

de l'œil. Avec cet instrument il ouvrait la cornée, puis pénétrait dans la chambre postérieure à travers la pupille avec un instrument qu'il nommait *kystitome*, espèce de pique triangulaire, soutenue par un ressort en boudin, et à l'aide duquel il ouvrait la capsule du cristallin; depuis *Lafaye* on modifia encore les divers instruments propres à cette méthode d'opérer la cataracte, méthode dont les règles ne furent bien déterminées que par *Richter* en Allemagne, *Ware* en Angleterre, et *Wenzel* en France.

*Préparation du malade.* Elle est la même que pour l'abaissement. Faut-il dilater la pupille, quand on veut pratiquer l'opération de la cataracte par extraction? On a dit que la pupille étant très dilatée, l'évacuation des humeurs de l'œil se ferait beaucoup plus facilement, mais la position horizontale que l'on donne au malade est un moyen de se préserver de ce fâcheux accident. On a dit ensuite qu'elle favorisait la production de l'amaurose. Cette raison est futile; car l'action de la belladone n'est que passagère. Il ne faut pas croire que l'action de la belladone soit toujours d'une très longue durée. J'ai vu des individus dans l'œil desquels on avait déposé de cette substance, et dont la pupille extrêmement dilatée au commencement de l'opération de la cataracte par extraction, était au contraire fort resserrée à la fin, et même de manière à gêner la sortie du cristallin.

Quant à la forme sous laquelle on emploie la belladone, il n'est pas indifférent de la choisir. Celle qui est préférable, suivant moi, c'est l'extrait dont on dissout gros comme une lentille dans une cuillerée à café d'eau, et dont on instille quelques gouttes entre les paupières sur le globe de l'œil.

*Position du chirurgien et du malade.* Il faut à cet égard plus de précautions et de soins que pour l'abaissement. Quelques opérateurs, *Beer* et *Richter* entre autres, veulent que la tête du malade ne soit pas fixée sur la poitrine d'un

aide, mais bien sur le dossier solide et vertical d'un siège. D'autres préfèrent que le malade soit au lit et dans une position horizontale. Cette position pour le malade me semble en effet fort avantageuse, et j'y ai recours souvent. Le chirurgien doit, quand il opère le malade au lit, se placer du côté de l'œil qu'il va opérer. S'il opère le malade assis, il me semble qu'il lui est plus commode d'être debout au devant de lui, qu'étant assis lui-même.

L'œil du patient est mis à découvert par l'écartement des paupières, et fixé comme je vous l'ai déjà dit pour l'abaissement. C'est surtout pour la méthode par extraction qu'on a imaginé une foule d'instruments, de *speculums*, d'*ophthalmostats*, afin d'écarter les paupières et bien fixer l'œil pendant qu'on coupe la cornée transparente. C'est ainsi qu'on a inventé des pinces, des érigues, des anneaux, de forme, de volume et de matière très variés. Ces instruments sont généralement inutiles, lorsqu'on a des aides adroits; car les doigts suffisent pour cela: ils sont dangereux, car ils compriment l'œil et exposent à le vider. Pour bien fixer l'œil, il vaut mieux à tous ces instruments substituer les deux premiers doigts de l'aide et de l'opérateur dans le grand angle de l'œil pour l'empêcher de se porter en dedans, et le comprimer légèrement jusqu'au moment où le couteau termine l'incision de la cornée. Néanmoins je me sers quelquefois d'une espèce d'*ophthalmostat* qui me semble avoir moins d'inconvénients que la plupart de ceux qui ont été inventés. Cet instrument a quelque analogie avec l'ancien stylet de *Segwart*; il ressemble par son manche au kératotome ordinaire. Ce manche porte une petite plaque d'écaille un peu recourbée sur son plat. Elle est parfaitement mousse, arrondie, dépourvue de toute aspérité, et n'irrite pas les parties avec lesquelles elle se trouve en contact. Voici comment je m'en sers. Lorsque j'ai traversé la cornée avec le kératotome, et que la pointe de cet instrument est arrivée du côté de cette membrane qui cor-