

Les paupières de l'œil à opérer sont largement écartées par les aides au moyen d'un élévateur et d'un abaisseur, ou bien au moyen du dilatateur palpébral. L'œil sur lequel on n'opère pas est caché par un bandeau. Le chirurgien, placé en face du malade, si celui-ci est assis; placé à gauche ou à droite du patient, si celui-ci est couché; le chirurgien implante l'érigne double (a) dans la sclérotique, à 2 millimètres en dedans de la circonférence de la cornée, et près de la partie correspondante à l'insertion antérieure du muscle droit interne. L'érigne est tenue horizontalement, c'est-à-dire parallèlement à l'axe transversal de l'orbite, par la main d'un aide à qui le chirurgien commande de faire une traction à un degré suffisant pour entraîner l'œil vers la région temporale. Cette manœuvre est délicate, et il faut que l'aide s'y soit exercé. Quelques chirurgiens, French, Sotteau, Ferral, Rognetta, de Græfe, rejettent l'emploi de l'érigne. Ils attirent l'œil dans le sens opposé à la déviation avec la pince qui sert à saisir la conjonctive, comme nous allons l'indiquer.

Avec la pince à griffes (p, fig. 196), tenue de la main gauche, le chirurgien saisit un repli de la conjonctive scléroticale, à 2 ou 3 millimètres en dedans de l'implantation de l'érigne, ou, s'il se passe de l'érigne, à 2 millimètres du bord interne de la cornée. Le pli conjonctival est *horizontal*, c'est-à-dire parallèle au diamètre transverse de l'orbite; on en pratique la section perpendiculairement à sa direction, dans une étendue de 4 millimètres, au moyen de l'extrémité des ciseaux (c, fig. 196), dont on tourne la face concave vers le bulbe et le bec vers l'angle interne de l'orbite. On coupe ensuite le fascia sous-conjonctival, en se servant du bec des ciseaux qu'on introduit dans l'ouverture conjonctivale, puis on pratique dans la capsule aponévrotique, vers le bord inférieur du muscle, une ouverture assez grande pour pouvoir introduire le bout des ciseaux fermés entre le muscle et la sclérotique.

Deuxième temps. Section du tendon (fig. 197). Par l'ouverture que les ciseaux ont faite à la gaine du muscle, on introduit l'extrémité du crochet mousse (cr) que l'on fait glisser entre la sclérotique et le tendon. Celui-ci est soulevé et écarté de l'œil. Pendant que le crochet est tenu de la main gauche, la main droite reprend les ciseaux courbes (c), glisse l'une des lames entre la sclérotique et le tendon, qui est divisé à petits coups et aussi près que possible de son insertion scléroticale. Il est de règle de couper le tendon et non pas le corps du muscle. A ce moment, on dégage l'érigne, on retire les ophthalmostats (ee) et on laisse reposer le malade quelques instants; puis on lui fait ouvrir les paupières et on lui commande de porter l'œil dans le sens opposé à la déviation. Si la cornée n'arrive pas au centre de la fente palpébrale, il faut, après avoir fait fixer l'œil de nouveau par l'érigne, reporter dans la plaie le crochet mousse (cr), soulever quelques brides qui maintiennent l'œil immobile et les diviser. Dans tous les cas, on évitera les débridements trop étendus, parce qu'il en résulte des accidents que nous exposerons plus loin.

Pansement. Traitement consécutif. On applique sur l'œil opéré une compresse imbibée d'eau froide qu'on renouvelle à mesure que le liquide s'évapore. Ce pansement est continué pendant deux ou trois jours. L'appli-

cation de sinapismes aux membres inférieurs, plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, l'administration tous les matins à jeun d'un léger purgatif, une diète modérée, la précaution de ne pas exposer l'œil opéré au froid, et

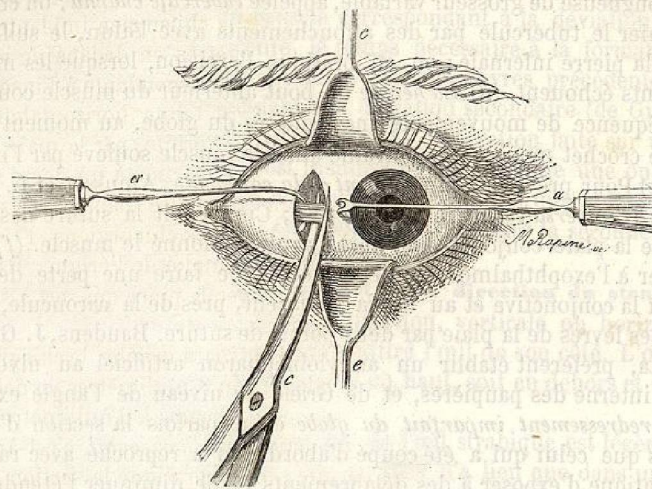


Fig. 197.

surtout au froid humide, ni aux courants d'air, préviennent toute réaction fâcheuse. S'il en était autrement, on emploierait, dès le début des accidents inflammatoires, un traitement antiphlogistique actif.

Le manuel opératoire qui vient d'être décrit a été diversement modifié, soit en employant un crochet aigu (Dieffenbach), au lieu d'une pince à griffes, pour soulever la conjonctive; soit en sectionnant la conjonctive dans une direction *transversale*, au lieu de le faire dans la direction *verticale* (L. Boyer); soit en coupant le muscle avec un *strabotome* (E. Meyer), c'est-à-dire un crochet mousse à bistouri caché; soit en *réséquant* l'extrémité tendineuse du muscle (Phillips); soit en coupant d'un seul coup le repli de la conjonctive et le muscle subjacent saisis ensemble avec deux fortes pinces à griffes (Velpeau); soit en sectionnant le muscle par la *méthode sous-conjonctivale* (J. Guérin), etc.

Quel que soit le procédé opératoire auquel on a recours, on considère le résultat immédiat comme satisfaisant, si l'œil remplit les conditions suivantes: 1° la cornée a gagné le centre de l'écartement interpalpébral; 2° l'œil peut se porter facilement vers l'angle opposé à celui vers lequel il était entraîné; 3° l'organe ne peut être ramené dans le sens de la déviation primitive, quelque effort que fasse le malade, ou tout au moins il ne s'y porte que d'une manière très-restreinte.

Accidents consécutifs. (a) *L'hémorragie* est rare et s'arrête promptement par l'application de topiques réfrigérants. La même médication est applicable aux cas où le sang, s'infiltrant sous la conjonctive, forme une *ecchymose* ou un *thrombus*. (b) *L'inflammation* reste généralement circon-

scrite et le phlegmon du tissu cellulaire de l'orbite est l'exception. (c) On a noté parfois, après la section de l'abducteur, surtout lorsqu'on a disséqué au loin le muscle et débridé trop largement la gaine, la production d'une masse fongueuse de grosseur variable, appelée *tubercule charnu*; on cherche à atrophier le tubercule par des attouchements avec l'alun, le sulfate de cuivre, la pierre infernale; on en pratique l'excision, lorsque les moyens précédents échouent. (d) La *hernie* du bout antérieur du muscle coupé est la conséquence de mouvements inconsidérés du globe, au moment où on retire le crochet mousse qui entraîne ainsi le muscle soulevé par l'instrument. (e) Pour prévenir l'*enfouissement de la caroncule*, Amussat et L. Boyer incisent *transversalement* la conjonctive; Cunier fait la suture des deux lèvres de la plaie conjonctivale, après avoir sectionné le muscle. (f) Pour remédier à l'exophthalmos, Cunier conseille de faire une perte de substance à la conjonctive et au fascia subjacent, près de la caroncule, et de réunir les lèvres de la plaie par deux points de suture. Baudens, J. Guérin, Rognetta, préfèrent établir un ankyloblepharon artificiel au niveau de l'angle interne des paupières, et de Græfe au niveau de l'angle externe. (g) Le *redressement imparfait du globe* exige parfois la section d'autres muscles que celui qui a été coupé d'abord; on a reproché avec raison à cette pratique d'exposer à des délabrements et de diminuer l'étendue des mouvements de l'œil en divers sens. Les *exercices orthophtalmiques* de l'œil opéré réussissent parfois à en achever le redressement. Il ne faut pas non plus se faire illusion sur la valeur des préceptes formulés par de Græfe, de *proportionner* la ténotomie au degré de la déviation, c'est-à-dire de couper une partie ou la totalité du tendon, de faire à la conjonctive une plaie petite ou grande, de faire ou non une suture à la conjonctive. Ces précautions échouent, quand le strabisme est dû à l'action de plusieurs muscles. Dieffenbach veut qu'en cas de strabisme au troisième degré, on cherche à *faire greffer* le muscle coupé sur un point plus reculé de la sclérotique, en fixant l'œil pendant deux jours dans un sens opposé à la déviation primitive, au moyen d'un fil passé dans le tendon du muscle coupé et fixé par un emplâtre agglutinatif sur un point convenable de la face. On a généralement abandonné une *opération secondaire* faite sur le muscle primitivement coupé, parce que de cette façon on risque de produire un strabisme en sens inverse. La *strabotomie des deux muscles du même nom, aux deux yeux*, soit dans la même séance, soit à un certain intervalle de temps, a été préconisée par Nobèle, Doubowitski, Lucas, L. Boyer, Deval, etc. Par cet artifice, on ne fait que rétablir la convergence des axes optiques dans certains mouvements des yeux et non dans tous; mais cela suffit pour rétablir l'harmonie de situation des yeux, c'est-à-dire pour corriger la difformité du regard. (h) Le *strabisme inverse consécutif* est la conséquence de ce que le muscle a été coupé loin de son insertion à la sclérotique, ou bien encore de ce qu'on a fait des débridements étendus. On y remédie de diverses manières: si la déviation n'est pas très-marquée, on pratique la section du muscle *opposé* de l'œil *sain* (L. Boyer), afin de rétablir le parallélisme des axes optiques. Ainsi, a-t-on fait primitivement la section de

l'*abducteur* de l'œil gauche, on coupe plus tard l'*abducteur* de l'œil droit. Si la déviation secondaire est plus prononcée, il faut ramener l'insertion du muscle coupé, *plus en avant* sur la sclérotique, par une dissection convenable, et maintenir le globe en sens opposé à la déviation, par des fils passés à travers le tendon du muscle correspondant à la déviation secondaire et la sclérotique sous-jacente, le temps nécessaire à la formation de nouvelles adhérences. On peut combiner les manœuvres précédentes avec la section du muscle correspondant à la déviation secondaire (de Græfe).

Traitement du strabisme alternatif. Si l'opération faite sur un seul œil, celui qui est le plus dévié, est insuffisante, on pratique une opération *secondaire* sur l'œil qui n'a pas été touché, et cela quel que soit celui des deux yeux qui reste strabique. On peut, avant de faire la seconde opération, essayer les *lunettes orthophtalmiques*.

Variétés de l'opération par rapport à la direction du strabisme. Lorsque l'œil est dévié dans une *seule* direction, verticale ou horizontale, on se contente d'opérer le muscle qui a attiré l'œil de son côté. L'œil peut être dévié *obliquement*, soit en dehors et en haut, soit en dehors et en bas. Ici il faut distinguer deux cas :

1° Si la déviation en haut ou en bas de l'œil strabique est légère, si la *déviation secondaire* de l'œil sain (voy. p. 280) n'a lieu que dans une *seule* direction principale, la strabotomie sera faite du côté strabique, sur le *seul* muscle correspondant à celui qui produit la déviation de l'œil sain.

2° Si la déviation oblique de l'œil strabique est très-prononcée, on commence par faire la section du muscle droit interne ou du muscle droit externe, suivant que le strabisme est convergent ou divergent. Plus tard seulement, on pratique la section du muscle droit supérieur ou du droit inférieur, d'après le sens de la déviation verticale concomitante.

ARTICLE IV.

Nystagmus.

C'est une affection caractérisée par des mouvements involontaires et en quelque sorte oscillatoires du globe oculaire. On l'a désignée aussi sous les noms d'*oscillation oculaire, balancement, tremulus de l'œil*.

Symptômes. Le nystagmus est *mono* ou *binoculaire*; il peut être *continu* ou *intermittent, simple* ou *composé*. Les yeux sont agités de mouvements en divers sens; dans les cas légers, c'est un mouvement de rotation du globe sur l'axe antéro-postérieur; dans les cas plus graves, c'est un déplacement latéral de l'œil. Les oscillations sont quelquefois très-fréquentes; on en a compté jusqu'à cent quatre-vingts par minute. Le patient n'a pas conscience de ces mouvements, qui sont soustraits à l'empire de la volonté. J'ai observé un cas de nystagmus *volontaire* (voy. mon *Traité des Maladies des Yeux*, t. II, p. 660). Les émotions morales augmentent le nombre de balancements de l'œil; il en est de même de l'exercice du sens de la vue porté jusqu'à la fatigue. Le repos du corps et de l'esprit produit