main par une instillation d'atropine, si l'on supposait une tendance de l'iris à l'irritation. La forte contraction que nous donne le myotique garantit bien plus sûrement des attaches de l'iris avec la cornée que l'emploi de l'atropine, celle-ci, lorsqu'un œil vient d'être opéré et se trouve sous l'influence d'une certaine irritation, ne possédant, immédiatement après l'achèvement de l'opération, qu'une action incomplète, de telle façon que le bord pupillaire se trouve précisément amené derrière l'ouverture interne de la plaie.

Qu'on n'oublie pas que, en règle générale, l'action du myotique est aisément dominée par celle du mydriatique, tandis qu'au contraire un œil atropinisé subit difficilement l'influence de l'ésérine. Il en résulte que, si l'usage du myotique, pendant ou même avant l'opération, peut, sans grand préjudice, être appliqué, car, en disposant d'un aussi puissant mydriatique que la duboisine nous pouvons en quelque sorte instantanément annuler l'effet myotique, par contre, même en n'ayant eu qu'une seule fois recours, avant une opération, à l'atropine, notre ligne de conduite se trouve dès lors en quelque sorte tracée d'avance, et nous n'avons guère plus de ressources pour revenir sur cette dilatation, sinon momentanément, en évacuant l'humeur aqueuse.

4° La quatrième modification concerne le pansement qui, constamment, n'est appliqué que sur un seul œil, en faisant usage du pansement antiseptique, afin d'éloigner, autant que possible, tout danger d'infection de la plaie (Voy., pour ce pansement, *Thérap. ocul.*, p. 470).

Perfectionnements.

Les *perfectionnements* qu'on a tenté d'apporter à cette opération ont consisté à réduire l'étendue de la section et à aspirer, au moyen d'instruments particuliers, l'émulsion cristallinienne. Nous n'hésitons pas à dire que toutes ces méthodes sont mortes en voyant le jour. S'agit-il d'une véritable liquéfaction du cristallin, alors, ainsi que nous le verrons à l'occasion de la discision, une petite piqûre d'une

largeur un peu supérieure (et parfois même égale) à celle que donne l'aiguille à discision suffit pour donner issue au liquide, dont la pression intra-oculaire se charge de débarrasser l'œil lorsque simplement par un léger massage on entrebâille quelque peu cette étroite ouverture. Donc, dans ce cas, tout perfectionnement est inutile.

Doit-on rencontrer des masses corticales un peu plus consistantes, mais encore susceptibles de sortir par une section qui a peu de tendance à l'entre-bâillement? Il est infiniment préférable de donner à cette section une étendue suffisante que de la réduire et d'ajouter à l'opération un élément d'irritation considérable, ainsi que le produit inévitablement toute action d'aspiration exercée sur un œil, alors que, par la détente de la pression, les vaisseaux se trouvent déjà fortement congestionnés. Telles sont les raisons pour lesquelles ces aspirations doivent être bannies des procédés opératoires, à moins qu'on ne trouve le moyen de contrebalancer l'effet de l'aspiration (ainsi qu'on l'a tenté en injectant un liquide en volume égal à celui soustrait de l'œil).

Aspirateurs.

Parmi les *aspirateurs*, l'instrument le plus simple est incontestablement la curette creuse de M. *Teale*, aboutissant à un petit tuyau de caoutchouc dont l'extrémité est placée dans la bouche, de façon à permettre l'aspiration des masses cristalliniennes, qui entrent dans la canule de la curette, lorsqu'elles sont suffisamment liquides. Ce très-simple et peu coûteux appareil dispense de tout autre aspirateur, tels que celui de *Laugier* se terminant par une aiguille creuse, le mien, ayant à me reprocher d'en avoir fait un basé sur le principe de l'aspiration des compte-gouttes, enfin la dispendieuse pompe de *Bowman*. De très-violentes irido-choroïdites peuvent suivre ces tentatives d'aspiration, tandis qu'il faut noter que ni l'étendue un peu exagérée de la section, ni la rétention d'une certaine quantité de masses cristalliniennes, ne sont capables d'entraîner un danger pour l'œil.

TROISIÈME LEÇON

EXTRACTION LINÉAIRE COMBINÉE.

J'ai déjà, par quelques mots, touché à la manière dont le procédé de *de Graefe*, l'extraction linéaire combinée, avait pris naissance. Si maintenant nous nous demandons ce qu'il est resté de ce procédé, ce qui a surnagé après les modifications successives qu'a subies cette méthode opératoire, on reconnaîtra qu'il n'existe plus du procédé primitif que le couteau. A mon début dans l'emploi de ce mode d'opération, ce qui m'avait tout d'abord frappé, c'étaient les avantages qui résultaient du maniement de cet instrument étroit, permettant un changement dans la direction et l'emplacement de la section pendant sa conduction même, mais je ne pensais pas que le temps justifierait aussi amplement ma première appréciation publiée il y a près de dix ans. Actuellement je pourrais ajouter sans crainte d'être contredit que ceux qui prétendent opérer d'après la méthode de *de Graefe* n'ont conservé de celle-ci que le couteau.

Combien n'est-il pas instructif de voir comment un talent aussi éminent que *de Graefe* s'illusionnait sur la véritable portée des progrès qu'il avait imprimés à une opération aussi capitale que l'extraction de la cataracte, et jusqu'à quel point il se trompait sur ce qu'il regardait comme la pierre angulaire de sa méthode !

Voici ce que *de Graefe* m'écrivait il y a à peine dix ans sous le sceau de la discrétion amicale, que je ne pense pas violer aujourd'hui, car, le nom de *de Graefe* appartenant à l'histoire de notre science, sa mémoire, à nous tous si précieuse, n'en saurait être actuellement offensée :

« Vous me demandez une appréciation franche de l'exposé

des diverses méthodes opératoires rapportées dans votre ouvrage[1]. Je puis avec toute conviction dire que, dans l'ensemble, je partage vos opinions, et que mes restrictions ne se rapportent qu'à des détails. Ainsi vous me paraissez toujours craindre encore, pour les cataractes dures, l'emploi de la section linéaire (c'est au moins ce que je crois avoir pu lire entre les lignes). Je puis vous assurer qu'aucune forme de cataracte ne se prête mieux à ce mode opératoire que celle-ci, et cela même si elle présente une épaisseur considérable de 4 millimètres et plus. Je désirerais presque que ce volume maximum, ou cette forme de cataracte cohérente, se rencontrât le plus souvent. Si l'on pouvait regarder certaines variétés de cataracte comme moins aptes à ce genre d'opération, ce seraient les cataractes demi-molles ou visqueuses, telles qu'on les rencontre (sans structure striée bien accusée) principalement à un âge moyen. Ici les masses corticales se détachent facilement et une évacuation complète peut rencontrer alors quelques difficultés. Pourtant pareilles cataractes présentent ces inconvénients à un même degré, quelque méthode que l'on emploie, et encore puis-je dire qu'il m'est toujours plus aisé d'enlever ultérieurement les masses corticales avec la section actuelle que je ne pouvais le faire autrefois avec la section à lambeau.

« Outre cela vous me parlez toujours encore un peu trop de la sortie du corps vitré, que vous ne rencontrez, grâce à un exercice croissant, qu'*excessivement rarement*. Mes statistiques actuelles seraient sous ce rapport encore bien plus favorables que celles que j'ai publiées naguère. Quoiqu'il se pratique ici, pendant l'hiver, de 20 à 30 extractions de cataracte par mois, en été, de 40 à 60, il se passe en général de deux à trois mois avant que l'on ne rencontre un pareil accident, à moins qu'il ne s'agisse de cas où la nature de la cataracte (luxation primitive du cristallin, cataractes extra-

(1) La deuxième édition de mon « *Traité des maladies des yeux* », 1867-69.