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.

mûres avec opacités capsulaires que l'on tente d'enlever, etc.) rendait déjà probable avant l'opération l'issue du corps vitré. Il n'existe certainement pas une méthode[1] où la perte du corps vitré soit *plus rare*, si du moins on se propose d'évacuer avec tout le soin possible les masses corticales.

« Mais ce sont là des détails qui n'ont que faire avec le tableau d'ensemble que donne votre description. Ceci résume donc ce que j'avais à vous dire sur l'article que renferme votre ouvrage relativement à l'opération.

« Comme vous me demandez une franchise absolue, ce que je réclamerai également de votre amitié, je dois vous avouer que je ne suis pas tout à fait aussi satisfait de la manière dont vous avez présenté ce sujet dans les « Annales ». A mon avis, vous traitez un peu trop rapidement, et à la légère, le point capital de la hauteur du lambeau, d'où la méthode, à proprement parler, prit son point de départ. « Complétement linéaire, dites-vous, cette section ne peut « pas l'être, il s'agit donc toujours d'une section à faible lam- « beau, etc. Ce qu'il y a de véritablement nouveau, c'est la « forme du couteau, » etc.

« La hauteur de la section, c'est là toute la procédure (die ganze Procedur). Elle acquiert la même importance, comme partie intégrante de l'opération, que l'étendue de la section ; et autant nous jugeons qu'une section de 1''' est moins blessante qu'une de 5''', autant nous pensons aussi qu'il y a une énorme différence entre une hauteur de lambeau de 1 millimètre ou de 5 millimètres. C'est de la réduction de cette hauteur que dépendent la promptitude de la

(1) Vous, messieurs, qui suivez cette clinique avec assiduité, vous êtes à même de confirmer que nous pouvous tenir absolument le même langage pour cet établissement, placé sous le rapport du nombre des opérations dans des conditions analogues à celles de l'ancienne clinique de *de Graefe*. Ainsi, il a été pratiqué du 1er octobre au 31 novembre 1878, aussi bien pour des cataractes simples que compliquées, 63 opérations, et vous n'avez vu se produire qu'une seule fois, après la terminaison de l'opération, une perte insignifiante de corps vitré, et pourtant nous sommes loin d'exécuter la section linéaire.

guérison, la possibilité de se servir d'écarteur et de pince à fixation pendant toute la durée de l'opération, la facilité d'opérer également bien en haut (ce qui sans fixation n'est pas exécutable avec sûreté), la liberté relative qu'on peut laisser à l'opéré, etc.[1]. Je crois que la linéarité (approximative) de la plaie reste toujours encore la chose essentielle de la méthode actuelle, et que l'on ne saurait pas plus ranger la section que j'exécute dans les sections à lambeau de faible hauteur, qu'on ne l'a antérieurement fait pour les incisions de l'iridectomie exécutées avec le couteau lancéolaire.

« La hauteur du lambeau (peut-être le dessin quelque peu inexact de mon travail en est-il la cause) a été exagérée par la plupart. Vous trouverez probablement dans le troisième fascicule des Archives une série de dessins relatifs à la section ; ici la hauteur dépasse ordinairement à peine $\frac{2}{3}$ à $\frac{3}{4}$ de millimètre, mais jamais un millimètre, ce qui, sur une section de 10 à 10^{mm},5, est assez insignifiant. Je m'appesantis surtout sur ce point parce que, à mon avis, ce que la nouvelle méthode offre de neuf, c'est qu'elle représente la conclusion d'études qui me sont *propres*, aidées, sous bien des rapports, par d'autres travaux, sans que, pour cela, elles cessent de m'appartenir. Ces études avaient pour but la réduction de la hauteur du lambeau, pour principe la recherche d'une linéarité aussi grande que possible, tout en donnant à la section les dimensions nécessaires pour une sortie facile du cristallin. Ces recherches m'engageaient à me rapprocher de la périphérie, parce que, pour la réalisa-

(1) Que doivent penser de cette revendication d'avantages qui, suivant *de Graefe*, devaient être le privilége exclusif des sections linéaires, ceux qui, comme vous, messieurs, me voient pratiquer des lambeaux de trois millimètres, tout en exécutant la section en haut, en conservant l'écarteur et la fixation jusqu'après la sortie du cristallin, et n'ayant à peine que 1 à 2 pour 100 de pertes du corps vitré ? Et n'ai-je pas raison de dire que les sections à lambeau de 2, 3 et 4 millimètres de hauteur, n'ont, de l'aveu même de *de Graefe*, ainsi que la lecture de cette lettre vous le prouve, plus rien de commun avec son procédé ?

tion de ces principes, on ne trouve les conditions géométriques nécessaires que dans le bord sclérotical (scleralbord). La pensée qu'en ce point, pour des raisons anatomiques, la cicatrisation s'obtiendrait plus aisément, était loin de moi : aussi n'a-t-elle, *historiquement*, contribué en rien à la technique de l'opération. Mais je ne me suis pas moins réjoui de ce que cette idée que *Jacobson* a poursuivie avec tant de mérite ait été, dans la méthode actuelle, respectée et représentée.

« Je ne doute pas non plus que l'on aurait pu arriver par un autre chemin à la nouvelle méthode (que *Jacobson* a lui-même adoptée, ainsi que vous pouvez le voir dans les Archives), et vous lirez probablement bientôt un petit travail de moi sur ce sujet. Mais l'*histoire* ne demande pas comment on aurait pu arriver à une chose, mais bien comment on y est arrivé, et, sous ce rapport, je dois toujours placer en première ligne la poursuite stricte du principe de la linéarité. L'emplacement périphérique était la conséquence forcée du *postulatum* géométrique, l'*iridectomie* la condition *sine quâ non*, en partie à cause de la contusion inévitable de l'iris, en partie aussi parce que la guérison impliquait d'autant plus forcément un prolapsus iridien que la plaie occupait un emplacement plus *périphérique*.

« Aussi ce que vous dites de *Jacobson* dans les « Annales, » je ne voudrais pas le souscrire. Vous vous rappelez peut-être encore combien tout le public de l'ophthalmologie fut saisi d'étonnement lorsque l'opuscule de *Jacobson* apparut. Chacun se demandait : Qu'y a-t-il donc de nouveau dans ceci ? C'était là un véritable tort ; et je crois avoir fait ressortir, et en quelque sorte permis de pénétrer le *très-grand mérite* de *Jacobson*, à une époque où l'on était enclin à le méconnaître. Ce mérite consistait, à mon avis, non dans l'application de l'idée que j'ai donnée de combiner l'iridectomie avec l'extraction, mais il résidait essentiellement dans le principe de l'emplacement périphérique de la plaie

(celle-ci étant encore au début exactement placée dans la cornée, mais empiétant ensuite sur le bord sclérotical).

« La combinaison de l'iridectomie avec l'extraction afin de prévenir, dans certains cas, le prolapsus de l'iris, était déjà connue des anciens ophthalmologistes, mais, comme méthode propre à réduire les dangers de l'extraction, elle n'a complétement pris droit de cité que depuis que j'ai démontré l'action antiphlogistique de l'iridectomie. Il doit vous être suffisamment connu que moi-même, ainsi que ceux qui partagent mes opinions, nous avons fait l'iridectomie chaque fois que de ce côté se présentaient des dangers. La généralisation absolue de cette combinaison, si l'on voulait l'envisager comme un progrès, ne pourrait donc par conséquent être attribuée qu'à *Mooren*.

« Moi-même, je ne voulais pas adopter cette combinaison, suivant l'exposé qu'en a donné *Mooren*, précisément parce qu'elle nous prive du principal avantage de l'extraction à lambeau (et pourtant elle ne peut être aujourd'hui défendue qu'à ce point de vue), celle-ci, contrairement à l'extraction linéaire, réussissant à nous procurer une pupille ronde. C'est pour cela que je ne crois pas qu'on ait raison de regarder *Jacobson* comme celui qui a principalement contribué à faire accepter la combinaison de l'iridectomie.

« Je vous prie instamment de ne pas vouloir me mal comprendre ; outre que *Jacobson* est un de mes meilleurs amis, auquel je préférerais donner plutôt que de retirer quelque chose, j'ajoute que je trouve son mérite *énorme*, mais je pense que chacun n'a qu'à gagner, si on place sa valeur là où elle existe en réalité. La combinaison de l'iridectomie avec l'extraction, soit en règle générale, ou par voie d'indication, soit avant ou simultanément, avait suffisamment été discutée et exécutée pendant un lustre, lorsqu'arriva la méthode de *Jacobson*.

« Méditez encore ce sujet, afin de reconnaître si j'ai raison, et regardez cet exposé de mes opinions (et pour cela je

m'adresse à votre discrétion) comme entièrement *confidentiel*. Je ne ferai jamais pénétrer quelque chose dans le domaine public qui puisse ressembler le moins du monde à une réclamation de mes droits, mais vis-à-vis de mes amis je suis toujours prêt à dire, avec toute confiance, si je pense qu'on me juge bien ou qu'on me fait tort.

« Encore une autre considération m'engage à attirer votre attention, ce sont les égards que l'on doit conserver pour *Critchett* et *Bowman*, dont les méthodes, quelque abandonnées qu'elles soient maintenant, ont pourtant eu, en ce qui regarde le procédé actuel, des mérites considérables, qu'elles sont appelées à conserver. Il est vrai que, si on oublie le côté historique, il ne leur reste aujourd'hui plus rien, car on n'élargit plus maintenant les sections avec les ciseaux et on n'emploie pas davantage les curettes. »

Qui voudrait contredire, messieurs, les arguments si concluants qu'expose *de Graefe* dans cette lettre, où il rend justice à tous ceux qui ont tâché de perfectionner dans ces derniers temps l'extraction de la cataracte? Mais, vous le voyez, *de Graefe* revendique en définitive comme la chose essentielle de sa méthode la linéarité presque complète de la section, qu'il a repoussée dans la région de la jonction scléro-cornéenne, afin de remplir les conditions géométriques nécessaires à l'exécution d'une pareille section.

Ce que je soutiens, c'est qu'en publiant, comme le fait, par exemple, chaque année M. *Cohn* [1], une compulsion de nombreuses statistiques, et en rangeant toutes les opérations exécutées d'après un procédé combiné, avec un lambeau de hauteur variable, comme appartenant à la méthode de *de Graefe*, on commet à la fois une erreur et une injustice. Qui conserve encore ce maximum de linéarité de la section, qui repousse encore, à cause de considérations géométriques, la section dans la région avoisinant la cornée?

1. Voyez les derniers « *Jahresberichte* » de Nagel.

Qui, enfin, tient actuellement compte de ce que *de Graefe* a revendiqué, jusque dans les derniers temps de sa vie, comme ce qu'il avait apporté d'original à l'extraction de la cataracte?

Car, même pour ce qui concernait l'avenir de son opération, cet illustre maître se berçait d'une étrange illusion lorsqu'il traçait, dans son dernier travail, les lignes suivantes : « Autant je suis convaincu que la culture de l'opération de la cataracte n'a pas dit son dernier mot avec la forme de section que je prône, autant je pense pouvoir affirmer que les perfectionnements futurs prendront une direction tout autre que la *réintroduction d'une plus grande hauteur de section*, celle-ci me paraissant, à n'en pas douter, un retour à de fâcheux errements. »

De quel droit donc considérerait-on les extractions à faible lambeau comme devant être rangées avec le procédé qui porte le nom de *de Graefe*, si celui-ci même les repousse avec un pareil dédain, et ne veut qu'on regarde comme appartenant à sa méthode que les opérations dans lesquelles le *maximum de linéarité* a été maintenu? Et pourtant, jusqu'à présent, on continue à mépriser la volonté de *de Graefe*, car presque tous les praticiens ont reconnu qu'il était dangereux d'accepter cette tendance vers le maximum de linéarité, et de repousser, pour l'obtenir, les sections au voisinage de la région ciliaire. Tous ont plus ou moins complétement abandonné ce principe, et sont, suivant *de Graefe*, « retournés à de fâcheux errements. »

Voulez-vous me permettre, messieurs, avant de vous exposer comment s'exécute le procédé de *de Graefe*, en faisant ressortir ce qu'il présente d'original, de vous donner mon opinion sur ce que je pense moi-même, relativement au chemin que prendront à l'avenir ceux qui s'efforceront de perfectionner l'extraction de la cataracte? Est-ce vers le maximum de linéarité, comme l'entendait *de Graefe*, que les tentatives seront dirigées? Certainement non, car, précisé-

ment, les conditions géométriques opposent ici une barrière infranchissable à un opérateur prudent. Poursuivra-t-on cet idéal de linéarité en transportant la section dans la cornée? on peut répondre avec autant d'assurance que non, car, dans ce cas, des considérations à la fois mécaniques et optiques s'y refusent absolument. Enfin s'adonnera-t-on à la recherche d'une forme de couteau qui, d'après un calcul exact de l'étendue de la section fournie par celui-ci, permettra de faire une plaie précisément égale aux dimensions du cristallin, alors que ce dernier se montre fort variable dans son volume, et très-susceptible de se dévier de la position qu'il devrait cependant conserver d'une façon immuable pour le maintien d'une pareille équivalence mathématique? Soyez convaincus qu'on fera justice de telles prétentions aussi excessives, auxquelles, d'ailleurs, le bon sens pratique a déjà depuis longtemps refusé de croire.

L'expérience de cent trente années a pleinement confirmé que plus le cristallin sort aisément, et la plaie se coapte d'une façon exacte après sa sortie complète, plus aussi la guérison est prompte et le résultat brillant. Est-ce que de pareils faits, ainsi démontrés, ne nous indiquent pas clairement dans quelle direction se trouve le chemin qu'il faut suivre? Nous devons rechercher le maximum d'ouverture de la section, à la condition de ne pas faire naître d'incertitude dans l'exécution, ni, par suite, de dangers pendant l'opération même, nous permettant en outre de ne pas renoncer aux très-grands avantages des écarteurs et des instruments destinés à la fixation, et ne portant pas surtout préjudice à la coaptation exacte de la plaie, l'opération terminée. Je me trouve ici, vous le voyez, messieurs, en opposition formelle avec ceux dont l'idéal de l'opération est d'arriver à une étendue minime de la section, fournissant encore tout juste l'entrebâillement suffisant pour une sortie des noyaux cristalliniens, sans que la plaie se trouve par trop brutalisée.

Plus on arrivera à trouver les moyens de nous assurer encore une meilleure coaptation de la plaie et de nous garantir d'une infection ultérieure de ses lèvres, moins aussi on marchandera l'étendue de la section. Car, si l'opérateur, quelque habile qu'il soit, se trouvait dans l'obligation d'agir avec réserve, c'est que la terminaison par suppuration d'un lambeau trop grand et non très-exactement appliqué pouvait ternir singulièrement l'éclat d'une brillante opération, alors qu'un opérateur timide, obligeant une cataracte à s'échapper à travers une étroite ouverture, s'exposait moins à ce danger médiat, tout en n'obtenant souvent que de lentes guérisons et des succès incomplets.

Pour ma part, je suis donc convaincu qu'on abandonnera absolument le principe de la linéarité des sections, malgré les idées de *de Graefe* à cet égard; je suis persuadé que jamais on ne retournera aux vastes lambeaux que *Jacobson* plaçait en dehors de la limite transparente de la cornée, et je regarde comme certain qu'on généralisera de plus en plus les sections à lambeaux de diverses hauteurs (suivant qu'on désirera pratiquer une opération simple ou combinée) qui, tombant exactement dans la jonction scléro-cornéenne, jouissent d'une merveilleuse faculté de coaptation, dès que l'on ne pousse pas la hauteur du lambeau jusqu'à celle des sections des anciens opérateurs.

Permettez-moi encore une réflexion, que je hasarderai dans le but de sauvegarder les intérêts des malades. Devrons-nous donc indéfiniment faire des tentatives pour créer de nouvelles méthodes? Et peut-on regarder comme permis qu'une nouvelle génération d'opérateurs, dédaignant l'expérience des hommes les plus compétents en cette matière, veuillent se former un jugement qui leur soit propre? Cette indépendance d'esprit ne serait certainement pas à blâmer, s'il n'en devait rien coûter aux malades. Ainsi, comparez, par exemple, les résultats que d'habiles opérateurs ont obtenus avec le procédé classique de *Daviel*, et ceux que les sta-

tistiques de *Morphields Hospital* ont donné, à l'époque où l'on se livrait à des extractions à l'aide d'instruments à traction, maniés cependant par des mains d'une dextérité notoire. Compulsez ces chiffres, et vous ne pourrez contester qu'un certain nombre, malheureusement assez important, de malades, ont dû payer par la perte d'un œil cette tentative éphémère de perfectionnement. Je ne cite que ce seul exemple, qui est irrécusable, mais on pourrait trouver de semblables faits ailleurs.

Si j'ai insisté aussi longuement sur les diverses phases parcourues par l'extraction, c'est pour vous faire bien comprendre qu'il ne vous sera pas plus possible de reprendre des essais dans une direction que l'histoire de notre art a amplement démontrée comme dangereuse, qu'il ne nous sera permis de négliger l'expérience d'hommes consciencieux et compétents, qui n'ont eu d'autre but que de poursuivre la vérité au profit de tous.

Exécution du procédé de de Graefe.

Voici comment on procède à l'exécution de l'opération classique de *de Graefe :* les instruments nécessaires sont, outre l'écarteur et les pinces à fixation, ainsi que son couteau bien connu, deux pinces à pupille, dont l'une, droite et courte, sert lorsque l'iris fait prolapsus, et dont l'autre, plus longue et courbe, est réservée pour le cas où il faut attirer ce diaphragme en dehors de la plaie. Enfin il faut encore avoir à sa disposition une paire de ciseaux coudés, un kystitome et une curette de caoutchouc.

Comme *premier temps* de l'opération figure l'exécution de la section, qu'on pratique, après avoir placé l'écarteur à ressort, et fixé avec beaucoup de soin l'œil en saisissant, avec la pince, la conjonctive et le tissu sous-conjonctival, exactement au-dessous du diamètre vertical et près du bord inférieur de la cornée.

On pénètre avec la pointe du couteau à 1,5 millimètre en dehors du bord supéro-externe de la cornée, en un point assez difficile à déterminer, et que, par conséquent, *de*

Graefe préférait représenter par un dessin (fig. 4, A). Suivant *de Arlt*, ce point serait situé à 2 millimètres au-dessous de la tangente passant par le sommet de la base de la cornée. Arrivé dans la chambre antérieure, le tranchant du couteau étant dirigé en haut et son bord mousse exactement en bas, on ramène la pointe du couteau, non pas directement vers la tempe, mais, afin de se faire un jugement exact sur la longueur à donner à la section, et aussi pour obtenir du côté de la membrane de Descemet une plus grande ouverture de la plaie, on conduit la pointe dans la direction du centre de la pupille, jusqu'à ce que le couteau ait pénétré de 7 à 8 millimètres dans la chambre antérieure (vers C, fig. 4). C'est alors qu'on donne à l'instrument une direction horizontale, et, après avoir vu disparaître, derrière le bord interne de la cornée, sa pointe, on fait ressortir celle-ci en un endroit symétriquement placé à la ponction, en dehors du bord cornéen interne (en B, fig. 4).

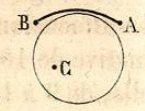

Fig. 4.

La contre-ponction bien exactement exécutée (en corrigeant instantanément, avant d'enfoncer le couteau, ce que son emplacement pouvait présenter de défectueux), on donne au tranchant de l'instrument une direction telle qu'en poussant le couteau la sclérotique se trouve coupée vers un point placé *dans* le sommet de la base cornéenne, ou *un peu au-dessus*. Lorsque le tranchant a traversé la sclérotique, on détache un lambeau conjonctival de 2 millimètres de hauteur, en dirigeant davantage la lame en avant, et en inclinant fortement le manche vers la tempe.

J'attire en passant votre attention, messieurs, sur la difficulté que l'on éprouve, sans dessin, à bien définir l'emplacement de cette section, dont la lèvre externe court entièrement dans la sclérotique, et la lèvre interne dans un tissu appartenant encore à la cornée. Une grande partie de cette section traverse forcément le tissu trabéculaire situé autour du canal de Schlemm ; lorsqu'elle n'intéresse pas celui-ci

même, elle doit de toute nécessité atteindre une région très-riche en veines : aussi la plaie saigne-t-elle souvent abondamment.

La longueur de cette section varie évidemment suivant les dimensions de la cornée, et présente une étendue approximative de 10 à 10,5 millimètres, l'ouverture interne offrant, elle, de 9 à 10 millimètres.

L'excision de l'iris constitue le *deuxième temps* de l'opération. Après avoir confié à l'aide la pince à fixation, on renverse avec les pinces droites le lambeau conjonctival, afin de mettre à nu le prolapsus de l'iris. On saisit alors l'iris près de la lèvre externe de la plaie, on l'attire en haut et en avant, et on l'incise dans l'angle de la section suivant une direction radiaire allant du bord pupillaire à l'insertion ciliaire. En évitant d'arracher par dialyse cette insertion, on la détache par un ou deux coups de ciseaux. Enfin on termine l'excision par un dernier coup de ciseaux absolument dirigé comme le premier, le prolapsus étant pendant toute la durée de ce temps attiré en avant. Ordinairement trois coups de ciseaux suffisent pour enlever la hernie de l'iris, qui a le plus souvent fait prolapsus dans toute la longueur de la plaie, attendu qu'avant de procéder à son excision, on a été forcé d'étancher le sang fourni par la plaie, manœuvre ayant pour effet de faire saillir encore davantage l'iris hors de la section.

Dans le *troisième temps* on se propose d'ouvrir la capsule, ce qu'on ne peut dans beaucoup de cas exécuter qu'après avoir chassé de la chambre antérieure le sang qu'elle contient, à l'aide d'une douce pression exercée de bas en haut avec la curette de caoutchouc.

Ce temps, ainsi que le *quatrième*, qui se rapporte à l'expulsion du cristallin, au moyen d'une pression avec la curette de caoutchouc sur le bord inférieur de la cornée, dans le but d'amener un entrebâillement de la plaie et de faire remonter, par une sorte de soulèvement, le cristallin, ne

sont pas particuliers à ce procédé et ont été exécutés de la même façon antérieurement. Comme ils sont toujours en vigueur, nous nous réservons de les décrire avec les extractions à faible lambeau qui feront le sujet de la leçon suivante.

QUATRIÈME LEÇON

EXTRACTIONS A LAMBEAU PÉRIPHÉRIQUE SIMPLE ET COMBINÉE (PROCÉDÉS DE L'AUTEUR).

Pour vous faire mieux saisir la différence qui existe entre nos procédés actuels d'extraction à lambeau et ceux qui ont été usités antérieurement, et pour vous rendre en quelque sorte palpables les progrès qui ont été incontestablement réalisés, il sera nécessaire que je vous expose avec détails les diverses méthodes opératoires usuelles auxquelles on a eu recours depuis le commencement de ce siècle; et pour cela j'emprunterai mes descriptions aux opérateurs qui ont joui de la plus haute réputation.

Historique. Au début du siècle, c'est incontestablement *Beer* qui occupe la position la plus élevée ; il brillait en même temps par une clarté et une netteté rares dans l'exposition : aussi est-ce à sa description que nous aurons recours. Nous vous ferons ensuite connaître la façon dont taillaient le lambeau cornéen *de Arlt* et *Desmarres*, qui, le premier en Autriche, le second en France, s'étaient acquis, une trentaine d'années après, une égale renommée. Vient alors une courte période de transition inaugurée par *Jacobson*, dans laquelle une partie des opérateurs ne sectionnent plus, à proprement parler, le lambeau dans le tissu transparent de la cornée, mais en dehors de cette membrane. Enfin, après avoir poursuivi l'idéal de la linéarité de la section recherchée par *de Graefe*, on arrive à former des lambeaux de hauteur variée