

Voici un tableau synoptique qui permettra d'envisager rapidement les tumeurs de l'orbite dans leur ensemble :

TUMEURS DE LA RÉGION ORBITAIRE.

Oculaires.....	}	Kystes de l'iris.	} Cancer de l'œil.
		Tubercules de l'iris.	
		Gommes de l'iris.	
		Tubercules de la choroïde.	
		Sarcome de la choroïde.	
Orbitaires. {	Vasculaires ou pulsatiles.	Gliome de la rétine.....	}
		Anévrysmes de l'artère ophthalmique.	
		Anévrysmes cirsoïde.	
		Tumeurs érectiles artérielles et veineuses.	
		Dilatation de la veine ophthalmique.	
	Non vasculaires.	Exostoses.	}
		Kystes de nature diverse.	
		Abcès froid.	
		Lipome.	
		Adénome de la glande lacrymale.	

Le traitement des tumeurs de l'orbite présente de sérieuses difficultés, surtout en ce qui concerne les tumeurs vasculaires. C'est à la ligature de la carotide primitive qu'on devra le plus souvent recourir, si toutefois l'affection provoque des accidents graves. En 1870, M. Delens avait réuni 33 cas de ligature de la carotide primitive pratiquée pour des tumeurs vasculaires de l'orbite. Sur ces 33 cas, il y eut 22 succès, 5 succès partiels, 1 insuccès et 5 morts, statistique assurément encourageante. Depuis cette époque M. Chauvel a fourni une statistique également favorable et dans des proportions sensiblement égales : 56 cas, 37 guérisons, 11 insuccès, 8 morts. La ligature de la carotide primitive, qui donne en général une moyenne de 41 à 43 pour 100 de mortalité, est donc moins grave ici, puisqu'elle ne paraît donner que 14 à 16 pour 100, ce qu'il n'est pas bien facile d'expliquer.

Toutefois, avant de recourir à cette grave intervention, on pourrait essayer la compression digitale sur la carotide primitive; M. Vanzetti, de Padoue, en a obtenu de bons résultats; on y joindrait les applications locales de glace. Ces deux moyens combinés m'ont donné, si ce n'est la guérison, au moins une amélioration très grande dans un cas d'anévrysmes cirsoïde extrêmement étendu, non de l'orbite, il est vrai, mais le mode d'action est le même, quelle que soit la région.

On a employé les injections de perchlorure de fer, et M. Desormeaux a dû à cette méthode un succès : mais je n'ose trop conseiller ce moyen, par crainte de la thrombose des sinus. Si on y avait recours, il serait bon de comprimer au cou la veine jugulaire interne pendant quelques minutes pour diminuer le cours du sang. Je répète que, si le malade n'éprouve que de la gêne, mon avis est qu'il faut s'abstenir de tout traitement actif, d'autant plus que les tumeurs pulsatiles de l'orbite n'abolissent pas en général la vision. On lui conseillera d'éviter les causes qui activent la circulation et on prescrira la digitale.

Quant aux autres tumeurs, leur traitement est plus simple, tout en empruntant un certain caractère de gravité au voisinage de l'œil et du cerveau. Les lipomes, les kystes, les adénomes, subiront le même traitement que dans les autres régions.

Faut-il enlever les exostoses? En général, n'y touchez pas, à moins qu'elles ne provoquent des accidents capables de mettre la vie du malade en danger; n'y touchez pas surtout, si elles occupent la paroi supérieure de l'orbite, dont la fragilité est telle que la rupture en serait presque fatale. Cependant, s'il était démontré que le point de départ de l'exostose est le sinus frontal ou le sinus maxillaire, comme elle est alors enclavée et non pédiculée, on en pourrait pratiquer l'extraction par des pesées faites à l'aide d'un levier après avoir ouvert suffisamment la loge qui la contient, ainsi que le conseilla Dolbeau.

D. Affections consistant en un simple trouble de la vision avec intégrité des membranes et des milieux (maladies de la réfraction et de l'accommodation). — Les affections de l'œil qui répondent à ce titre sont produites par des anomalies de la réfraction ou de l'accommodation. J'y joindrai le strabisme.

Anomalies de la réfraction. — L'axe antéro-postérieur du globe ou axe optique est normalement en rapport avec la puissance de l'appareil dioptrique ou réfringent de l'œil. On appelle *emmétrope* le sujet chez lequel existe ce rapport normal. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Cet axe, qui est de 24 millimètres, je suppose, chez un sujet emmétrope, peut se trouver ou plus long ou plus court avec un même appareil dioptrique : il en résulte des maladies de la réfraction. En effet, à l'état normal, l'appareil dioptrique de l'œil est disposé de façon que le foyer des rayons parallèles se

fasse sur la rétine : mais supposons un même appareil dioptrique avec un axe antéro-postérieur trop long : qu'arrivera-t-il ? Le foyer se fera non plus sur la rétine, mais en avant de cette membrane sur laquelle se produisent alors des cercles de diffusion. Cet état constitue la *myopie*.

Supposons au contraire un axe optique trop court : l'appareil dioptrique est disposé pour faire converger les rayons lumineux à 24 millimètres en arrière de la cornée ; si l'écran rétinien se trouve seulement à 22 millimètres, il est évident que le foyer se fera à 2 millimètres en arrière de l'écran, qui ne recevra, lui, qu'une image très diffuse. Cet état de l'œil constitue l'*hypermétropie*.

Les divers méridiens de la cornée doivent avoir la même courbure pour que le foyer se fasse au même point sur la rétine. Lorsque les méridiens de l'œil appartiennent à une courbure différente, cet état constitue l'*astigmatisme*.

a. *Myopie*. — La myopie est caractérisée anatomiquement par une déformation du globe telle que son axe optique est trop long pour la puissance des milieux réfringents ; cette disposition est souvent héréditaire et congénitale, mais elle peut être acquise, pendant les études surtout où l'enfant, pour la vision de près, est obligé de faire des efforts d'accommodation qui allongent l'axe antéro-postérieur du globe. Il en résulte au côté externe de la papille une dépression de la sclérotique à laquelle on a donné le nom de *staphylome postérieur*. La myopie progressive peut amener des troubles graves dans l'œil : l'atrophie de la choroïde, le décollement de la rétine : aussi doit-on s'en occuper comme d'une affection sérieuse.

Le diagnostic de la myopie s'impose. Les sujets ne voient les objets que lorsqu'ils sont très rapprochés ; la vision à distance est confuse. Le myope cligne constamment des yeux (d'où l'expression de myopie), afin de transformer le plus possible sa pupille en une fente sténopéique en écartant les rayons marginaux.

La détermination du degré de myopie peut se faire à l'ophtalmoscope, mais dans la pratique elle se fait par l'essayage successif de verres appropriés.

Le foyer, ayons-nous dit, se fait chez le myope en avant de la rétine : donc l'œil manque de divergence, ce qu'on lui rendra à l'aide de verres concaves. Le traitement consistera dans l'emploi

de ces verres aussitôt que la myopie se manifestera, afin d'éviter tout effort d'accommodation.

b. *Hypermétropie*. — L'hypermétropie est un vice de conformation du globe de l'œil tel que, l'axe optique étant trop court pour la puissance des milieux réfringents, le foyer de l'objet perçu se fait en arrière de la rétine et qu'il en résulte la production de cercles de diffusion. C'est à Donders que nous devons la connaissance de cet état de l'œil. Jusqu'à cette importante découverte, l'embarras était grand lorsqu'on se trouvait en présence d'un jeune sujet qui accusait des troubles graves de la vision et qui cependant n'était ni myope ni presbyte ; on se contentait de dire qu'il avait la vue faible ou bien qu'il était presbyte avant l'âge.

Pendant de longues années, souvent jusqu'à l'âge de vingt-cinq à trente ans, le sujet hypermétrope voit comme l'emmétrope ; cela tient à ce que son appareil accommodateur, c'est-à-dire son muscle ciliaire, travaille activement de façon à augmenter la courbure de la lentille cristallinienne et fournit ainsi à l'appareil dioptrique de l'œil la quantité de convergence dont il a besoin pour ramener le foyer sur la rétine. On dit que pendant toute cette période l'hypermétropie est *latente*.

Mais le muscle accommodateur se fatigue à la longue et dès lors l'hypermétropie devient *manifeste* ; il y a de l'asthénopie accommodative. Voici comment les phénomènes apparaissent. Le sujet se livre, je suppose, à la lecture ou à la couture ; pendant dix minutes, un quart d'heure, la vision est très distincte, mais ensuite les objets se brouillent ; il faut suspendre le travail un instant et la vision redevient nette pour se brouiller de nouveau. Si le sujet insiste, il survient du larmolement et des douleurs circum-orbitaires. Quant aux objets éloignés, ils sont très bien perçus sans fatigue. A ce tableau sommaire vous reconnaîtrez toujours un sujet hypermétrope.

Chez l'hypermétrope, on voit le fond de l'œil à l'image droite, mais pour déterminer le degré d'hypermétropie il faut l'examen avec l'ophtalmoscope à réfraction. Dans la pratique ordinaire, on peut se contenter de l'essayage avec des verres convexes et l'on conseille au malade d'employer les verres avec lesquels les caractères commencent à devenir troubles.

c. *Astigmatisme*. — Cette anomalie de la réfraction tient à ce

que la cornée n'est pas formée d'une portion de sphère absolument régulière et que dès lors les grands cercles ou méridiens qui la coupent ne peuvent venir faire foyer au même point de la rétine. Pour le reconnaître, placez devant le malade un carton sur lequel sont tracées des lignes parallèles, les unes verticales, les autres horizontales, comme les bareaux d'une grille : il pourra à volonté distinguer nettement soit les unes, soit les autres, mais jamais les deux à la fois.

On mesure et on corrige l'astigmatisme par l'essayage de verres cylindriques.

Anomalies de l'accommodation. — L'accommodation de l'œil aux distances a pour agent le muscle ciliaire qui, par sa contraction, détermine des modifications de courbure du cristallin. On sait que l'instillation de l'atropine dans l'œil paralyse momentanément cette action; la pupille se dilate alors largement et devient immobile (mydriase). L'emploi de l'ésérine, au contraire, détermine le spasme du muscle ciliaire et il se produit un resserrement de la pupille (myosis). Mais ces états ne sont que transitoires ou liés à d'autres affections.

La principale anomalie de l'accommodation est la *presbytie*, qui consiste en une diminution graduelle de la puissance accommodative. L'agent actif, muscle ciliaire, s'affaiblit peut-être et se contracte moins activement, mais la cause principale de la presbytie réside dans les modifications de texture de l'agent passif, c'est-à-dire du cristallin. Les courbures de cet organe ne peuvent plus se modifier suffisamment, et c'est en cela que le presbyte diffère de l'hypermétrope chez lequel l'agent actif de l'accommodation est seul en cause.

On sait que le sujet est obligé pour voir distinctement d'écarter peu à peu les objets de ses yeux et que cet état comporte l'emploi de verres convexes appropriés.

a. *Strabisme.* — Le strabisme est caractérisé par la déviation des yeux. Deux causes principales peuvent produire cette déviation : la paralysie des muscles de l'œil, *strabisme paralytique*; le défaut de synergie des muscles antagonistes, *strabisme vrai*. C'est ce dernier qui nous intéresse tout spécialement en chirurgie, parce qu'il est susceptible de guérir à l'aide d'une opération.

En présence donc d'un sujet atteint de strabisme, vous devrez

résoudre cette première question : le strabisme est-il dû à la paralysie d'un des muscles; ou bien est-il purement dynamique, c'est-à-dire produit par un défaut de synergie musculaire? J'indiquerai en même temps que la réponse à ces questions la manière de déterminer le muscle qui est paralysé.

Dans le cas de paralysie d'un seul œil, si on pratique l'occlusion de l'œil sain, on remarque une diminution notable dans la motilité de l'œil malade; l'arc excursif qu'il peut décrire est moins considérable qu'à l'état normal, ce qui n'a pas lieu dans le strabisme vrai.

La déviation secondaire de l'œil sain dans la paralysie musculaire est plus grande que la déviation primitive de l'œil malade, tandis que ces deux déviations sont égales dans le strabisme (1).

Enfin, il y a presque toujours, dans le premier cas, diplopie binoculaire; c'est même là très souvent ce qui constitue le seul signe vraiment manifeste de la paralysie oculaire.

La diplopie ne fait défaut que dans quelques rares cas, comme dans celui d'amblyopie d'un des deux yeux. Il est d'autres circonstances où le malade peut encore par sa volonté annihiler cette diplopie, qui est très gênante et cause du vertige, mais pour cela il est obligé de donner à sa tête une attitude renversée ou penchée qui par elle seule peut mettre le chirurgien sur la voie du diagnostic.

La diplopie, l'un des symptômes les plus importants de la paralysie oculaire, est aussi ce qui la distingue le mieux du strabisme. Dans le strabisme, en effet, la diplopie est éphémère, elle n'existe qu'au début de l'affection. L'horreur de la vision double fait que tout d'abord le malade exclut un œil (celui qui jouit de la plus forte insuffisance musculaire, ou encore celui dont l'acuité visuelle est la moins considérable) de la vision binoculaire, puis peu à peu arrive à produire chez lui ce phénomène désigné sous le nom de neutralisation des images rétinienne. Cette neutralisation n'est autre chose que l'impossibilité pour la rétine de pouvoir être im-

(1) Voici ce qu'on entend par déviation secondaire et comment on la constate : supposez une paralysie du droit externe gauche; faites regarder le malade en face, l'œil malade est dévié en dedans de 1 à 6 millimètres : c'est là la déviation primitive; fermez l'œil sain, alors l'œil malade seul essaiera de fixer le même point que tout à l'heure, et le malade fera de grands efforts pour fixer ce point, ce qu'il ne pourra faire qu'incomplètement; au même instant découvrez rapidement l'œil sain, et vous le verrez fortement tourné en dedans, beaucoup plus en dedans que ne l'était tout à l'heure l'autre œil : c'est là la déviation secondaire.

pressionnée facilement et rapidement par la lumière; c'est une sorte d'anesthésie que l'on observe assez souvent après l'opération de la cataracte, où le malade, aussitôt que le cristallin opaque est extrait, n'accuse d'autre sensation que de voir une teinte bleue générale.

Par une attitude spéciale de la tête, le malade atteint de paralysie oculaire peut donc faire disparaître sa diplopie, grâce à ce que celle-ci n'existe que dans une *moitié* du champ visuel, que ce soit dans le sens latéral ou dans le sens vertical. Cette moitié est précisément celle vers laquelle devrait être tournée la pupille, si tel ou tel muscle n'était pas paralysé; en un mot, la diplopie n'existe qu'au moment où devrait fonctionner le muscle paralysé. Il faut ajouter aussi que les images doubles sont d'autant plus écartées l'une de l'autre que l'action du muscle devrait être portée à son maximum.

Comment arrive-t-on, lorsqu'il y a diplopie dans une des moitiés latérales du champ visuel, à savoir de quel côté est la paralysie, si elle vient du droit externe d'un côté ou du droit interne de l'autre?

Comment résout-on le même problème quand la diplopie occupe une des moitiés verticales du champ visuel?

Nous supposons que le cas présente quelque difficulté, c'est-à-dire que le strabisme est à peine apparent, que l'arc excursif de l'œil est peu diminué, que la diplopie accusée par le malade est à peu près le seul signe manifeste, comme il arrive dans beaucoup de paralysies incomplètes. Voici le procédé suivi généralement:

On se sert de verres colorés en rouge ou en bleu: les malades étant dans une chambre obscure portent devant l'un des yeux, n'importe lequel, un de ces verres colorés. L'explorateur, placé à 3 ou 4 mètres, et muni d'une bougie allumée, commande au malade de tenir la tête fixe et de suivre la flamme de cette bougie dans tous les points où il la portera, c'est-à-dire en haut, en bas, à droite, à gauche, ou bien encore dans des directions intermédiaires à ces points. Si l'un quelconque des muscles est incapable de porter l'œil dans le sens indiqué, l'œil sain seul pourra fixer la lumière, et alors, les deux yeux cessant de converger vers ce même point, la lumière de la bougie ira former son image sur la rétine en des points qui ne seront pas identiques: il y aura diplopie, l'une des images paraîtra colorée suivant la couleur du verre.

Prenons un exemple: un malade présente de la diplopie lors-

qu'il regarde à gauche: évidemment l'un des deux muscles qui portent les yeux à gauche, le droit externe gauche ou le droit interne droit, est paralysé. Pour déterminer lequel des deux, plaçons un verre rouge au devant de l'un des yeux, le gauche, si l'on veut. L'image rouge se trouvera à droite ou à gauche de celle qui n'est pas colorée; si elle est à droite, les images sont croisées. Or la physiologie nous enseigne que, lorsque les images sont croisées, les axes optiques se décroisent ou divergent; qu'inversement, lorsque les images ne se croisent pas, les axes optiques se croisent: donc, dans le cas particulier, les axes optiques divergent, c'est-à-dire que l'œil droit n'a pu suivre l'œil gauche, et que la paralysie porte sur le muscle droit interne du côté droit. Si les images étaient homonymes, c'est-à-dire non croisées, cela signifierait que les axes optiques se croisent, que l'œil gauche n'a pu se porter suffisamment en dehors, que son muscle droit externe est paralysé. Généralisant le fait, nous dirons que *dans la paralysie d'un des droits internes les images sont croisées, tandis que dans la paralysie d'un des droits externes les images sont homonymes ou directes.*

Autre exemple: un malade présente de la diplopie lorsqu'il regarde en bas: c'est qu'évidemment les agents de l'abaissement sont paralysés dans l'un des deux yeux. Il s'agit de déterminer quel est l'œil atteint de paralysie et quel est celui des deux muscles abaisseurs de cet œil (droit inférieur et grand oblique) qui est paralysé.

Plaçons un verre rouge au devant de l'un des deux yeux, le gauche, si l'on veut. L'image rouge se trouvera au-dessus ou au-dessous de l'autre image; si elle se trouve au-dessous, c'est que l'image rétinienne de ce côté se fait au-dessus de la *macula*, c'est-à-dire que l'œil gauche n'a pu s'abaisser autant que l'autre, et que c'est du côté gauche qu'a lieu la paralysie; si au contraire l'image rouge était au-dessus de l'autre, la paralysie frapperait l'œil droit.

Généralisant le fait, nous dirons que *dans la diplopie inférieure l'image située le plus bas est celle que voit l'œil paralysé.*

Il reste à déterminer celui des deux muscles abaisseurs qui est paralysé. Or, dans le cas que j'ai supposé, les images ne sont pas seulement situées directement l'une au-dessus de l'autre, mais elles subissent encore un écartement latéral, lorsque les yeux qui regardent en bas se portent en même temps en dedans ou en dehors; elles sont aussi croisées ou homonymes (1).

(1) Si, dans toute l'étendue du champ visuel latéral, les deux images restaient

Si elles sont croisées, c'est un muscle agissant comme le droit interne, c'est-à-dire adducteur, qui sera paralysé : ce sera donc le droit inférieur. Si les images sont homonymes, ce sera un muscle agissant comme le droit externe, c'est-à-dire abducteur, qui sera paralysé : ce sera donc le grand oblique.

Un même raisonnement est applicable à la paralysie des muscles éleveurs.

En résumé, la diplopie dans le champ visuel latéral est due à la paralysie de l'un des muscles droits latéraux.

Les images sont *croisées* dans la paralysie du droit interne.

Les images sont *homonymes* ou *directes* dans la paralysie du droit externe.

La diplopie dans le champ visuel inférieur ou supérieur est due : dans le premier cas, à la paralysie du droit inférieur ou du grand oblique (ou des deux à la fois, ce qui est fort rare); dans le second cas, à la paralysie du droit supérieur ou du petit oblique (ou des deux à la fois, ce qui est également fort rare).

Si la diplopie inférieure est le résultat de la paralysie du grand oblique, les images seront *homonymes*.

Les images seront *croisées*, si la diplopie résulte de la paralysie du droit inférieur.

De même, pour la diplopie dans le champ visuel supérieur, la paralysie du petit oblique donnera des images homonymes, et celle du droit supérieur des images croisées.

Revenons maintenant à l'étude du strabisme vrai ou strabisme proprement dit. Tantôt il y a prédominance d'action du droit interne, l'œil est dévié en dedans, le strabisme est *convergent*, c'est de beaucoup le plus fréquent. Donders a démontré qu'il était très souvent lié à l'hypermétropie, en raison des efforts continuels de convergence que doit faire le sujet pour remédier au vice de conformation de son œil. Tantôt il y a prédominance d'action du droit externe sur l'interne, l'œil est dévié en dehors : c'est le strabisme *divergent*, généralement lié à la myopie. On conçoit tout l'intérêt pratique que présente la relation directe du strabisme avec la myopie et l'hypermétropie, puisqu'en faisant porter aux enfants les verres appropriés à leur état on pourra, lorsqu'il

constamment sur une même ligne verticale, c'est qu'il y aurait une paralysie simultanée des deux muscles abaisseurs, ce qui est fort rare.

n'est encore qu'*intermittent*, s'opposer à l'établissement du strabisme *permanent*.

Lorsque dans le strabisme convergent il y a prédominance d'action des muscles droits internes de chaque côté, avec acuité visuelle égale des deux yeux, le sujet louchera tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, le strabisme sera *alternant*.

L'emploi des verres appropriés, l'exercice de la vision binoculaire à l'aide du stéréoscope conseillé par M. Javal, constituent la meilleure méthode de traitement, mais on devra souvent, lorsque le strabisme est très prononcé et définitif, y joindre la strabotomie, c'est-à-dire la section du tendon du muscle vers lequel l'œil est dévié, ordinairement par conséquent du droit interne. La vision binoculaire ne se rétablira pas tout de suite après l'opération, mais on en facilitera le retour par l'emploi du stéréoscope.

Voici le procédé opératoire à suivre pour pratiquer la strabotomie.

Strabotomie ou myotomie oculaire. — Cette opération consiste dans la section d'un ou plusieurs tendons des muscles de l'œil, généralement des droits. Simple en elle-même, elle exige une connaissance exacte de l'insertion des muscles droits sur la sclérotique. Je rappellerai à cet égard que l'insertion ne se fait pas à la même distance de la cornée pour chaque muscle, elle est successivement à 5, 6, 7 et 8 millimètres, en partant du droit interne pour aboutir au droit supérieur, en sorte que la ligne d'insertion des muscles représente une spirale et non une circonférence.

Les tendons, faciles à reconnaître sur le vivant, se présentent sous la forme de fibres nettement parallèles, blanches, nacrées, très brillantes, distinctes par conséquent de la sclérotique dont la teinte est d'un blanc mat uniforme. L'insertion se fait sur une surface très étroite.

La conjonctive glisse facilement au devant du tendon : aussi, pour découvrir celui-ci, suffit-il de soulever avec une pince la conjonctive au niveau du point d'insertion, de diviser avec des ciseaux courbes le pli ainsi formé, et d'inciser l'aponévrose dans un second temps. Il sera alors facile de passer au-dessous du muscle un crochet mousse et d'en pratiquer la section.

On obtiendra un résultat très différent suivant qu'avec le muscle on incisera une portion plus ou moins grande d'aponévrose. En

effet, d'une part cette aponévrose s'attache autour de la cornée sur la sclérotique au devant de l'insertion des droits; d'autre part la gaine fibreuse fournie par l'aponévrose au muscle est fort résistante et adhérente à ce muscle, et cette gaine fibreuse adhérente au muscle est elle-même solidement fixée au rebord de l'orbite. Il en résulte que, même après la section du tendon d'insertion, la contraction du muscle correspondant ne sera pas sans action sur le globe de l'œil, à condition que la gaine fibreuse ait été respectée. Il ne faudrait pas croire, en effet, qu'une fois le tendon coupé le muscle se rétractera dans l'orbite, ce qui aurait lieu, si la gaine dont il est enveloppé ne lui était pas adhérente. Mais, si le chirurgien, ne limitant pas la section au tendon, va trop loin en arrière; s'il entame le corps charnu du muscle, s'il divise la gaine fibreuse qui l'entoure, le muscle deviendra alors complètement isolé du globe; il se rétractera dans la loge postérieure, son action sera absolument annulée, et le résultat obtenu dépassera de beaucoup le but à atteindre, c'est-à-dire qu'à un strabisme peut-être léger succédera un strabisme énorme du côté opposé; le globe de l'œil fera en avant une saillie due à l'action des obliques que ne pourra plus contre-balancer suffisamment l'action des droits.

Il y a donc une certaine mesure à observer dans la section du tendon et de son enveloppe fibreuse. Il faut diviser assez et pas trop, sous peine de n'avoir aucun résultat ou d'obtenir un strabisme opposé et incurable avec saillie du globe: là est toute la difficulté de la strabotomie. Un strabisme très prononcé nécessitera une plus grande incision qu'un strabisme léger, cela est évident: aussi n'est-ce que par l'examen attentif, la mensuration exacte du degré de strabisme et aussi, il faut bien le dire, après une expérience acquise, que le chirurgien trouvera la mesure juste à donner à sa section.

En résumé, il faut procéder de la façon suivante:

- 1° Après les précautions antiseptiques préliminaires, écarter les paupières avec le blépharostat;
- 2° Saisir la conjonctive avec une pince à griffes, la diviser avec des ciseaux, ainsi que la couche sous-conjonctivale, et ensuite l'aponévrose recouvrant le tendon;
- 3° Passer un crochet mousse sous le tendon et le soulever;
- 4° Diviser le tendon avec les ciseaux.

Comme pansement: lavage de l'œil, léger bandeau compressif.

2° AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA RÉGION PALPÉBRALE.

La région palpébrale, constituée exclusivement par les paupières, est susceptible d'être atteinte par des blessures, des brûlures, des inflammations, des lésions organiques et des déformations multiples.

A. Blessures des paupières. — Les blessures des paupières sont des plaies simples ou contuses et des contusions.

Une *plaie* de la paupière peut n'intéresser que la superficie de cette membrane ou bien la traverser intégralement pour atteindre soit le globe de l'œil, soit la loge postérieure de l'orbite, suivant le point de la paupière intéressé. Je n'ai pas besoin d'insister sur le diagnostic.

Il ne sera pas non plus difficile en général de reconnaître la variété de l'instrument qui les a produites.

Après avoir lavé la plaie avec une solution phéniquée, faites la réunion immédiate aussi souvent que cela sera possible, c'est-à-dire quand la plaie n'est pas trop contuse, et même dans ce cas rapprochez avec soin les bords pour éviter l'ectropion ultérieur.

La *contusion* des paupières présente quelques caractères spéciaux en rapport avec la structure de ces parties. L'épanchement sanguin se fait toujours dans la couche celluleuse très lâche qui est située entre le muscle orbiculaire et le cartilage tarse: aussil le sang s'infiltré très rapidement dans cette couche et donne naissance à une bosse sanguine quelquefois énorme et à de larges ecchymoses qui recouvrent complètement le globe de l'œil. L'application de quelques compresses résolutive suffira pour amener une guérison rapide.

B. Brûlures des paupières. — Les brûlures des paupières ne sont pas rares et ont été fréquemment produites dans ces dernières années par la projection d'acide sulfurique sur le visage. Le traitement est celui des brûlures en général: enduire la partie brûlée de liniment oléo-calcaire et recouvrir d'ouate. Lorsque survient la cicatrice, il faut s'opposer autant que possible à la déviation du bord libre, à la production de l'ectropion, au tiraillement des commissures: mais nous ne pouvons rien en général contre la formation du tissu cicatriciel ni contre sa rétraction ultérieure. On