depuis quelques mois seulement.

Il a spécialement pour but d'éviter le soulèvement du lambeau, son infiltration et tous les accidents que nous avons décrits plus haut (voy. p. 228 et suiv.).

Il est surtout applicable aux yeux très saillants, pour lesquels l'extraction ordinaire est souvent dangereuse.

Dans le nombre encore assez limité d'opérations que nous avons pratiquées, il n'y a eu jusqu'ici aucun accident capable de compromettre la vision, et même quelques-uns de ceux qui surviennent dans la kéra-totomie ordinaire s'étant montrés, la cornée n'a jamais été atteinte d'aucune inflammation.

Dans ce procédé, le chirurgien pratique un lambeau qui, après avoir traversé la cornée comme dans l'opération d'extraction ordinaire, passe sous la conjonctive du bulbe, par un simple allongement de la plaie kératique. On a ainsi, au côté interne de l'œil et au côté externe, une double boutonnière réunie loin de la cornée par un pont de la conjonctive. L'opération peut être faite par kéra-totomie supérieure ou inférieure.

Voici le manuel opératoire :

Manuel opératoire. — Kératotomie supérieure. — La kératotomie supérieure n'a ici aucun avantage sur l'inférieure ; si je l'ai pratiquée le plus souvent ainsi, c'est parce que, ayant l'habitude de la kératotomie supérieure, j'ai cru pouvoir plus facilement éviter les difficultés que présenterait le nouveau procédé. Je reviendrai au reste sur ce point de pratique.

Les paupières sont écartées par l'aide, comme il a été décrit

plus haut, page 183 (voy. *Kératotomie supérieure*); le chirurgien fixe l'œil avec la pique de Pamard ou avec le dé dont nous avons donné la description. Le malade doit regarder le plus en bas possible.

Supposons que l'on opère l'œil droit.

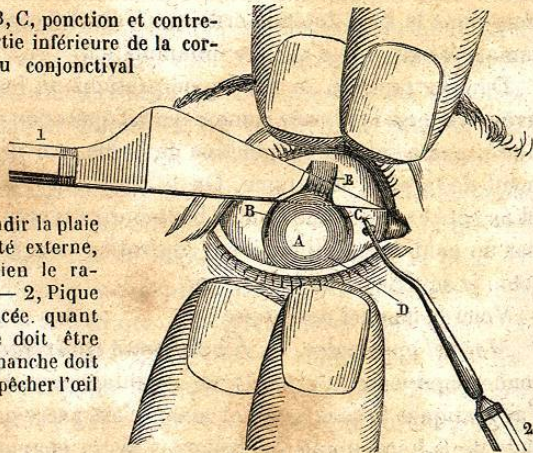
La pique est tenue de la main droite, le couteau à cataracte de la gauche.

PREMIER TEMPS. — La ponction et la contre-ponction sont faites comme dans le procédé ordinaire. Le couteau traverse rapidement la chambre antérieure, et, au lieu de le tenir parallèle à l'iris, lorsque le lambeau est fait environ aux deux tiers, et qu'il n'y a plus qu'une bride large d'environ 4 millimètres à diviser, le chirurgien, après un temps d'arrêt de quelques secondes, incline le tranchant de l'instrument en arrière, en surveillant avec une grande attention la marche de l'incision, et de façon à la pousser sous les limites de la cornée.

En manœuvrant ainsi, et en pesant un peu sur l'instrument, on sent tout à coup une petite secousse qui indique que la cornée est complètement incisée et que le couteau se trouve, dès ce moment, sous la conjonctive bulbaire. On continue de maintenir l'œil en bas avec la pique ou le dé; on pousse énergiquement le couteau

Fig. 27.

A, cataracte; — B, C, ponction et contre-ponction; — D, partie inférieure de la cornée; — E, lambeau conjonctival se continuant avec le lambeau kératique et soulevé par le kératotome; — 1, kératotome engagé dans le lambeau et prêt à agrandir la plaie conjonctivale du côté externe, lorsque le chirurgien le ramènera en dehors; — 2, Pique de Pamard bien placée, quant à l'endroit où elle doit être fixée, mais dont le manche doit être relevé pour empêcher l'œil de fuir en haut.



vers le grand angle, de manière à diviser la conjonctive dans la plus grande étendue possible; puis on le ramène à soi en cachant la pointe sous le pont conjonctival, et l'on agrandit l'ouverture con-

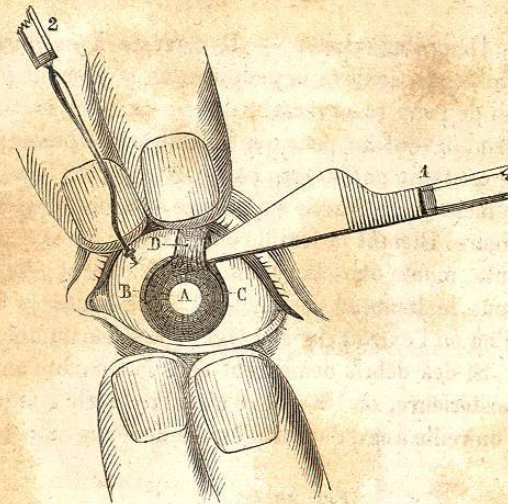
jonctivale dans l'étendue, s'il se peut, d'un centimètre; un peu moins ne serait cependant pas un inconvénient.

La figure 27 représente cette première partie du premier temps de l'opération.

Le lambeau étant achevé, on redescend la pointe du couteau dans la pupille, en ayant soin de laisser toujours l'instrument dans

Fig. 28.

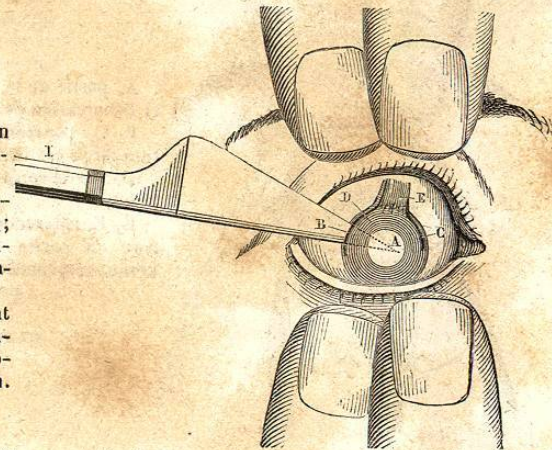
A, pupille;
B, C, ponction et contre-ponction;
D, pont conjonctival;
1, kératotome descendant vers la capsule;
2, pique de Pamard.



la plaie (fig. 28), et la capsule est incisée comme à l'ordinaire, c'est-à-dire en plongeant la pointe du kératotome dans la capsule.

Fig. 29.

A, cataracte;
B, C, ponction et contre-ponction;
D, partie kératique du lambeau;
E, partie conjonctivale du lambeau;
1, couteau dont la pointe est cachée sous la capsule du cristallin.



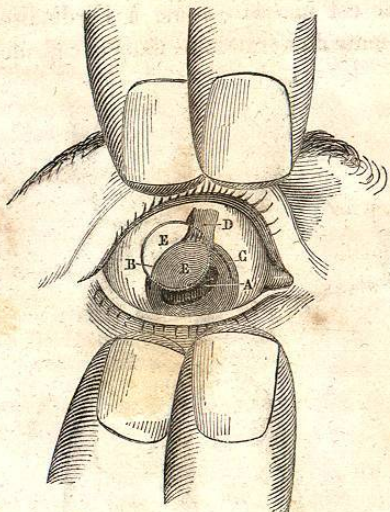
Cette deuxième partie du premier temps est dessinée dans la figure 29.

L'incision de la capsule peut être faite dans un temps spécial : dans ce cas on dépose le kystitome dès que la conjonctive est incisée dans une étendue suffisante, et on glisse dans la chambre antérieure le kystitome à pointe recourbée qui a été dessiné plus haut (voy. p. 190). La déchirure de la capsule est ainsi beaucoup plus grande, et l'extraction de la lentille plus rapide.

DEUXIÈME TEMPS. — Il consiste à extraire le cristallin. Le chirurgien soulève la paupière, en la prenant près des cils par un pli de peau transversal ; il recommande au malade de regarder droit devant lui pour que le lambeau ne presse pas trop l'iris, et si le cristallin ne traverse pas spontanément la pupille, il presse doucement sur la partie supérieure externe du globe, puis sur l'inférieure. Bientôt la lentille chassée par ces mouvements de sa capsule, monte dans la chambre antérieure et glisse peu à peu, moitié sous le lambeau conjonctival, moitié sous le lambeau kératique, d'où on l'extrait par une légère pression du doigt ou de la curette.

Si des débris demeurent dans la chambre antérieure ou dans la postérieure, on les enlève avec la curette comme à l'ordinaire, et l'on veille à ce qu'aucun d'eux ne demeure entre les lèvres de la plaie.

Fig. 30.



A, partie de la pupille allongée et débarrassée de la cataracte ;
B, C, ponction et contre-ponction de la cornée ;
D, partie conjonctivale du lambeau ;
E, E, cataracte vue engagée encore en partie sous le lambeau kérato-conjonctival.

On essaie la vision, puis on s'assure, préalablement au pansement, qu'il n'y a dans la chambre antérieure ni bulle d'air, ni

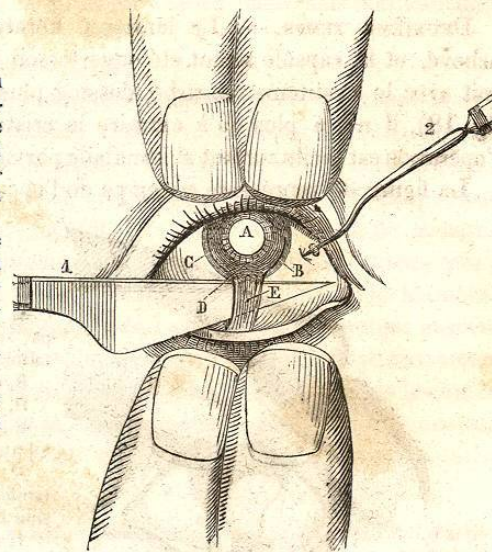
débris de lentille, et on ferme l'œil avec des bandelettes de taffetas d'Angleterre. Comme dans le procédé ordinaire, je crois prudent, quand l'œil est très saillant, de maintenir les bandelettes par une boulette d'ouate soutenue au moyen d'un bandeau léger et médiocrement serré.

La figure 30 représente l'extraction de la lentille.

Kératotomie inférieure. — L'exécution est plus facile que celle de la kératotomie supérieure ; cela tient surtout à ce que, l'œil fuyant naturellement en haut quand il est blessé, on peut achever le lambeau conjonctival plus aisément, et sans être gêné par la paupière. La manœuvre est d'ailleurs la même et il suffit, pour la comprendre de jeter un coup d'œil sur les trois figures suivantes :

PREMIER TEMPS. — La figure 31 représente la première partie du premier temps de l'opération ; le lambeau kérato-conjonctival

Fig. 31.



A, pupille, blanche au lieu d'être noire, en raison de la teinte produite par le cristallin opaque ;
B, C, incisions circonscrivant le lambeau de la cornée ;
D, lambeau kératique entièrement séparé de la cornée, à sa partie inférieure, uni au pont conjonctival ;
E, bride ou pont conjonctival ;
1, couteau à cataracte encore engagé sous la conjonctive ;
2, pique de Pamard.

est achevé, et le chirurgien n'a plus qu'à remonter le couteau dans la plaie de la cornée pour aller ouvrir la capsule.

La figure 32 représente la deuxième partie du premier temps de l'opération, c'est-à-dire l'incision de la capsule. Le chirurgien,

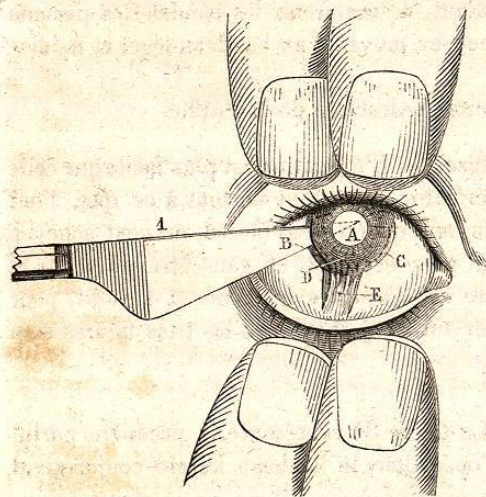


Fig. 32.

A, pupille, blanche par l'opacité du cristallin. On y aperçoit la pointe du couteau, qui ouvre la capsule;
B, C, incisions de la cornée;
D, partie kératique du lambeau;
E, partie conjonctivale du lambeau;
1, couteau à cataracte.

après avoir remonté le couteau dans la plaie, en a plongé la pointe dans la capsule.

DEUXIÈME TEMPS. — Le lambeau kérato-conjonctival étant achevé, et la capsule ayant été ouverte soit avec le kératotome, soit avec le kystitome recourbé, dessiné plus haut (voy. p. 190, fig. 18), il n'y a plus qu'à extraire le cristallin. Cette partie de l'opération est facile surtout si le malade parvient à regarder en bas.

La figure 33 représente ce temps de l'opération (1).

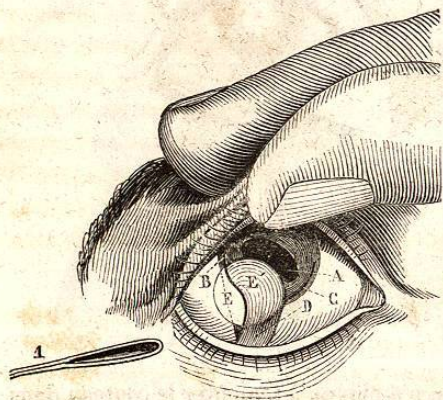


Fig. 33.

A, pupille, redevenue noire par suite de la sortie du cristallin;
B, C, incisions de la cornée;
D, pont conjonctival;
E, direction de l'incision kérato-conjunctivale externe;
E', cristallin engagé sous le lambeau, à travers l'incision E;
1, curette.

(1) Cette figure représente la manière de saisir la paupière, surtout dans

Voici quelques observations dans lesquelles ce procédé a été employé. Les premières remontent à 1851, et voici en quels termes je les présentais dans mon Mémoire à l'Institut de Valence.

La facilité avec laquelle le chirurgien peut diviser en même temps la conjonctive et la cornée dans l'extraction, lorsque la contre-puncture est trop rapprochée de la sclérotique, m'a conduit à me demander s'il ne serait pas bien de faire tout exprès un lambeau à la fois kératique et conjonctival. J'ai mis à exécution cette idée parce que j'ai pensé :

1° Que la partie de conjonctive qui demeurerait adhérente au lambeau, maintiendrait convenablement celui-ci dans une immobilité convenable à la réunion par première intention;

2° Qu'on diviserait la cornée dans une étendue plus petite que dans les procédés ordinaires, et qu'en conséquence le lambeau se guérirait mieux.

Ce n'étaient point là de vaines idées théoriques; c'était par suite d'une observation toute pratique, observation faite dans des cas où je n'avais pas fait ce que je voulais, que je m'étais proposé d'essayer ce procédé.

Je l'ai donc mis en pratique, et je m'en suis véritablement applaudi.

Voici deux faits entre autres :

Le nommé Denis, soixante-six ans, fruitier, rue Saint-Martin, 90, est opéré le 1^{er} octobre 1851 d'une cataracte lenticulaire. Le kératotome passe facilement à la jonction de la cornée avec la sclérotique du côté interne, et traverse la conjonctive. En poussant l'instrument, j'arrive bientôt à la partie supérieure de la cornée que je sens céder lentement, et je n'ai plus sur le couteau que la conjonctive. Je fais avancer toujours l'instrument de manière à obtenir un lambeau muqueux de 1 centimètre de hauteur et même davantage; puis je m'arrête en laissant une bride et je vais comme à l'ordinaire ouvrir la capsule. Après quelques instants le couteau mousse est introduit, la bride muqueuse divisée et le cristallin extrait. La cornée se remet en place, mais il n'en est pas de même

l'extraction supérieure, quand on veut examiner l'œil ou quand il s'agit d'achever l'opération. On évite ainsi le renversement du lambeau de la cornée et la rupture de la cicatrice, si l'on veut examiner l'œil vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'extraction.

de la conjonctive que je dois étendre sur le bulbe avec précaution. Je remarque qu'elle se colle en quelque sorte en cet endroit et qu'elle va certainement servir à maintenir le lambeau cornéen.

L'œil est fermé comme à l'ordinaire.

Le lendemain j'enlève les bandelettes (j'examine les yeux opérés de cataracte tous les jours), et je trouve que tout va bien.

Le cinquième jour ce malade était levé et le septième il sortait de la clinique; rarement j'ai vu une guérison plus rapide.

Voici une autre observation :

Le nommé Drouet, à Ville-d'Avray, sentier des vignes, est opéré de la même manière le 22 octobre 1851. Il n'y a pas d'accidents. Dès le surlendemain je remarque que le lambeau est bien réuni, mais que la portion de conjonctive divisée est un peu tuméfiée; le quatrième jour, le malade se lève; il sort le neuvième très bien guéri. Je le revois le 7 novembre. Il n'y a pas d'injection, la pupille est nette, sauf un lambeau de capsule très petit en bas; la vue est parfaite. Le lambeau conjonctival est un peu vasculaire.

Ces faits et d'autres absolument semblables m'ont donné l'idée que l'on pourrait bien ne pas diviser la bride conjonctivale et faire passer le cristallin par un des côtés de l'incision (1). On aurait ainsi toutes les chances possibles de réunion pour le lambeau, qui serait parfaitement maintenu de cette manière par la conjonctive avec laquelle il ferait corps. J'ai exécuté ce procédé une fois seulement; je n'ai pas eu d'accidents, mais cela m'a paru assez difficile. J'y reviendrai, et j'espère de bons résultats en m'y exerçant la main.

Voici maintenant quelques observations qui toutes datent de quelques mois, et dans lesquelles le pont conjonctival a été conservé. Je les ferai suivre de remarques sur les difficultés que l'on peut rencontrer dans l'exécution de la manœuvre, et sur les accidents qui ont suivi les opérations.

Première observation. — M. Gilet, quarante-neuf ans, maçon. — L'œil droit est atteint d'une cataracte molle complète, sans complication; la chambre antérieure est assez étroite, la pupille mobile, la vue abolie. — L'œil gauche présente aussi une cataracte qui, bien qu'avancée, permet encore au malade de se conduire.

(1) Voir plus loin, p. 269, le paragraphe : 20 novembre 1856.

1^{er} juin 1855. — L'opération est pratiquée par extraction supérieure avec lambeau kérato-conjonctival. La manœuvre n'offre rien de particulier: quelques gouttes de sang s'étant échappées dans la chambre antérieure, un moment d'intervalle est laissé au malade entre le premier et le deuxième temps et le petit coagulum s'échappe de la chambre antérieure avec la lentille. La vue exercée aussitôt est bonne.

Quelques instants après l'opération et au moment où l'œil allait être fermé on remarque que l'iris vient faire saillie dans la plaie, entre le point de ponction de la cornée et le bord externe du pont conjonctival. Des frictions sur la paupière ayant été tentées sans résultat, une curette est poussée avec précaution dans la chambre antérieure; mais la hernie, au lieu de se réduire, tend évidemment à augmenter encore. Dans cet état de choses et pour éviter les dangers que cet accident détermine, l'iris est excisé d'un coup de ciseaux et la plaie kératique placée aussitôt dans les meilleures conditions de réunion.

4 juin. — La plaie est réunie. L'œil est un peu rouge, cependant le malade n'a pas souffert depuis l'opération. — (Ventouse scarifiée entre l'œil et l'oreille, un décigramme de calomel matin et soir).

6 juin. — La rougeur de la conjonctive a disparu; le malade distingue bien les doigts qu'on lui présente.

10 juin. — Sortie de la clinique. — La pupille allongée en haut et en dehors par suite de l'excision de la hernie de l'iris, est bien noire et la vue satisfaisante.

6 juillet. — La guérison est complète. — Le 31, le malade voit pour lire avec les lunettes n° 2.

Cette observation présente un fait remarquable et très favorable au procédé sous-conjonctival; c'est que la hernie iridienne, au lieu de s'étendre à la totalité du lambeau, comme cela eût infailliblement eu lieu dans le procédé ordinaire, est demeurée limitée au côté externe. Évidemment cela tient à ce que le pont muqueux se colle pour ainsi dire sur la sclérotique et constitue un obstacle à la sortie de l'iris.

Deuxième observation. — Madame Guérard, soixante-deux ans, dévideuse de laine, rue Saint-Jacques, 309.

Cataracte lenticulaire molle, complète à droite, incomplète à gauche.

L'opération est pratiquée sur l'œil droit seulement, le

26 novembre 1855, devant M. le professeur Riberi, de Turin.

La cataracte est volumineuse, les deux chambres sont diminuées. Un lambeau kérato-conjonctival est taillé régulièrement; la cataracte remonte aisément, et s'échappe par l'ouverture externe. La pupille est noire et la vue très bonne.

Pendant la section de la conjonctive, j'ai dû maintenir énergiquement l'œil fixé et dirigé en bas; du sang provenant de la muqueuse s'est échappé dans la chambre antérieure, mais il en est entièrement sorti en même temps que la lentille.

Le lambeau s'applique bien, la malade est pansée comme à l'ordinaire.

Le 28 novembre, j'examine l'œil, la plaie est entièrement réunie et la vue nette. Il n'y a pas de rougeur.

Le 1^{er} décembre, la malade sort de la clinique dans les meilleures conditions.

Le 17, la vue est parfaite avec les lunettes n° 2, pour la lecture, n° 5 pour les objets éloignés.

Troisième observation. — Madame Catelier, cinquante-neuf ans, matelassière, rue des Lavandières, n° 1.

Cataracte lenticulaire, demi-dure à droite, complète; même affection commençante à gauche.

L'opération est pratiquée sur l'œil droit seulement, le 14 décembre 1855. La cornée est saine, la chambre antérieure légèrement diminuée. La pupille est peu mobile. Les couches corticales sont luisantes, et, derrière les triangles qu'elles forment, on voit un large noyau ambré. La vision est abolie comme dans la cataracte complète, sans complication.

Pendant l'opération, la malade contracte énergiquement les paupières et rend la manœuvre difficile. Dans la crainte de quelque accident, je la fais transporter sur un lit dès que le lambeau conjonctival est achevé. Là, les paupières sont écartées et bientôt le cristallin, après avoir traversé la pupille, remonte sous le lambeau conjonctival et sort à moitié par la plaie externe. La curette le dégage et enlève des débris de substance molle qui étaient restés dans la pupille et sur l'iris.

La malade dit qu'elle a souffert, mais que la satisfaction de voir de son œil lui donne beaucoup de joie.

Le soir de l'opération, elle se plaint de douleurs assez vives, et l'infirmier lui applique une ventouse scarifiée à la tempe, moyen qui la soulage pour la nuit.

15 décembre. Les douleurs se réveillent; une deuxième ventouse les éloigne de nouveau.

16 décembre. La journée est bonne; il n'y a pas de douleur ni de gonflement.

17 décembre. Examen de l'œil; chémosis séreux; iritis au premier degré; vision très confuse; lambeau très bien appliqué.

Mouchetures sur le chémosis; ventouse près de l'oreille; un décigramme de calomel, trois fois par jour. Instillation du collyre d'atropine.

18 décembre. La malade ne se plaint pas, on n'examine pas l'œil.

19 décembre. L'inflammation a diminué beaucoup; la pupille est dilatée; en bas et en dehors il y a un angle rentrant formé par une synéchie postérieure; il n'y a presque plus de soulèvement de la conjonctive à la partie inférieure de la cornée. Le lambeau est toujours parfaitement appliqué.

26 décembre. Dans les cinq derniers jours l'amélioration a toujours marché, la vue commence à devenir satisfaisante.

28 décembre. Les exsudations disparaissent rapidement.

4 janvier 1856. La malade est complètement guérie; elle voit parfaitement avec les lunettes 2 et 5.

Quatrième observation. — M. Verême, soixante-douze ans, gardien de l'essai, rue du Marché-aux-Chevaux, 16.

Cataracte lenticulaire droite, demi-dure; même affection commençante à gauche.

La cataracte s'est montrée il y a environ dix ans; elle s'est complétée sans que le malade s'en aperçût. L'œil, par suite du temps depuis lequel le mal existe, est dévié en dehors. Les membranes internes et externes sont d'ailleurs très saines.

7 janvier 1856. L'œil droit est opéré par la méthode sous-conjonctivale; il ne s'est présenté pendant l'opération aucune difficulté autre que la nécessité d'agrandir la plaie de la conjonctive au côté externe, d'un coup de ciseaux mousses, ce que je n'avais pu faire avec le couteau, le malade dirigeant son œil en haut avec une trop grande énergie.

Le lendemain, l'œil est examiné; il n'y a aucune rougeur; la cornée est réunie; les choses continuent d'aller bien, et le 11 janvier, le malade sort de la clinique dans les meilleures conditions et voyant très bien.

27 février. Le malade vient me retrouver, atteint d'une légère iritis. La plaie est ouverte dans la ponction, c'est-à-dire dans la

partie supérieure externe. Le malade raconte que, pris pendant la nuit d'une démangeaison, il a frotté l'œil trop fortement, et qu'aussitôt des douleurs se sont manifestées. On applique une ventouse scarifiée; on prescrit un purgatif, et le lendemain il y a une très grande amélioration; mais l'iris fait une très légère hernie dans la plaie.

2 mars. Le malade va mieux; mais il y a dans l'œil un état subinflammatoire qui rend la vision un peu confuse. Depuis cette époque jusqu'au 22 mars, l'œil a continué d'être un peu rouge et il s'est formé dans la pupille, près de sa marge supérieure externe qui est tirillée en haut et en dehors, une exsudation assez épaisse qui intercepte en partie la lumière. Le malade voit cependant à se conduire, mais la lecture n'est plus possible.

4 avril. Il n'y a plus d'inflammation. La vue s'est considérablement améliorée; le malade peut se conduire facilement, et j'espère que plus tard, si l'inflammation ne reparait plus, il pourra recouvrer entièrement la vue.

Cinquième observation. — Madame Rioux, âgée de soixante-sept ans, demeurant à Sèvres, rue de Ville-d'Avray. — Cataracte molle, complète à gauche, avancée à droite.

L'œil ne présente rien de particulier; il est seulement un peu volumineux; sa cornée offre de nombreuses petites taches anciennes.

Cette malade est sujette aux hémorrhagies nasales; sa santé du reste est assez bonne.

11 avril 1856. — L'extraction est pratiquée par kératotomie inférieure. Le lambeau kératique est taillé facilement jusqu'à la petite bride. A partir de là, et dès que le tranchant du couteau est un peu dirigé en arrière pour glisser sous la conjonctive, du sang commence à s'échapper en assez grande abondance de cette membrane. La chambre antérieure se remplit entièrement et bientôt la pupille et l'iris disparaissent.

Après cinq ou six minutes, pendant lesquelles l'œil est tenu fermé, le sang continuant à couler en nappe et avec assez d'abondance, le pont muqueux est divisé et la capsule ouverte au juger, en quelque sorte, en conduisant le kystitome derrière la cornée et jusqu'au centre de cette membrane. Le noyau du cristallin s'échappe avec un caillot de sang, mais la substance corticale doit être abandonnée dans la chambre postérieure pour ne pas fatiguer l'œil.

Des bandelettes sont appliquées, mais l'hémorrhagie continue

une demi-heure encore. Elle était produite par une artéριοle sous-conjonctivale qui avait été divisée tout près de la cornée.

Le surlendemain l'œil est examiné. — La plaie kérato-conjonctivale est réunie, le lambeau seulement un peu boursoufflé; il n'y a ni rougeur ni douleur. La chambre antérieure est remplie de sang, cependant on voit qu'il commence à se résorber.

Du 20 avril au 23 mai, la chambre antérieure s'est peu à peu débarrassée du sang qu'elle contenait et l'on a pu apercevoir la pupille. Cette ouverture, soumise à l'action de l'atropine, offre des adhérences nombreuses avec des débris de substance corticale forcément laissées dans l'œil. En haut et en dedans, elle est noire dans un tiers environ de son étendue et la malade commence à bien distinguer les doigts qu'on lui présente.

Si la résorption ne suffit pas pour débarrasser la pupille, on pourra enlever plus tard les restes de la cataracte avec la serrette ou la briser avec l'aiguille.

Cette observation montre qu'une énorme quantité de sang dans la chambre antérieure n'a exercé aucune influence sur la réunion du lambeau muqueux. L'œil opéré est atteint de cataracte secondaire, mais il est dans les meilleures conditions pour un prochain avenir.

20 octobre. La pupille est suffisamment débarrassée; la malade peut se conduire avec cet œil.

REMARQUES SUR LES DIFFICULTÉS QUE L'ON RENCONTRE ET LES ACCIDENTS QUE L'ON OBSERVE DANS L'EXÉCUTION DE L'OPÉRATION.

La ponction et la contre-ponction n'offrent aucun intérêt sous le rapport de ces remarques. Il en est de même du passage du couteau à travers la chambre antérieure; car nous avons étudié tous les accidents qui peuvent se manifester lorsque nous nous sommes occupé de la kératotomie en général (voy. p. 206).

Nous fixerons seulement notre attention sur la formation de la bride et la sortie du cristallin.

Formation de la bride. — Dans ce temps de l'opération, si le chirurgien ne prend pas la plus scrupuleuse attention d'incliner le tranchant du couteau en arrière, dès qu'il n'y a plus à diviser sur la cornée qu'un petit pont de 3 ou 4 millimètres, il peut arriver que la cornée soit aussitôt incisée assez brusquement, et que l'on pratique ainsi une kératotomie ordinaire avec les accidents de la