

lin. On appuie sur la partie inférieure de la cornée le manche du couteau ou mieux le dos de la curette, le cristallin ne tarde pas à s'engager entre les lèvres de la plaie scléroticale, et on aide à son expulsion en ramenant en haut l'instrument compresseur au fur et à mesure de la sortie de la lentille. Souvent quelques portions de substance corticale subsistent dans le champ pupillaire, il faut alors par de douces pressions les expulser, et même s'il y avait des fragments un peu considérables, il serait bon d'aller les chercher avec la curette.

L'opération de Von Græfe fut rapidement adoptée par la plupart des ophthalmologistes, et elle fut proclamée une admirable con-

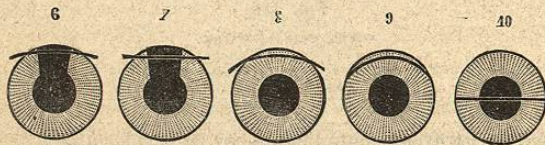


FIG. 442.

INCISION DE LA CORNÉE DANS LES PROCÉDÉS D'EXTRACTION.

6, Critchett. — 7, Warlomont. — 8, Liebreich. — 9, Lebrun. — 10, Kuchler.

quête; *seulement*, pour diminuer quelques inconvénients qu'elle présente et dont je parlerai plus loin, on se mit si bien à modifier la modification apportée par Von Græfe à l'opération de Daviel, qu'il ne resta presque plus rien de cette opération si vantée naguère; ce qui n'empêcha pas, du reste, la plupart des ophthalmologistes de lui donner encore le nom d'opération de Von Græfe.

L'extraction linéaire modifiée de Von Græfe se distingue de l'opération de Daviel par deux particularités principales : l'incision pratiquée sur la sclérotique, l'iridectomie obligatoire. Peu à peu l'incision cornéenne a remplacé l'incision sclérale. Von Wecker fait arriver la convexité de l'incision sur le sommet de la cornée. Critchett, Arlt, Liebreich la font dans la cornée même. Warlomont se rapproche plus près encore du centre, mais fait l'incision rectiligne. Tous font la ponction et la contre-ponction dans le limbe scléral de la cornée (fig. 441-442). Lebrun, de l'Institut ophthalmologique du Brabant, la fait tout entière dans la cornée; Kuchler (de Darmstadt), imité par Notta (de Lisieux), la pratique au centre même de la cornée.

Quant à l'iridectomie c'est à qui cherche à s'en passer; et parmi ceux qui l'évitent le plus possible, se place au premier rang Liebreich, lequel semble à peu près revenir au procédé de Daviel, tout en ayant la prétention de pratiquer la méthode allemande. Nous reviendrons plus loin sur ce point (voir Appréciation).

VI. — Écoulement.

On donne ce nom à une opération qui ne saurait convenir qu'aux cataractes liquides, mais qui, dans ce cas, paraît avoir été connue dès l'antiquité. Elle consiste simplement à ouvrir une issue au liquide par une ponction à la cornée et à la capsule cristalline. B. Bell dit l'avoir vu pratiquer par J.-F. Pellier; avec un couteau à cataracte, il faisait au bas de la cornée une incision qui n'atteignait pas 3 millimètres (B. Bell dit *une ligne et un cinquième de ligne*), allait avec la pointe diviser la capsule, et retirant son instrument avec précaution, laissait la cataracte s'écouler d'elle-même.

VII. — Aspiration.

L'opération de l'écoulement conduisait naturellement à l'idée de la succion. Ce nouveau moyen d'extraire la cataracte remonte à Antillus, qui paraît l'avoir transmis aux Arabes, et il a été remis en honneur par Laugier.

Procédé de Laugier. — Il se sert d'un instrument terminé comme une aiguille à cataracte, qui lui permet de traverser la sclérotique et d'abaisser au besoin le noyau dur du cristallin comme dans l'abaissement ordinaire. Mais la tige de cette aiguille est creuse, traversée par un canal qui aboutit d'une part à la concavité de l'aiguille, de l'autre à un corps de pompe qui figure le manche. Dans ce corps de pompe joue un piston qu'un ressort fait mouvoir à volonté, et dans une étendue dont le chirurgien est le maître. Un levier placé sur le manche, à la portée du pouce de la main qui tient l'aiguille, permet de faire jouer le piston sans perdre de vue l'aiguille introduite dans l'intérieur de la capsule cristalline (fig. 443).

Le procédé est des plus simples. Le chirurgien pénètre dans la capsule cristalline comme avec une aiguille ordinaire; arrivé là,

il presse sur le levier qui fait mouvoir le piston, et aspire ainsi les couches molles qui constituent tout ou partie de la cataracte. Si la première aspiration n'a pas tout extrait, une seconde pression sur le bouton fait reculer le piston davantage. Si, enfin, après l'aspiration des parties semi-liquides, il reste un noyau dur, on l'abaisse à l'ordinaire.



FIG. 443.

Aiguille à pompe de Laugier.

Bowmann a repris l'opération de Laugier et la pratique avec une pompe spéciale terminée non plus par une aiguille mais par une sorte de canule dont le bec aplati ressemble à une curette. Teale de *London ophthalmic hospital* se sert d'un simple tube de verre effilé et à l'extrémité duquel est attaché un tube de caoutchouc, l'aspiration se fait avec la bouche.

APPRÉCIATION DES DIVERSES MÉTHODES D'OPÉRATION DE LA CATARACTE.

Des cinq méthodes d'opérer la cataracte nous pouvons tout d'abord en éliminer deux : l'écoulement et la succion.

L'*écoulement* n'est qu'une variété de l'extraction linéaire simple pratiquée pour une cataracte liquide ou tout à fait molle. La *succion* ne peut être regardée que comme un procédé applicable à la cataracte liquide ; or, il est extrêmement rare d'en rencontrer d'assez liquides pour pouvoir être aspirées par un tube presque capillaire et il resterait encore la difficulté à peu près absolue de les diagnostiquer. Je ne l'ai vu pratiquer qu'une fois par Laugier, et outre qu'on ne put à peu près rien extraire, il y eut fonte purulente de l'œil.

La *discission de la capsule* n'est applicable que dans certains cas déterminés. Elle ne saurait convenir aux cataractes dures du vieillard ; elle est au contraire très-applicable aux cataractes congénitales, surtout dans l'adolescence et la jeunesse, et aux cataractes traumatiques. Lorsqu'on croit devoir y recourir, il faut éviter de faire à la capsule une très-large ouverture ; le con-

tact de l'humeur aqueuse gonfle la substance cristalline, et si ce contact était trop étendu, le gonflement pourrait amener une exagération dangereuse de la pression intra-oculaire. Il vaut mieux répéter plusieurs fois une petite opération qui n'offre par elle-même aucun danger.

L'*extraction linéaire simple* n'est aussi applicable qu'à des cataractes molles, et pour cette variété de cataractes la discission est préférable ; mais elle pourra être employée avec avantage, dans les cas où après une discission quelques fragments de la lentille ont passé ou ont de la tendance à passer dans la chambre antérieure.

Abaissement. — Nous arrivons maintenant à une question longtemps discutée et qui aujourd'hui semble résolue : faut-il préférer l'extraction à l'abaissement ? Au XVIII^e siècle l'Académie de chirurgie avait adopté l'extraction, quand, au commencement du XIX^e, Scarpa et Dupuytren, revenant à l'abaissement, le firent prévaloir, dans la pratique générale. Les élèves de Dupuytren suivirent l'exemple de leur maître : Laugier, Jobert, Velpeau ne pratiquaient guère que l'abaissement. Les ophthalmologistes allemands reprirent au contraire l'extraction, et, aujourd'hui dans toute l'Europe, l'extraction est la seule méthode employée ; tandis que l'abaissement repoussé par la généralité des chirurgiens est en quelque sorte flétri par cette épithète qu'on lui applique : c'est le *procédé des maladroits*. Il devrait donc paraître inutile de poursuivre le parallèle entre les deux méthodes, et en effet, si ce livre était destiné uniquement à des ophthalmologistes, la réponse à la question serait facile : l'abaissement doit être abandonné, car entre les mains des chirurgiens habitués à la pratique de l'ophthalmologie, il donne des résultats moins bons que l'extraction.

Mais ce n'est pas ainsi que la question doit être examinée. Ce livre s'adresse à tous, à des chirurgiens ayant à pratiquer seulement une ou deux fois peut-être par an et non plusieurs fois par semaine l'opération de la cataracte. Or, même quand il s'agit de chirurgiens auxquels ne pourrait s'appliquer l'épithète de *maladroit*, il faut bien reconnaître que l'opération de l'extraction exige une dextérité, une sûreté de main qui ne s'acquièrent et ne se conservent que par l'habitude. Une opération d'extraction, quel que soit le procédé employé, expose l'opérateur malheureux ou, si l'on veut, accidentellement malhabile, à un insuccès complet, à une perte totale de l'œil par issue de l'humeur vitrée, par inflam-

mation et suppuration de l'œil. L'opération de l'abaissement, beaucoup plus facile, n'expose guère à de pareils malheurs. L'abaissement a cet inconvénient que la présence du cristallin refoulé derrière l'iris peut amener ultérieurement une altération des membranes profondes de l'œil; le cristallin abaissé peut remonter; au contraire, quelques jours après la guérison d'une opération par extraction, toute crainte a disparu. Toutefois il y aurait exagération à établir entre les résultats amenés par la pratique des deux méthodes une différence considérable. Les statistiques comparatives récentes font défaut, puisque tous les ophthalmologistes actuels ont complètement renoncé à l'abaissement; mais Sichel père qui pratiquait les deux opérations nous a fourni dans le passé des termes de comparaison. En neuf ans, sur 234 opérations par l'abaissement et le broiement il eut 167 succès, 43 demi-succès et 24 insuccès; sur 780 opérations d'extraction il eut 616 succès, 71 demi-succès, 93 insuccès. La proportion des succès était pour les deux premières méthodes de 70 pour 100 et pour la dernière de 79. La différence, on le voit, n'est pas très-considérable, et d'ailleurs Sichel, opérateur habile et opérant presque journellement, ne pouvait avoir du fait d'une opération d'extraction mal exécutée des insuccès qu'auraient bon nombre de médecins. Ajoutons cependant que l'abaissement est resté tel qu'il était jadis, tandis que les procédés d'extraction ont reçu des modifications nombreuses qui en rendent le succès beaucoup plus constant qu'autrefois.

En résumé, si nous jugeons seulement l'opération, en faisant abstraction de l'opérateur, nous dirons que l'abaissement doit être abandonné pour l'extraction, et *pour ma part je n'ai jamais pratiqué que l'extraction*, bien qu'ayant vu tous les maîtres de ma jeunesse pratiquer, non sans succès, l'abaissement. Mais, en tenant compte de toutes les données du problème à résoudre, je dirai au praticien n'opérant que rarement la cataracte: Si, ayant quelque défiance de votre habileté manuelle, vous êtes cependant obligé par les nécessités professionnelles d'opérer un cataracté, choisissez l'abaissement plutôt que l'extraction. L'abaissement pourra ne pas rendre pour toujours la vue à votre malade; l'extraction, en cas de malheur opératoire, vous expose à la perte complète et immédiate de l'œil lui-même.

Extraction. — De tous les procédés d'extraction quel est celui qu'on doit préférer? faut-il adopter la méthode allemande qui comporte l'iridectomie, ou conserver la méthode de Daviel qui la repousse? Plusieurs questions doivent être examinées et tout d'abord celle de l'iridectomie. Vers 1864, lorsque je suivais à

Berlin la clinique de Von Græfe, l'iridectomie était faite dans le but de prévenir l'apparition des accidents inflammatoires; plus tard on se contenta d'y avoir recours pour permettre la sortie plus facile du cristallin.

L'iridectomie est une complication opératoire, elle n'offre dans beaucoup de cas que des inconvénients sans compensations, et laisse une difformité. D'une manière générale je la repousse, mais Von Græfe nous a rendu un immense service en nous montrant que cette section de l'iris n'a pas les dangers qu'on lui attribuait il y a quarante ans; si donc l'iris repoussée par le cristallin vient faire issue au dehors, si elle semble devoir s'enclaver entre les lèvres de la plaie, il ne faut pas hésiter: l'iridectomie doit être pratiquée. De même, on voit des malades chez lesquels l'atropine ne parvient pas à dilater largement la pupille; chez ceux-là on peut être assuré que le cristallin n'opérera que difficilement une dilatation mécanique de l'ouverture pupillaire; dans ces cas, il faut avant d'ouvrir la capsule pratiquer l'excision de l'iris. En un mot, l'iridectomie a ses indications dans l'opération de l'extraction, elle ne doit pas être pratiquée toujours et quand même.

Quelle doit être l'incision? L'incision sclérale de Von Græfe comme l'incision cornéenne transversale de Kuchler étant taillées suivant un des grands cercles de la sphère ont, dit-on, l'avantage de donner une ouverture aussi large que possible, ses bords s'accroissent admirablement et l'incision se referme d'elle-même. Cela est vrai au point de vue de la géométrie, et cela serait vrai aussi au point de vue de la clinique si le cristallin était un disque plat; or, le cristallin est une lentille qui passe difficilement par une longue mais étroite boutonnière dont les bords sont rigides et comme tranchants; tandis que dans l'opération de Daviel, le lambeau cornéen se soulève comme un opercule et offre au cristallin un plan incliné concave en arrière et qui s'accommode à la forme de la lentille. Ceci explique comment dans l'extraction linéaire modifiée, le cristallin se laminant en quelque sorte au travers de la fente sclérale ou scléro-cornéenne, abandonne si souvent ses couches corticales les plus périphériques, qu'il faut expulser par de légères pressions et même aller chercher quelquefois avec la curette. On ne voulait pas sembler abandonner une méthode pour laquelle on avait montré un enthousiasme presque religieux; mais tout en ayant la prétention de continuer la méthode allemande, on s'est peu à peu rapproché de la cornée et de l'incision de Daviel. Si l'incision de Daviel ou à grand lambeau est celle qui facilite le mieux la sortie du cristallin, sa grande étendue compromet trop souvent la vitalité de la cornée, le lambeau s'affronte parfois imparfaitement avec

la circonférence de la cornée, de là résultent des inconvénients sérieux. Ici encore une modification peut être utilement apportée à l'opération jadis classique. Von Græfe et avant lui Jacobson et Stœber de Strasbourg ont montré qu'on peut sans danger empiéter sur le rebord sclérotical; de telle sorte que donnant à la base de l'incision une largeur plus grande que celle que lui donnait Daviel, on peut ne pas aller jusqu'au diamètre transverse de l'œil, et l'on diminue ainsi la hauteur et l'étendue du lambeau cornéen, ce qui assure mieux sa vitalité. Pour moi, j'emploie une incision analogue à celle de Daviel (fig. 444), et elle me paraît répondre à toutes les indications. Je fais la ponction et la contre-ponction un peu en deçà de l'équateur de l'œil, en empiétant sur

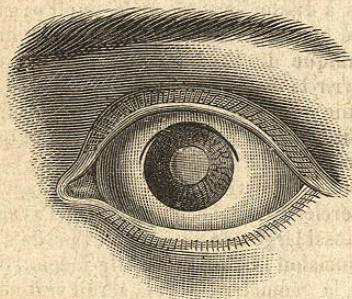


FIG. 444.

Incision de la cornée, L. Le Fort.

le bord de la sclérotique, et je pratique l'incision de manière à aboutir en haut à peu près à la circonférence extérieure de la cornée. J'évite de cette façon l'incision de la conjonctive et l'inconvénient trop fréquent de voir quelques gouttes de sang tomber dans la chambre antérieure au moment où on soulève le lambeau pour introduire le kystitome. Je ne pratique de propos délibéré et avant l'ouverture de la capsule l'iridectomie que si l'atropine n'a pu parvenir à dilater suffisamment la pupille; je la pratique de même, lorsque pendant l'opération l'iris a fait hernie ou a été accidentellement atteint par le tranchant du couteau.

Faut-il pour tailler le lambeau employer le couteau de Græfe ou le couteau triangulaire de Beer? Le couteau de Græfe se manie plus facilement, on peut mieux le diriger et en rectifier, s'il est besoin, la direction; mais il a l'inconvénient de permettre trop

facilement l'écoulement de l'humeur aqueuse et d'exposer à voir l'iris se présenter sous le tranchant. Après l'avoir employé pendant plusieurs années, je suis revenu au couteau de Beer qui me paraît préférable quand on fait l'extraction à lambeau moyen, ainsi que je conseille de le faire.

Quant au lieu où se taille le lambeau, je dirai ici ce que j'ai dit pour l'abaissement. La kératotomie supérieure est incontestablement préférable, surtout si l'on s'attend à la possibilité d'une iridectomie; mais elle est plus difficile que la kératotomie inférieure, ce sera donc parfois par des considérations personnelles que le chirurgien fera choix de l'un ou de l'autre procédé.

Je n'ai pas à m'occuper dans ce livre des pansements consécutifs à chaque opération. Je dirai cependant qu'on a laissé de côté le bandeau de soie noire toujours employé jadis. Une petite rondelle de linge fin imprégnée de vaseline, recouverte d'un petit tampon de ouate soutenu par quelques tours d'une bande de flanelle constituent tout le pansement qui doit exercer une douce pression sur l'œil. Il faut attendre au moins quarante-huit heures pour l'enlever et ne soulever la paupière qu'après trois ou quatre jours. Les idées régnantes sur l'action des ferments de l'air font employer généralement de la vaseline boriquée, je n'en vois pas l'avantage, au contraire. Panas va jusqu'à pratiquer le lavage antiseptique de la chambre antérieure, on peut deviner ce que je pense de cette complication.

VIII. — Cataractes capsulaires.

Elles étaient regardées il y a quarante ans comme fort communes, Malgaigne a fait voir qu'elles étaient d'une rareté excessive, à ce point qu'on a pu douter un instant de leur existence. Il a établi en outre qu'elles n'existaient jamais sans une opacité plus ou moins étendue du cristallin.

Lorsque la cataracte est simple, c'est-à-dire sans adhérences, quelques-uns ont conseillé de l'abaisser; mais c'était surtout à une époque où l'on ne savait pas la reconnaître, et où l'on prenait pour des cataractes capsulaires les opacités corticales de la lentille.

Je pense que la capsule altérée doit toujours être extraite, et le procédé ordinaire d'extraction conviendra dans la plupart des cas. Si, cependant, l'œil petit et enfoncé offrait une contre-indication sérieuse, Quadri appliquait alors ce qu'il appelait sa *méthode mixte*; c'est-à-dire qu'avec l'aiguille ordinaire introduite par la sclérotique, il abaissait le cristallin, tandis qu'avec une autre

aiguille formant pince et passée à travers la cornée, il allait saisir la capsule pour l'entraîner au dehors. Au lieu de cette aiguille, qui ne ferait qu'une ouverture trop étroite à la cornée, mieux



FIG. 445.
Serretelles.

vaudrait pratiquer une petite incision à cette membrane, et se servir des *serretelles* (fig. 445) pour aller saisir la capsule.

Si la capsule était adhérente à l'iris, l'opération devrait consister en une combinaison, variable selon le cas, de la pupille artificielle et de l'extraction.

IX. — Cataractes secondaires.

Ces cataractes sont de deux sortes; ou bien la capsule demeurée en place a adhéré à l'iris par des fausses membranes, ou bien les

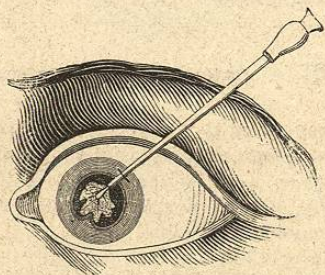


FIG. 446.

La serretelle, introduite dans la chambre antérieure, saisit et entraîne la cataracte secondaire.

débris de la capsule antérieure rétractés ont sécrété une matière analogue au cristallin; mais alors la cataracte occupe la circonférence, et laisse généralement la lumière pénétrer au centre.

Dans tous les cas, il faut extraire, soit la capsule, soit les faus-

ses membranes. On fait une petite incision à la cornée par laquelle on introduit les *serretelles*, et la capsule saisie, on cherche à l'entraîner au dehors. Si elle résistait trop fortement, on se bornerait à exciser avec des ciseaux courbes la portion attirée hors de la plaie de la cornée.

Lorsque la fausse membrane a une certaine étendue et surtout une certaine résistance, on peut se borner à la déchirer sur un

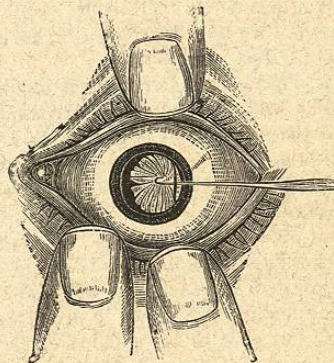


FIG. 447.

Enlèvement de la fausse membrane avec le crochet.

point avec un crochet comme pour l'opération de la pupille artificielle (fig. 447).

On a conseillé aussi d'introduire les *serretelles* par la sclérotique; mais l'opération offre ainsi moins de facilité et plus de péril.

X. — Cataracte congénitale.

La cataracte congénitale est généralement molle, quelquefois tout à fait liquide; mais en vieillissant, elle change de caractère.

Chez certains sujets, le cristallin devient dur. Selon Desmarres, cette variété se rencontre presque toujours sur des enfants de cinq à six ans. Il est plus commun de voir le cristallin amoindri par l'absorption, en même temps que les deux lames de la capsule deviennent opaques; plus tard enfin, le cristallin a disparu en entier, les deux lames de la capsule se confondent en une

seule; l'œil, privé d'action, n'acquiert pas son volume accoutumé, et la faculté visuelle finit par se perdre. Ces phénomènes sont à peu près accomplis à l'âge de douze ans. De douze à quinze ans, suivant Saunders, l'opération ne restitue guère aux malades que la sensation confuse de la lumière; de là l'urgence d'opérer de bonne heure, du premier au deuxième mois, selon Lawrence; suivant Middlemore, du sixième au dix-huitième mois. Cependant Desmarres dit avoir opéré un vieillard de soixante-douze ans, d'une cataracte congénitale de l'œil droit, et lui avoir rendu la vue. Il eût été bon de dire quel degré de vue. Du reste, l'œil gauche avait toujours été bon jusque-là.

Chez les enfants, l'œil étant extrêmement mobile, et la cornée plus épaisse et plus rapprochée de l'iris, l'extraction est contre-indiquée, du moins par le procédé ordinaire. Si l'on était sûr que la cataracte fût liquide, on pourrait essayer l'écoulement par le procédé de Pellier; Desmarres semble aussi recommander la dissection de la capsule; mais en général l'extraction linéaire simple ou le broiement offre plus de sécurité. Le manuel opératoire est le même que chez l'adulte; seulement l'enfant doit être maintenu avec plus de soin. On le couche sur une planche étroite; on l'y fixe à l'aide d'une bande roulée, qui le prend des épaules jusqu'aux pieds en serrant surtout les genoux et les coudes, pour s'opposer à tout mouvement; et on le place ainsi sur un lit ou un meuble d'une hauteur convenable.

Passé l'âge de douze ans, la cataracte étant devenue membraneuse, on l'opère comme telle, en faisant à la cornée une petite incision propre à laisser passer des serretelles, avec lesquelles on attire la cataracte au dehors.

Desmarres insiste sur la nécessité, chez les jeunes enfants, lorsque la cataracte est double, d'opérer les deux yeux dans la même séance, afin de leur rendre à la fois la même force visuelle, et d'éviter le strabisme ou la perte d'un œil pour la vision. Plus on se rapproche de la naissance, plus on a de chances d'atteindre ce but; chez les sujets de quinze mois, et à plus forte raison plus tard, on ne réussit à rendre une bonne vue qu'à un seul œil, l'autre restant toujours dévié.

Un peu plus tard, après l'opération la mieux réussie, on a à lutter contre l'habitude des enfants qui se dirigent plutôt avec le toucher qu'avec les yeux, et il faut faire l'éducation de la vue. Dupuytren avait recours à un moyen fort simple: il fixait les mains de l'enfant derrière le dos, et lui ôtant ainsi le secours d'un sens, le forçait à se servir de l'autre.

ARTICLE VI

DE LA FORMATION D'UNE PUPILLE ARTIFICIELLE

Anatomie chirurgicale. — L'iris, tendu comme un voile entre la cornée et le cristallin, est éloigné de 2 millimètres environ de la première vers son centre, et s'en rapproche jusqu'au contact à sa circonférence. En arrière, il est contigu à la capsule cristalline, en sorte qu'il est difficile de ne pas léser celle-ci, même en agissant sur l'iris par sa face antérieure, et que la lésion en est inévitable quand on agit par la face postérieure. Enfin l'iris est continu par sa grande circonférence au cercle ciliaire et aux procès ciliaires.

L'opération de la pupille artificielle se pratique lorsqu'il y a oblitération congénitale ou accidentelle de la pupille, ou encore quand l'opacité centrale de la cornée ne permet plus à la lumière de traverser la pupille naturelle. On fait alors une ouverture à l'iris, soit par une simple division, soit en le décollant à sa circonférence, soit en attirant et retenant une portion de son tissu au dehors, ce que l'on appelle *enclavement*; soit par excision.

Enfin depuis 1856 l'excision de l'iris ou iridectomie a été appliquée à la guérison d'une affection de l'œil, mal définie dans sa nature, le glaucome aigu, et elle constitue pour beaucoup d'oculististes un temps de l'opération de la cataracte.

Le sujet sur lequel doit être pratiqué la pupille artificielle est placé comme pour l'opération de la cataracte. On écarte les paupières avec l'ophthalmostat et l'œil est maintenu immobile avec les pinces fixatrices.

PREMIÈRE MÉTHODE. DIVISION DE L'IRIS OU IRIDOTOMIE. — Cheselden se servait d'une aiguille plus large que celle à cataracte, et n'ayant de tranchant que d'un côté. Il la plongeait au travers de la sclérotique, à un millimètre du rebord de la cornée transparente, lui faisait traverser presque toute la chambre postérieure; arrivé aux deux tiers et à la partie postérieure de l'iris, il retournait la pointe contre cette membrane, de façon à la couper en travers et en entamer assez, en retirant l'instrument, pour faire une incision horizontale, de laquelle il devait résulter une prunelle oblongue plus ouverte dans le milieu qu'aux deux pointes, à peu près figurée, mais à contre-sens, comme celle des chats (Morand). Sharp a modifié le procédé de Cheselden, en enfonçant l'instru-