

qu'on lui présente, on masque, à l'aide de la main, l'œil sain, l'œil strabique se redresse; tandis que, dans le strabisme *fixe*, l'œil dévié conserve sa situation primitive en dépit des efforts du malade pour le redresser. Il se peut que, dans ces cas, l'œil soit retenu par des brides inodulaires qui ont succédé à une inflammation suppurative; on dit alors qu'il y a *strabisme ankylosé, ankylose de l'œil*. Chez certains sujets, le strabisme se montre tantôt d'un côté, tantôt de l'autre; le strabisme est alors *double alternatif*.

L'étendue de la déviation de l'œil n'est pas la même dans ces diverses variétés; de là une division du strabisme en trois degrés: au premier, une portion assez considérable de la région scléroticale reste à découvert en dehors de la caroncule (nous supposons un strabisme convergent); au second degré, la circonférence de la cornée touche le grand angle; au troisième, la cornée est enfoncée derrière la commissure nasale, au point que la moitié et même une plus grande portion en est parfois cachée.

Symptômes. Le strabisme se révèle à l'observateur par la *déviatio d'un des axes optiques*, pendant la vision *binoculaire*. En d'autres termes, on voit qu'un des yeux se porte vers l'objet que le malade regarde, pendant que l'autre s'en éloigne dans un sens ou dans un autre. Si, ordonnant au malade de continuer à regarder l'objet, on cache l'œil sain, avec la main placée au-devant de lui, on voit l'œil strabique se redresser lentement et son axe optique aller à la rencontre de l'objet. A ce moment, si on démasque l'œil sain, on reconnaît que ce dernier a éprouvé une déviation égale au redressement de l'œil strabique, ce qui s'explique par la loi des *mouvements associés* des muscles de l'œil.

En général, la vision est moins bonne dans l'œil strabique que dans l'œil sain. Cela tient quelquefois à une disposition primitive, antérieure au strabisme lui-même; le plus souvent cela résulte de l'inaction prolongée de l'œil strabique, ce dernier ne servant pas à la vision; ou bien encore de ce que le globe est comprimé par le fait de la rétraction musculaire, ainsi que le prouve l'amélioration de la vision après la section d'un des muscles. L'affaiblissement de la vision est généralement proportionnel au degré de la déviation. La *DIPLOPIE* est rare chez les strabiques; cela résulte de ce que l'image de l'objet que le malade regarde se forme sur une portion d'autant plus éloignée, c'est-à-dire plus relativement affaiblie, de la *macula*, dans l'œil dévié, que le strabisme est plus prononcé.

Diagnostic. Lorsque le strabisme n'existe qu'à un faible degré, il peut être méconnu. Pour s'assurer de l'existence de l'affection, on fait placer le sujet debout à une distance de quelques mètres du médecin. Celui-ci lui commande de fixer un objet, en se rapprochant peu à peu. Pendant cette épreuve, on assiste à la déviation de l'un des yeux.

On a vu plus haut que le strabisme était divisé en trois degrés, d'après l'étendue de la déviation de l'œil. Quelques chirurgiens modernes ne se contentent pas de cette appréciation, qu'ils trouvent trop vague. Ils veulent que l'on détermine exactement le degré de déviation par une mensuration mathématique.

Un cas de strabisme étant donné, on aura à rechercher s'il est de nature

spasmodique, paralytique, ou mécanique, attendu que le traitement est différent dans les trois cas. Le strabisme *paralytique* diffère du *spasmodique*, en ce que, dans le premier, si on cache l'œil sain, l'œil strabique ne se redresse qu'imparfaitement pour faire converger son axe optique sur l'objet présenté au malade. Dans le strabisme *spasmodique* au contraire, si on met la main devant l'œil sain, l'œil strabique reprend une situation en rapport avec l'objet, pendant que l'œil sain se dévie à son tour. Le strabisme *mécanique* est souvent le résultat de la présence d'une tumeur de l'orbite.

Marche. Terminaisons. Le strabisme guérit parfois spontanément, notamment chez les nouveau-nés et les très-petits enfants. Passé un certain âge, il ne faut plus compter sur cette terminaison favorable. Chez les enfants, le strabisme *convergent* se convertit parfois en *divergent*. Chez d'autres sujets, le strabisme, qui existait primitivement d'un seul côté, devient *alternant*. Abandonnée à elle-même, l'affection, restant bornée à un seul œil, donne lieu parfois à d'autres conséquences fâcheuses: le muscle contracté subit peu à peu la dégénérescence fibreuse, en même temps que le muscle antagoniste relâché et allongé s'affaiblit graduellement.

Pronostic. Il est doublement fâcheux, au point de vue de l'esthétique et de la faculté visuelle de l'œil affecté. Si le strabisme, à un très-faible degré, est une difformité légère, il n'en est plus de même quand la déviation oculaire est plus prononcée. On sait à quelles tribulations les louches sont exposés, les quolibets qu'ils s'attirent. Quand la difformité est portée à un certain degré, elle est un motif d'exclusion pour certaines carrières. Rappelons que la faculté visuelle s'amointrit par degrés dans l'œil dévié.

Traitement. Avant l'invention de l'opération de la strabotomie, on avait recours à divers artifices, pour obtenir le redressement de l'œil strabique. Partant de ce principe, que l'œil dévié est plus faible que l'autre; que la vision étant confuse par le fait de cette inégalité de force, l'œil le plus faible se détourne instinctivement, pour laisser l'œil le plus fort exercer la vision; Buffon conseillait de cacher l'œil le plus fort, pour fortifier par l'exercice la faculté visuelle de l'œil le plus faible. Le grand naturaliste s'était complètement trompé sur la cause la plus fréquente du strabisme. Il ne s'était pas d'ailleurs aperçu qu'en cachant l'œil sain pour obtenir le redressement de l'œil strabique, le premier subit une déviation secondaire. C'est précisément là aussi l'inconvénient inhérent au genre de lunettes appelées *louchettes*; l'expérience démontre que l'œil non strabique regarde seul à travers le trou de la coquille, pendant que l'œil strabique ne fait pas le moindre effort pour se redresser. La vision est *unioculaire* et non *binoculaire*. On a pensé qu'en ne laissant libre que l'ouverture correspondante à l'œil strabique, et en fermant celle qui correspond à l'œil sain, le premier serait forcé de se redresser pour l'accomplissement de la vision. Le résultat est conforme aux prévisions; mais, dans ce cas, l'œil sain subit la déviation secondaire. Saint-Yves veut que le malade se place, chaque jour, deux fois, pendant un quart d'heure, devant une glace et qu'il cherche à voir, de chaque œil, la pupille correspondante. Jüngken applique une mouche de taffetas d'Angleterre sur le côté de l'orbite opposé au stra-

bisme ; il la change un peu de place tous les jours, afin que la gêne et le prurit qu'elle cause, en se desséchant et en se plissant, forcent l'enfant à y porter le regard. On continue ce moyen pendant plusieurs mois. Cet artifice a pour effet de fortifier le muscle antagoniste de celui qui est retracté. Un moyen qui se rapproche du précédent consiste à tracer une marque avec de la craie sur un tableau noir, et à placer l'enfant de profil auprès du tableau, afin que le petit malade se livre à des efforts continuels pour regarder la ligne blanche dans une direction opposée à celle de la déviation.

Le docteur Paris se loue beaucoup d'une certaine *gymnastique* qu'il fait exécuter aux paupières et au globe. Il vante aussi un autre moyen qu'il a employé concurremment : c'est un verre noir de lunette, dans le centre duquel est enchâssé un morceau de verre de la grosseur d'un pois, taillé de manière à être le plus brillant possible. De cette façon, la pupille est toujours frappée par l'éclat seul de ce noyau étincelant qui l'attire directement, et au travers duquel la lumière parvient au centre de l'œil.

Giraud-Teulon a préconisé l'emploi méthodique des *lentilles prismatiques*. Dieffenbach est parvenu à guérir certains strabismes, d'un faible degré, en attirant mécaniquement l'œil du côté opposé à la déviation, *par une perte de substance à la conjonctive et au tissu cellulaire sous-conjonctival*.

Tous ces moyens ont une efficacité douteuse, et comportent un traitement fort long. La section du muscle retracté, c'est-à-dire la *strabotomie*, agit plus rapidement, et fournit des résultats plus certains.

DE LA STRABOTOMIE.

L'idée de couper les muscles de l'œil pour guérir du strabisme, semble devoir être rapportée à Taylor (1737). A partir de cette époque, l'opération du strabisme n'est plus mentionnée jusqu'en 1838, où elle est pratiquée sur le cadavre par Stromeyer, et soumise pour la première fois à une description méthodique. L'opération a été faite sur le vivant, pour la première fois, par Pauly (de Landau), mais sans succès. Dieffenbach l'exécuta, avec réussite complète, sur un enfant de sept ans, atteint de strabisme convergent, le 13 novembre 1839. (Pour de plus amples renseignements historiques, consultez mon *Traité des Maladies des Yeux*, t. II, p. 646 et suiv.)

Indications et contre-indications. On n'opérera le strabisme que lorsque la déviation de l'œil existe depuis un certain temps. En effet, certains strabismes guérissent spontanément, alors que la cause qui les a entretenus a disparu elle-même. Ainsi, chez les enfants, le strabisme a quelquefois cessé après l'expulsion des vers intestinaux. L'opération est surtout applicable au strabisme *spasmodique* ; néanmoins la strabotomie a donné de bons résultats dans le strabisme *paralytique* (voy. p. 273).

A quel âge faut-il opérer ? La plupart des chirurgiens prescrivent de ne pas opérer avant l'âge de huit à dix ans, parce qu'il est nécessaire que l'enfant ait une certaine dose de raison pour se soumettre aux manœuvres opératoires. Si cependant on se rappelle que la déviation oculaire amène un affaiblissement graduel de la rétine ; qu'on peut, au moyen de certains

artifices, attacher les enfants et maîtriser les mouvements de ceux qui sont les plus indociles, qu'il en est qui sont pleins de courage et de résignation avant l'âge de huit ans, pendant que d'autres plus âgés sont intraitables, on incline à poser, comme règle générale, d'opérer vers l'âge de cinq à six ans. Il est bien entendu qu'avec les moyens anesthésiques, toute crainte de résistance est écartée. La vieillesse ne contre-indique pas l'opération. Dieffenbach a pratiqué la strabotomie sur un sujet âgé de soixante-cinq ans.

Il est des circonstances où l'opération est formellement contre-indiquée : c'est quand l'œil strabique est atteint d'une cataracte centrale, quand l'organe s'est dévié après l'établissement d'une pupille artificielle ou à la suite d'une synéchie antérieure.

La strabotomie n'étant pas une opération d'urgence, on se mettra dans de bonnes conditions de santé générale de l'opéré ; on évitera de la faire s'il existe quelque inflammation de l'œil ou de ses annexes.

Manuel opératoire. Les instruments nécessaires sont : deux blépharostats, ou un dilateur palpébral, une érigne double, une pince à griffes, un crochet mousse, des ciseaux de moyenne force, très-légèrement courbes sur le plat ; quelques morceaux d'éponge, avec le porte-éponge pour étancher le sang qui s'écoule pendant les manœuvres et qui gêne l'inspection des parties profondes. Le malade est assis sur une chaise basse, la tête appuyée sur la poitrine d'un aide qui est placé derrière lui et qui a pour fonctions aussi de relever la paupière supérieure, pendant qu'un autre aide abaisse la paupière inférieure. Il est préférable d'opérer les enfants sur un lit ; pour se mettre à l'abri des mouvements désordonnés qu'ils exécutent, on les assujettit solidement sur une planche au moyen d'une sangle (voy. p. 155 de ce volume).

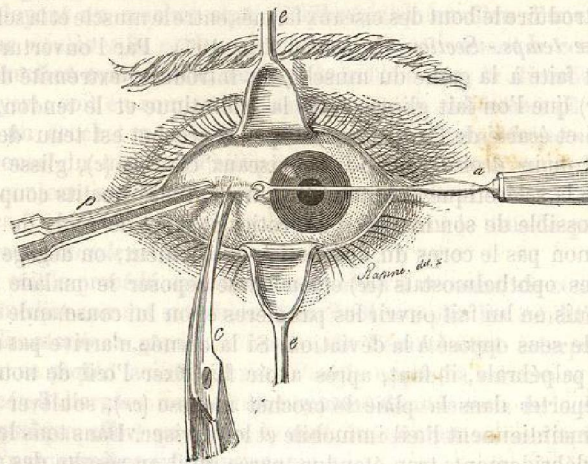


Fig. 196.

Premier temps. Section de la conjonctive et du fascia sous-conjonctival. Supposons que l'on ait à faire la division du muscle droit interne de l'œil gauche pour un strabisme convergent de ce côté (voy. fig. 196).