

ainsi à ce sujet : « Il y en a aussi d'autres qui se sont vantés un peu trop hardiment d'en avoir guéri ou prévenu quelques-unes. Il y avait chez ceux-là plus de vanité que de bonne foi ; et le seul récit vague, indéterminé et mal circonstancié qu'ils font de leurs cures, est plus que suffisant pour les confondre de mensonge ou tout au moins d'erreur, aussi bien que quelques charlatans modernes qui n'ont aucune teinture de médecine ni de chirurgie, ou s'ils en ont quelqu'une, elle est si médiocre qu'ils ne méritent pas de porter le titre dont ils s'honorent, et qui cependant exagèrent impunément les vertus de leurs prétendus secrets pour guérir les cataractes, et trompent ainsi le public. »

SECTION DEUXIÈME.

Traitement chirurgical.

REMARQUES GÉNÉRALES.

I. — Maturité (1).

En général, on ne doit point songer à pratiquer l'opération avant que la cataracte soit arrivée à ce degré de développement qu'on appelle *maturité*, et où le malade, ne pouvant plus se conduire, ne distingue plus que confusément les grands objets. Cependant il est des cas dans lesquels l'opacité ayant débuté par la partie centrale de la surface postérieure du cristallin, le chirurgien doit opérer, alors même que ce corps n'est pas entièrement opaque, surtout si la cataracte est double et que les malades soient dans des conditions de fortune à avoir besoin de travailler pour vivre. En pareille circonstance je pratique l'opération sur celui des yeux dont la vision est le plus abaissée, pour ne point compromettre ce qui reste encore au malade.

On croyait autrefois que le temps seul peut amener la maturité de la cataracte, et ce principe erroné était fondé sur l'opinion où l'on était que l'opacité devient plus dure à mesure qu'on s'éloigne du moment de sa formation, et que c'est dans ces conditions seu-

(1) Voyez *Choix de la méthode dans l'opération de la cataracte.*

lement qu'il faut l'opérer. Guillemeau et Maître-Jan admettaient encore ces idées : « *Aqua et gutta est*, dit le premier (en parlant de la cataracte), quand elle commence à se bien former, se dilate tant comme de l'eau ; mais quand elle vient à s'épaissir et meurir estant plus ferme, est dictée cataracte, et d'Avicenne « *gutta et obscura* (1). »

On a proposé (Stevenson, *Journal médical et chirurgical d'Édimbourg*, numéro d'octobre 1820) d'opérer toujours la cataracte avant que le cristallin ait perdu complètement sa transparence, parce qu'alors il serait plus facilement broyé et plus promptement résorbé. C'est là une autre opinion erronée et dangereuse, car toutes les cataractes sont loin d'être molles à leur début, et en même temps que l'on pourrait compromettre ce qui reste de vision au malade, en broyant un cristallin encore transparent, on provoquerait presque infailliblement des inflammations fort graves dues au gonflement et à l'imbibition de la lentille. Au lieu d'être érigée en principe général, cette règle, pourvu que l'on substitue l'extraction ou la discision prudente au broiement, ne peut donc s'appliquer qu'à ces cas de cataractes incomplètes, dont nous avons parlé plus haut, et qui, par leurs progrès très lents, mettent les malades dans les plus tristes conditions.

Ces quelques lignes sur la *maturité* de la cataracte, suffisent pour démontrer, contrairement à l'opinion généralement reçue dans le monde et même parmi quelques médecins, qu'il n'y a rien d'absolu quant au moment où la cataracte est *mûre*. Il y a plus, c'est que telle cataracte pour le malade sera arrivée à maturité, qui sera encore fort incomplète pour le chirurgien, d'où résulte la nécessité de s'entendre sur ce sujet.

La maturité pour le malade signifie une condition telle de sa cataracte qu'elle ne puisse plus avancer, et qu'elle réunisse ainsi toutes les chances favorables à l'opération.

La maturité, pour le chirurgien, est un état de la lentille qui, pour être bien connu de lui, exige une étude attentive de la nature de la cataracte, et, par suite, le choix de procédés différents, la remise à date éloignée de l'opération ou l'exécution immédiate de celle-ci. Telle cataracte, incomplète pour le malade, sera dans les conditions contraires pour le chirurgien, et réciproquement. En voici des exemples :

(1) Guillemeau, *Traité des maladies de l'œil, qui sont au nombre de 113.* Lyon, M. DCX, p. 483.

Un enfant est atteint d'une cataracte centrale congénitale ; elle n'occupe que quelques couches interposées entre le noyau et la substance corticale. Il ne pourra pas lire, mais il se conduira facilement. Cette cataracte n'avancera jamais, et pourtant il faut l'opérer si l'on veut que le cataracté puisse s'instruire. C'est là un exemple fréquent de cataracte non-mûre, qu'il faut cependant détruire au moins dans un œil.

Un vieillard est atteint d'une cataracte dure ; tout le noyau cristallinien est opaque et, quand il est en pleine lumière, il est aveugle. Les progrès du mal sont nuls et le patient demeurera toujours dans les mêmes conditions, à moins que la substance corticale de la lentille ne vienne à perdre sa transparence, ce que l'on ne voit pas toujours. La cataracte dure est donc mûre dans cet état qui permet assez souvent au malade de se conduire, et cependant l'on doit donner au malade le sage avis de vivre en acceptant sa position sans recourir à l'opération. J'ai donné maintes fois ce conseil et je n'ai eu qu'à m'en applaudir. M. le duc P..., ancien président de la Chambre des pairs, sous le dernier règne, qui me demandait instamment l'opération, vit depuis six ans dans cet état auquel il s'est habitué ; M. C..., ancien directeur général des postes, auprès duquel son fils m'avait conduit pour l'opération conseillée par un confrère, dut aussi, sur mon refus, se résigner à ne pas lire, et mourut non opéré quatre ou cinq ans après.

La maturité, au point de vue chirurgical, est, on le voit, une chose fort différente, à en juger seulement par les exemples précédents ; elle l'est cependant encore davantage sous d'autres rapports. Ainsi telle cataracte ordinaire, demi-molle, qui aura enlevé au malade la faculté de voir les plus gros objets, et qui, assurément, est mûre pour lui, peut n'être pas complète pour le chirurgien. S'il examine attentivement la cataracte, il trouve, en effet, que le cristallin, opaque dans sa plus grande étendue, a conservé encore sa transparence dans quelques-unes de ses couches corticales, et qu'il y a des parties parfaitement saines encore en rapport avec la capsule. S'il opère par extraction, le noyau s'échappe, la pupille devient immédiatement noire, la vision essayée est bonne ; mais après quelques jours toutes ces couches transparentes qui demeurent collées à la capsule et qui sont restées dans l'œil, deviennent opaques par suite de leur imbibition dans l'humeur aqueuse, et constituent presque infailliblement une cataracte secondaire. Opère-t-on par abaissement ? le même phénomène se

montre, mais le gonflement des couches transparentes est bien autrement à redouter, et l'on court le risque de terribles inflammations ; par discision ! si l'on a ouvert la capsule dans une trop grande étendue, l'imbibition des couches encore transparentes se fait avec une trop grande rapidité, et il en résulte souvent des accidents fort graves, indépendamment d'une cataracte secondaire et de fausses membranes pupillaires qu'il faudra toujours détruire plus tard.

Les cataractes dures des vieillards, grand nombre de cataractes congénitales, observées chez les enfants ou même chez des adultes, sont aussi dans ce cas.

La maturité des cataractes molles varie également : supposons un cristallin complètement opaque et ne présentant plus la moindre transparence dans les couches voisines de la capsule, tel chirurgien, qui ne fait d'opération qu'à l'aiguille, en pratiquera le broiement, tel autre attendra un temps considérable, et, dans ce cas, les parties liquides de la cataracte, se résorbant peu à peu, laisseront les parties solides dans un état de condensation progressive tel qu'il pourra pratiquer l'abaissement. La maturité était complète dans le premier cas ; de même que pour Guillemeau et Maître-Jan, elle ne pourrait l'être dans le second qu'après que la cataracte aurait repris un volume peu considérable, et qu'ayant subi l'imbibition dans sa capsule et s'étant condensée, elle ne pourrait plus, comme dans le broiement, provoquer des accidents dus à la compression résultant du gonflement du cristallin, désormais devenu impossible.

On pourrait facilement multiplier ces exemples, mais ce qui vient d'être dit sur ce triste mot de *maturité* suffira pour faire comprendre :

1° Que l'on ne doit opérer, en général, que lorsque la cataracte est complète ;

2° Que l'on ne doit s'éloigner de cette règle que dans des cas exceptionnels assez limités ;

3° Enfin que, au point de vue chirurgical, une cataracte complète pour le malade peut n'être pas mûre pour le chirurgien, et que l'opération, si elle doit être faite, exige des précautions particulières et l'application de procédés en harmonie avec la nature du mal. (Voyez *Choix des procédés*.)

II. — Opération sur un œil lorsque l'autre est sain.

Les avis sont singulièrement partagés sur cette question, et l'on voit dans les deux camps les noms des chirurgiens les plus distin-

gués. Ceux qui se prononcent pour la négative ne manquent pas, en apparence, de bonnes raisons. En opérant l'œil malade, disent-ils, on risque de voir l'œil sain s'enflammer (Boyer, J. Cloquet ont observé cet accident). D'une autre part, et en admettant même le succès, la différence de puissance visuelle qui existera entre les deux yeux détruira le bénéfice de l'opération. Les chirurgiens qui se prononcent pour l'affirmative répondent que c'est une rare exception de voir l'inflammation se propager de l'œil opéré à l'œil sain; que l'inégalité de la vue n'est pas une raison suffisante pour rejeter l'opération, parce que l'œil gagne prodigieusement par l'exercice, et par sa facilité à s'accommoder aux diverses distances; qu'une multitude d'individus naissent avec une différence notable dans la force des yeux, et corrigent ce défaut par l'usage de lunettes convenables, et que, sous ce rapport, l'opéré de la cataracte sera dans les mêmes conditions.

Je partage entièrement cette dernière manière de voir; il faut, surtout s'il s'agit d'un sujet jeune (l'expérience m'a appris à refuser l'opération aux vieillards qui se trouvent dans ces conditions), opérer la cataracte lorsqu'elle existe sur un seul œil, et cela pour toutes les raisons que nous venons de donner. On ajoute encore qu'il est d'observation qu'en général, lorsque la cataracte existe depuis un grand nombre d'années, la rétine s'affaiblit dans l'œil malade (Travers), et que la capsule contracte des adhérences avec l'iris (Richter); mais je suis cependant loin d'avoir vu ces faits se confirmer dans ma pratique.

J'ajouterai encore que cette opération est de toute nécessité pour beaucoup d'ouvriers, renvoyés des ateliers par ce seul motif, que, comme ils ont un œil taché, on se figure qu'ils doivent y voir moins que les autres.

Une seule considération peut être devrait retenir le chirurgien; je veux parler de la crainte de voir l'œil se fondre par le fait même de l'opération; le malade, atteint alors d'une difformité qui pourrait, dans quelques cas, l'arrêter dans sa carrière, se trouverait ainsi dans de tristes conditions. Heureusement c'est là une exception, et on l'évite le plus souvent en choisissant de préférence, chez les jeunes gens, le procédé par discision ou celui par extraction linéaire.

III. — Opération sur un œil lorsque l'autre commence à se cataracter.

Beaucoup de chirurgiens préfèrent attendre que les deux cata

ractes soient complètes pour pratiquer l'opération; d'autres, au contraire, posent en principe que l'œil dans lequel l'opacité de la lentille est arrivée à son plus haut degré de développement doit être opéré en premier, par ce motif que le malade n'a rien à perdre si l'opération manque, et qu'il a tout à gagner si elle réussit.

Il est certain qu'à mesure que l'abaissement de la vision fait des progrès, le malade se trouve souvent dans les conditions les plus pénibles. Peu à peu la vue s'affaiblit dans le seul œil qui lui reste; tous les jours il s'aperçoit d'une perte nouvelle, s'attriste de plus en plus, et ce n'est fréquemment qu'après qu'il a traîné une vie misérable pendant un temps fort long, que ses cataractes se trouvent arrivées à un égal degré de maturité. Il est hors de doute pour nous que son intérêt bien entendu est de soumettre à l'opération l'œil qui ne sert plus à la vision, lors même qu'après un résultat heureux, la vue de ce côté devrait être inférieure à celle du côté opposé; le malade a alors la certitude de n'être point aveugle, et l'œil opéré gagne en force pendant les progrès de la cataracte dans celui qui servait seul au moment de l'opération. J'ai rapporté dans la première édition de cet ouvrage un fait qui s'est bien souvent renouvelé depuis. Il s'agissait d'un marchand grainetier de la rue Grenier-Saint-Lazare, que j'avais opéré. Du côté gauche, la cataracte était complète depuis quelques mois, et la vision tout à fait détruite; à droite, on voyait à peine quelques stries fines dans le cristallin. Je proposai l'opération, qui fut acceptée, et la vue se rétablit dans l'œil opéré. Le malade lisait très bien avec le secours des lunettes bi-convexes n° 3. Mais comme l'œil était encore très bon, M. G... ne sentit pas sur-le-champ le prix du service que je lui avais rendu, et il me dit à moi-même que s'il avait su d'avance y voir aussi mal, il ne se serait pas soumis à l'opération. Il ne s'était pas écoulé six mois qu'il revint; la cataracte droite était presque complète, et cet œil gauche opéré, dont le secours lui avait été d'abord si peu utile, lui servait maintenant, non-seulement à se conduire, mais encore à faire parfaitement toutes ses affaires.

J'ai dit plus haut que l'intérêt bien entendu du malade est de faire opérer l'œil dont il ne voit plus lorsque l'autre commence à se troubler; il n'en est pas toujours de même quant à celui du médecin, et c'est peut-être la véritable raison pour laquelle on attend assez généralement que les deux yeux soient cataractés. Les malades, parce qu'ils voient bien d'un œil, considèrent, en

général, comme peu de chose le résultat heureux de l'opération. Tous en cela ressemblent plus ou moins au grainetier dont j'ai rapporté l'histoire; tandis que si l'on attend qu'ils soient complètement aveugles, ils ne désirent rien si ardemment que de voir seulement assez pour se conduire seuls. Le chirurgien a donc tout à gagner ici; il a deux yeux à toucher au lieu d'un, c'est-à-dire deux chances de succès au lieu d'une, et de plus son malade est moins exigeant, parce qu'il a passé par la terrible épreuve de la cécité.

Ces raisons empêcheront-elles un médecin qui comprend véritablement ses devoirs, d'indiquer au malade la route qu'il doit suivre? Il n'y a pour nous, dans ces circonstances, qu'un cas où l'on ne doit pas toujours proposer l'opération sur un seul œil, c'est lorsqu'on a lieu de croire que la cataracte ne tardera pas à être complète des deux côtés.

C'est ici l'occasion de rappeler l'opinion de Stevenson, admise avec Platner, par Manoury, Fra de Marolles, Carron du Villards, Bérard et d'autres, que si l'on opère un œil cataracté, on arrête souvent les progrès de la maladie dans l'autre œil. Je n'ai jamais vu comme Saint-Yves, John Bowen et Stevenson, que l'opération sur un œil pût faire disparaître dans l'autre une cataracte très faiblement développée; j'ai bien observé dans quelques cas que les stries opaques n'ont point augmenté depuis plusieurs années, à partir du moment où l'opération a été pratiquée sur l'œil dont le cristallin était complètement opaque. Mais l'opacité demeurera-t-elle dans les limites où elle est aujourd'hui? Demeurera-t-elle stationnaire par le fait même de l'opération sur l'autre œil, ou n'est-ce là qu'une simple coïncidence, un pur hasard?

Ce sont des questions auxquelles il n'est point permis de répondre par l'affirmative, d'une manière absolue; toutefois, je dois dire que les faits nombreux que j'ai observés pendant quinze années dans une pratique des plus étendues me laissent penser qu'il ne faut pas attacher le moindre prix à cette opinion. Ceux qui la partagent avancent que l'opération de la cataracte exerce quelquefois une grande influence, du moins du côté de la rétine, sur l'œil qui n'a point été touché, et cela autorise, selon eux, jusqu'à un certain point, à penser qu'elle peut produire quelque effet sur le système cristallinien qui n'est point encore envahi complètement par la maladie. Ils s'appuient de plusieurs observations

publiées par M. le professeur Serres, de Montpellier (1), dans une desquelles un œil, depuis longtemps amaurotique, recouvra peu à peu ses fonctions après que la cataracte eut été opérée de l'autre côté, et ils en concluent que l'opération sur un seul œil peut être considérée comme un moyen exceptionnel de rétablir la vue dans les deux à la fois. Mais peut-on raisonnablement établir un rapport entre l'opération d'un côté et le rétablissement de la vue dans l'autre œil? Cet œil ne se serait-il pas guéri sans que l'opération eût été faite? N'est-ce pas enfin une simple coïncidence?

IV. — Opération sur les deux yeux le même jour.

J'ai partagé longtemps l'opinion de ceux qui opèrent les deux yeux le même jour; mais quelques succès, la réflexion mûrie par le temps et par l'expérience, m'ont démontré que l'on ne doit opérer qu'un œil à la fois, et je ne m'écarte plus de cette règle que sur la demande expresse du malade et lorsque je lui ai soumis, à lui et à sa famille, les motifs sur lesquels je m'appuie pour n'opérer qu'un œil. Je fais donc ici amende honorable et je ne saurais trop recommander cette pratique aux jeunes médecins.

Wenzel, Boyer, Græfe, Jæger, Roças, Forlenze, Fabini, Quadri, Roux, tiennent à opérer les deux yeux le même jour.

Demours, Dupuytren, Scarpa, Marc-Antoine Petit, Carron du Villards, Rossi, Samuel Cooper, Maunoir, Travers, etc., préfèrent attendre la guérison d'un œil pour opérer l'autre. Quelques-uns même, comme Scarpa, remettent l'opération du second œil à la saison suivante.

Voici les raisons principales sur lesquelles je m'appuie pour n'opérer qu'un œil à la fois :

- 1° Les accidents sont plus sérieux; deux opérations entraînent des suites plus graves qu'une seule. Dupuytren partageait cet avis.
- 2° L'inflammation se porte souvent sur l'un des yeux opérés; alors, et surtout quand elle ne le détruit pas promptement, le second peut être sérieusement menacé, ne fût-ce que par sympathie.
- 3° Si l'on extrait la cataracte, l'œil opéré le premier peut se vider pendant l'opération du second par suite d'un blépharospasme

(1) *Annales d'oculistique*, 1843, vol. VI, p. 210.

sympathique (Carron du Villards). Je n'ai jamais eu à observer cet accident, mais je le note; il est certain cependant, surtout dans l'extraction, que la deuxième opération est toujours plus difficile que la première, à cause de l'agitation du malade.

4° On ignore, au moment de l'opération, et bien que les apparences soient bonnes, si certaines dispositions générales ne compromettent pas les deux yeux, ou si ce terrible accident n'arrivera pas par les imprudences du malade. En isolant les opérations, on a une chance de ne pas tout risquer du même coup et de trouver plus tard des conditions plus favorables ou un moment plus opportun.

5° L'opération sur un seul œil est un enseignement en cas d'insuccès sur la conduite à tenir pour opérer le second, modifier ou changer le procédé opératoire, etc.

Si le malade est indocile après l'opération d'extraction et qu'il perde l'œil, on pourra plus tard lui rendre la vue de l'autre par l'abaissement ou une autre opération à l'aiguille. En admettant que cette dernière opération ait été pratiquée d'abord et qu'elle n'ait pas réussi, on pourra opérer plus tard l'autre œil par extraction.

6° Si l'on réussit sur un œil, il est inutile d'opérer l'autre; on ne doit s'éloigner de cette règle que dans des cas exceptionnels, par exemple, si l'on opère un sujet jeune, si l'œil opéré s'affaiblit, etc.

7° En opérant les deux yeux, on risque d'un seul coup l'espérance du malade; en n'en opérant qu'un seul et en ne réussissant pas, on le décourage pour un temps seulement. Malheureusement le patient perd confiance dans l'opérateur qui a échoué; mais cela doit-il modifier la conduite du chirurgien?

Voici maintenant les raisons que font valoir ceux qui préfèrent l'opération simultanée; ils avancent:

1° Qu'il est dangereux d'exposer deux fois le malade aux mêmes accidents, parce que si, lors de la première opération, il a fallu recourir aux saignées, on n'aurait plus la même ressource dans le cas où l'inflammation menacerait de compromettre l'œil opéré en second lieu;

2° Que l'opération pratiquée le même jour sur les deux yeux à la fois n'est pas suivie de plus d'accidents que celle d'un seul œil;

3° Qu'en attaquant les deux yeux, on a deux chances de rendre la vue au malade, et qu'il est rare qu'on n'en sauve pas un;

4° Que si l'opération est faite en deux reprises, l'œil opéré le premier gagne sur l'autre une force relative très grande, à laquelle ce dernier ne pourra pas toujours atteindre, parce que le malade négligera de l'exercer convenablement;

5° Que si l'on ne réussit pas sur le premier œil opéré, le moral du malade sera dans les plus tristes conditions lorsque le chirurgien attaquera le second, et que cette circonstance nuira singulièrement au succès.

Ces diverses raisons, si on les pèse avec réflexion, sont assurément moins sérieuses que celles données d'abord en faveur de l'opération monoculaire et il serait véritablement superflu d'en discuter la valeur.

V. — Saison.

Plusieurs chirurgiens attachent une grande importance au choix de la saison dans laquelle l'opération doit être faite; d'autres ne voient aucun inconvénient à opérer à toute époque de l'année; et, si l'on excepte toutefois le moment des chaleurs excessives, je pense que ces derniers ont complètement raison.

Pendant ces huit dernières années, j'ai pratiqué à ma clinique et en ville grand nombre d'opérations de cataracte pendant l'hiver, qu'il gelât ou qu'il plût; la température de la chambre des opérés fut maintenue à 12 ou 15 degrés centigrades, et je n'ai pas vu qu'il en résultât le moindre inconvénient. L'humidité et le froid me paraissent donc en général fort peu à craindre; je n'ai point vu que ces conditions de température eussent une influence sérieuse sur le résultat de l'opération, et j'en suis arrivé à cette conviction que le choix exclusif du printemps ou de l'automne est un préjugé sans aucune valeur. La seule règle que je croie devoir suivre, c'est d'opérer au moment où la santé générale est la meilleure possible.

VI. — Age du malade à opérer.

L'enfance, l'extrême vieillesse et chez la femme l'époque climérique, ont été considérées comme des contre-indications de l'opération de la cataracte.

L'âge climérique seul me paraît, et encore dans de certaines limites, devoir être regardé comme tel: il est plus prudent d'attendre que la santé générale soit bonne.

La vieillesse n'est que bien rarement une cause d'insuccès, lorsque l'œil est sain d'ailleurs. Les exemples de cataractes opé-

rées sur des centenaires sont assez nombreux pour qu'il ne reste aucun doute à cet égard. En 1845, j'ai opéré un homme de quatre-vingt-neuf ans, et sa vue s'est parfaitement bien remise; depuis j'ai observé plusieurs faits semblables, mais en choisissant presque toujours l'extraction. Quant aux enfants atteints de cataracte congénitale, il n'y a aucun inconvénient à les opérer lorsqu'ils sont arrivés à l'âge de deux à quinze mois (voy. *Cataracte congénitale*).

VII. — Préparation à l'opération.

On a reconnu depuis longtemps qu'il est inutile de recourir à un traitement préparatoire avant l'opération de la cataracte, lorsque cette maladie est simple, et n'est le résultat ni d'une inflammation encore mal éteinte, ni d'une affection générale. Dans ces dernières circonstances, il faudrait bien se garder de songer à l'opération avant d'avoir soumis le malade à un traitement sévère, et assez long pour que ces complications et leurs causes fussent sûrement éloignées.

Les saignées générales ou locales, les purgatifs répétés, le repos prolongé à la chambre, l'application des vésicatoires à la nuque, me paraissent au moins inutiles, si le malade est dans de bonnes conditions générales. Les vésicatoires, privant le malade de repos par les douleurs qu'ils lui occasionnent, me semblent un moyen nuisible dans tous les cas, et dangereux quand on opère par extraction, parce qu'ils empêchent le patient de conserver l'immobilité alors si nécessaire.

Cependant lorsque les cataractés sont pléthoriques, habitués à faire bonne chère, sujets à une congestion vers la tête, il est sage de recommander une alimentation moins abondante et moins riche, et de pratiquer une saignée quelque temps avant l'opération. Au reste, dans tous les cas, quelques jours de régime ne sauraient nuire, et l'on fera bien de prescrire la veille un purgatif, pour débarrasser les intestins.

Si l'on opère vers le milieu du jour, le malade pourra le matin de bonne heure prendre quelque nourriture : un potage lui sera permis. Pour les personnes accoutumées à l'usage du café au lait, j'ai reconnu la nécessité de ne rien changer à cette habitude, parce qu'autrement elles sont d'ordinaire prises d'une céphalalgie qui ne les quitte pas de toute la journée.

Si l'on opère par extraction, le sommeil devant favoriser la

réunion de la plaie, on aura un grand avantage à opérer dans la seconde moitié de la journée, un peu avant la nuit. Le malade prendra alors quelques potages, seulement le matin, et gardera la chambre.

Répétition de l'opération. — C'est un moyen qui n'a qu'une valeur bien faible quand on croit nécessaire de fixer l'œil dans tous les cas. Cependant lorsqu'on a affaire à un malade pusillanime ou à un enfant, il peut être avantageux d'habituer l'œil au contact des instruments longtemps avant le jour fixé pour l'opération, dans le but d'éviter qu'il ne s'agite vivement dans l'orbite et ne se cache sous la paupière supérieure. Plusieurs personnes recommandent de toucher simplement les paupières avec un corps métallique moussé, persuadées que cette sensation de froid, pénible à supporter, est la principale cause des mouvements de l'organe. Je ne m'en tiens point à cette seule préparation, lorsque, ce qui est bien rare, je juge nécessaire de recourir à ces moyens. La paupière supérieure étant maintenue par un aide, je touche à plusieurs reprises le globe, avec un stylet moussé ordinaire, dans l'endroit même où la ponction doit être faite. Les femmes les plus nerveuses s'habituent facilement à la sensation désagréable que produit le contact de l'instrument, et l'on évite ainsi une double cause d'insuccès : les mouvements désordonnés de l'œil, et la syncope si fréquente chez les sujets de cette constitution. J'ai eu l'occasion de m'applaudir d'avoir soumis à cette sorte de *répétition* de l'opération une dame qui, quelques mois auparavant, s'était levée brusquement au moment où elle s'était sentie piquée à la cornée, et avait ensuite nettement refusé l'opération et quitté son chirurgien.

Chloroforme. — On en doit réserver l'emploi à des cas exceptionnels : chez les aveugles-nés, les enfants, les personnes atteintes de nystagmus ; il n'est pas indispensable, puisque l'on peut si facilement fixer l'œil avec les instruments dont nous avons parlé. Je ne crois pas que l'on doive consentir à l'employer chez les adultes, à moins que la frayeur de l'opération ne soit telle que le malade ne se laisse aller malgré lui, au moment où on l'approche, à faire des mouvements capables de compromettre le résultat qu'il espère. Si ces conditions se présentent et que l'on soit forcé de recourir à l'anesthésique, il sera prudent, à moins de causes exceptionnelles, d'abandonner l'opération par extraction, et de la remplacer par une opération à l'aiguille.