avons empruntés aux extractions linéaires pour en doter les sections périphériques à lambeau de hauteur peu élevée. On appréciera à sa valeur ce progrès, si l'on se souvient que, lorsqu'on exécutait les anciens lambeaux comprenant la moitié de la cornée, avec un couteau de largeur équivalente, la marche de celui-ci était en quelque sorte fatalement déterminée, dès que sa pointe était engagée dans la cornée ; en outre, la rapidité qu'on devait donner à l'exécution de l'opération, sur un œil mal fixé et qu'on allait ouvrir très largement, créait une incertitude que même le plus habile était impuissant à dissiper complétement.

Si je fais mes efforts pour vous faire bien saisir tout le bénéfice que l'on peut tirer de l'assurance et de la tranquillité que nous procure l'emploi du couteau de *de Graefe*, sur un œil bien fixé et largement mis à jour au moyen de l'écarteur (qui empêche l'opérateur d'être à la merci d'un aide), je ne voudrais pas non plus que vous renonciez bénévolement à l'avantage, que présentaient les anciennes sections à lambeau, de pouvoir être exécutées par un mouvement du couteau dans un seul sens, ou par un unique va-et-vient de l'instrument.

Rappelez-vous que j'ai insisté sur ce que les bonnes et rapides guérisons sont impliquées par la greffe, qui est d'autant plus favorisée que la coaptation est aussi plus exacte. Incontestablement les sections qui sont faites d'un seul trait se trouvent sous ce rapport les mieux partagées, tandis que les sections en escalier, qui résultent d'un mouvement de scie imprimé au couteau, se coaptent bien moins exactement. C'est pourquoi je recommande, dès que la contre-ponction a été fixée avec tout le soin possible, de façon à arrêter avec précision l'étendue de la section, d'achever le lambeau d'un trait par une très rapide introduction du couteau, ou au moins de terminer la section, si une portion très restreinte de son étendue a échappé au tranchant, par le simple retrait de l'instrument. Vous pouvez avec l'étroit couteau, si

vous savez en renverser habilement le manche vers la tempe, obtenir les mêmes avantages qu'avec les anciens couteaux, car le nouvel instrument a gagné en longueur ce qu'il a perdu en largeur. Les sections pratiquées en sciant par un mouvement répété de va-et-vient, comme les exécutaient ceux qui sacrifiaient tout à la linéarité, doivent être abandonnées, afin de ne pas se priver sans raison des bonnes qualités de la section à lambeau.

Deuxième temps. La pince à fixation ayant été confiée à l'aide qui s'assure tout d'abord d'un point d'appui sur la joue de l'opéré, je saisis, au moyen des pinces courbes, si l'iris n'a pas fait hernie, un petit pli iridien, et, l'attirant au dehors, j'excise d'un seul coup des pinces-ciseaux donné au voisinage des pinces à pupille un étroit lambeau de l'iris, en me gardant d'aller jusqu'à la périphérie de cette membrane. Au contraire, si l'iris a fait dans la plaie un large prolapsus (montrant ainsi une tension plus accusée de l'œil), ou si la nature de la cataracte (sa non-maturité) me laisse présumer une évacuation un peu plus laborieuse des masses corticales, alors je saisis un pli central de l'iris, avec les pinces droites lorsque cette membrane se présente dans la plaie, et je l'excise par deux coups de pinces-ciseaux, voisins l'un de l'autre et dirigés en sens radié, mais sans aller jusqu'à la périphérie de l'iris.

Troisième temps. Je reprends la pince à fixation de la main de l'aide, et celui-ci, de son côté, soulève l'écarteur. Alors, sans m'inquiéter en rien si le restant de l'iris est rentré ou non dans la chambre antérieure, délivré, d'ailleurs, du gênant écoulement de sang, qu'offraient autrefois les larges excisions de l'iris, je procède à l'incision de la capsule. Pour cela, j'exécute une ou plusieurs tractions avec le kystitome, celui-ci ayant été conduit d'abord à plat vers le bord pupillaire inférieur, puis renversé d'un quart de rotation, de façon que le tranchant de l'instrument se trouve dirigé vers la capsule.

Il ne faut pas oublier que la première implantation du kystitome et la traction qui lui est ensuite imprimée ont pour effet de former un lambeau triangulaire de la capsule, que les mouvements ultérieurs de l'instrument ramènent, en l'agrandissant, vers la plaie. Si, avant de retirer le kystitome, je fais un simulacre d'incision transversale, c'est dans le but d'agrandir encore ce lambeau capsulaire et de le renverser latéralement, afin de rendre plus aisée la sortie de la cataracte. (Quant à l'ouverture de la cristalloïde par une seule incision périphérique, il en sera parlé ailleurs.)

Quatrième temps. Il suffit d'une très légère pression sur le bord inférieur de la cornée, et d'un refoulement de bas en haut à peine sensible exécuté avec la spatule, pour déterminer la sortie du cristallin. Si le lambeau de 3 millimètres a été très exactement taillé, les cataractes les plus épaisses et les plus résistantes sortent avec une extrême facilité, sans qu'il soit besoin d'autre chose qu'une très douce pression ; et vous avez pu entendre, messieurs, combien de fois des opérateurs expérimentés qui assistaient aux extractions pratiquées par ce procédé exprimaient leur étonnement sur cette sortie aisée du cristallin, comparativement à ce qui arrivait avec les sections linéaires. En outre les cataractes, avec une pareille section, sortent très souvent en bloc, et les nettoyages pénibles et prolongés qu'on devait si fréquemment faire autrefois sont devenus bien plus rares. En résumé, l'opération a beaucoup perdu de ce qu'elle paraissait avoir de laborieux et d'artificiel du temps où la section de *de Graefe* était en vogue.

Cinquième temps. Immédiatement après la sortie de la cataracte, je retire la pince à fixation et l'écarteur, et j'instille une goutte d'une solution d'ésérine (5 centig. pour 10). Après avoir passé sur les paupières une éponge trempée dans une très faible solution d'acide carbolique (1 pour 1000), je refoule au moyen de la paupière inférieure, en faisant regarder l'opéré en bas, les masses corticales qui auraient

pu rester dans l'œil, hors de la plaie, et je répète à plusieurs reprises ce massage, si la pupille n'apparaît pas absolument noire.

Ce résultat obtenu, je me préoccupe encore de deux choses : tout d'abord, il faut que l'iris ait repris exactement son emplacement normal, et en second lieu que la pupille affecte, suivant que j'ai donné un seul coup ou deux coups de pinces-ciseaux, la forme d'une bombe enflammée ou d'un trou de serrure très nettement dessinés. Sur des yeux à faible tension, le massage de la partie supérieure de la cornée, à travers la paupière supérieure, suffit ordinairement pour assurer cette réduction ; lorsqu'il s'agit d'yeux où, par suite d'un excès de pression, l'iris a été fortement pincé dans les angles de la plaie, je fais prendre à la pupille sa forme véritable, en passant la spatule dans la plaie, et en la faisant glisser des angles de la section vers le bord de la pupille artificielle. Je répète ces tentatives de replacement de l'iris jusqu'à ce que, grâce à ces mouvements, et aussi sous l'influence de l'action de l'ésérine qui ne tarde pas à se produire, la forme voulue de la pupille ait été obtenue. Les dessins que *de Graefe* et ses élèves ont publiés montrent combien on négligeait autrefois ce point important de l'opération, sur lequel nous avons apporté toute notre attention, de façon à démontrer que la réduction de l'iris n'était pas un « mythe ».

Je termine l'opération en enlevant avec une pince courbe (sans griffes) les petits caillots qui peuvent adhérer à la plaie, et je m'efforce d'arracher le lambeau capsulaire qui s'interpose si facilement entre les lèvres de la section (en pareil cas, ne se juxtaposent qu'imparfaitement). Si cette dernière tentative échoue, un balayage fait avec la spatule, dans le but de repousser dans l'œil la capsule qui se serait interposée dans la plaie sans faire hernie, achève définitivement l'opération.

CINQUIÈME LEÇON

PANSEMENT APRÈS L'EXTRACTION. — ACCIDENTS. — PROCÉDÉS DE A. WEBER, DE DE JÆGER, DE LIEBREICH, DE LEBRUN, DE WARLOMONT.

Pansement. Le pansement antiseptique boraté (ainsi que M. *Alf. Graefe* l'a recommandé) est appliqué avec quelques modifications et nous paraît avoir sur les autres pansements antiseptiques certains avantages, principalement en n'irritant pas la peau et en ne dégageant aucune odeur désagréable.

L'opération entièrement terminée, nous n'instillons une seconde fois de l'ésérine que si, en dépit des tentatives de réduction, les extrémités de la section du sphincter iridien ne se trouvent pas à une hauteur absolument égale. Une rondelle de lint boraté[1], bien exprimée après avoir été trempée dans la solution à 4 pour 100 d'acide borique, est appliquée très soigneusement, en la modelant bien exactement sur toutes les anfractuosités du pourtour de l'œil. Après avoir parfaitement rempli le creux orbitaire et recouvert les bords de la rondelle avec de la ouate désinfectée, on applique le monocle en flanelle, l'autre œil étant laissé découvert, mais en recommandant au malade de ne pas l'entr'ouvrir inutilement.

Ce pansement est maintenu pendant 12 à 18 heures sans être renouvelé, si le malade n'accuse aucune sensation désagréable du côté de l'œil. Les jours qui suivent l'opération (et cela pendant 4 à 5 jours), on renouvelle deux fois dans les vingt-quatre heures le bandeau, en s'abstenant d'aucune instillation dans l'œil. On se contente simplement de nettoyer les paupières avec une éponge trempée dans une très faible solution d'acide carbolique (1 pour 1000).

1. Voyez, pour les détails de ce pansement « thérapeutique oculaire », p. 470.

Ce pansement, qui forme en se séchant une sorte de moule des parties sur lesquelles il est appliqué, et que je vous montre toujours absolument sec, lorsqu'il ne se présente aucune complication, me paraît de nature à donner une très grande sécurité dans les jours qui suivent l'opération, à ce point qu'il permet, en général, au malade de pouvoir quitter pour quelques heures son lit le surlendemain de l'opération. Il n'y a pas encore assez longtemps que ce mode de pansement est employé pour qu'on puisse conclure dans quelle mesure il offre une garantie contre l'infection de la plaie (qui certes n'est pas absolue), mais il est au moins démontré que les malades le supportent parfaitement, outre qu'il concourt à donner à l'opérateur une sécurité que je regarde comme très précieuse, et qui m'engage à ne pas renoncer à tout pansement ainsi que le proposent quelques confrères.

Nous modifions ce genre de pansement dès qu'il se présente, le premier ou le second jour après l'opération, un excès de sécrétion conjonctivale, qui, joint à l'apparition de douleurs dans l'œil, nous signale le danger d'une suppuration cornéenne. On supprime tout de suite alors le bandeau, et on laisse uniquement sur l'œil une rondelle boratée qu'on maintient bien appliquée sur les paupières, et qu'on a soin d'humecter très fréquemment avec la solution (à 4 pour 100) d'acide borique préparée à froid. Il faut que ce pansement soit continuellement tenu humide. On peut alors obtenir, ainsi que je vous en ai montré dernièrement un exemple, des résultats très favorables, la suppuratoin s'arrêtant à un millimètre de la plaie, sans que le reste de la cornée perde en rien sa transparence.

Complications. Je ne reviendrai pas sur la manière de traiter les *complications* qui peuvent se présenter à la suite de l'extraction de la cataracte, il en a été longuement question dans les leçons de « thérapeutique » (voy. p. 473), mais je crois devoir appeler votre attention sur ce pansement à l'acide borique