

ventouses Heurteloup, plus brutales, la révulsion à la tempe (vésicatoires volants), le décubitus dorsal et le traitement hydrargyrique et iodo-bromuré : même à la concentration de 10 pour 100, elles entraînent une violente douleur et une vive réaction ; il est prudent de faire préalablement une injection de morphine à la tempe. Elles peuvent précéder ou suivre plus tard la ponction, suivant l'état et l'âge du décollement. Tout au début, *tant que le décollement n'a pas encore fusé en bas*, elles seraient seules indiquées avec les pointes de feu. Quand le décollement est fixé, on pourra les tenter seules ou suivies ultérieurement de la ponction, surtout en cas d'insuccès plus ou moins complet des injections.

Quant à la ponction, il est dangereux de la répéter plusieurs fois, ces yeux hypotones n'ayant que trop de tendance à diminuer de volume, à s'enflammer et à s'atrophier. A la rigueur une deuxième ponction sera faite dans certains cas seulement et on s'en tiendra là.

§ III. — Embolie et ischémie.

Dans l'embolie et dans l'ischémie de la rétine, des paracentèses et même l'iridectomie ont été pratiquées pour faire voyager le caillot plus en avant ou affluer le sang, en diminuant brusquement la tension intra-oculaire. Toutefois ces opérations, qui d'ailleurs semblent inoffensives (paracentèse), seront en général mal interprétées par le malade et on fera souvent bien de s'en tenir au massage de l'œil, aux révulsifs et à d'autres moyens locaux et généraux.

CHAPITRE DIXIÈME

NERF OPTIQUE

§ I. — Affections diverses (atrophies, névrites).

Les opérations sur le nerf optique, lorsque le globe est conservé, sont assez délicates et obligent à désinsérer un des muscles, droit interne ou droit externe, pour pouvoir arriver sur le nerf. C'est ainsi qu'on a pratiqué l'*élongation*¹, (de Wecker) avec un crochet mousse, le *débridement des gaines* (de Wecker), la *section simple* du nerf optique pour obvier à la persistance de sensations lumineuses pénibles chez certains aveugles (de Græfe), la *section du nerf optique au sommet de l'orbite* dans le cas de gliome propagé au nerf (de Græfe), la *section intra-oculaire* des nerfs ciliaires par une incision sclérale derrière la *région ciliaire* (E. Meyer, de Græfe, 1866), la *section des nerfs ciliaires* extérieurs pour obvier à l'irritation et à l'ophtalmie sympathique (de Græfe, Snellen, 1873), la *section du nerf optique* et des nerfs ciliaires (Rondeau, Boucheron, 1876, Schöler) contre l'ophtalmie sympathique, la *résection du nerf optique* avec section des nerfs ciliaires (Schweigger, 1885, de Wecker.)

L'*élongation* ne nous semble pas recommandable. Le *débridement* des gaines resterait souvent d'un effet hypothétique ou dangereux et dans les papillites méningitiques et

1. DE WECKER ET LANDOLT. *Traité d'opt.*, tome IV.

par tumeurs cérébrales, il nous semble plus justifié d'en venir à la *ponction lombaire* et, s'il le faut, à la *trépanation crânienne* exploratrice, décompressive ou quelquefois curatrice.

La *névrotomie optico-ciliaire*, même avec *résection*, est d'un effet incertain dans l'ophtalmie sympathique et laisse en place un œil généralement voué à l'atrophie et aux troubles dystrophiques de la cornée. De plus les hémorragies intra-orbitaires, avec propulsion de l'œil en avant et nécessité ultérieure de l'énucléation, enfin la mort par propagation orbito-crânienne de l'infection de la cavité opératoire rétro-oculaire difficile à désinfecter convenablement, nous font rejeter l'opération et ont d'ailleurs refroidi pas mal d'opérateurs.

L'*énucléation avec résection simultanée* d'un assez long tronçon du nerf optique *avant de terminer l'opération*, a l'avantage de supprimer avec le plus de sûreté possible l'origine même du mal et nous paraît généralement préférable.

Voici, pour donner néanmoins un type de la plus complète de ces interventions sur le nerf optique, comment a été exécutée la *résection optico-ciliaire* ou *névrectomie* sans énucléation (Schweigger).

La conjonctive est dégagée du côté interne (le côté externe doit être préféré) et le muscle droit correspondant détaché et suspendu par une anse de fil pour éviter de perdre son extrémité. On implante dans la sclérotique une double érigne qui fait rouler l'œil du côté opposé au muscle coupé et qui tend le nerf optique comme une corde. Le nerf optique est ensuite coupé, d'abord *aussi près que possible du trou optique*, puis le *globe de l'œil étant entièrement retourné*, on rase son hémisphère postérieur de tous ses nerfs et on coupe l'extrémité antérieure du nerf optique. On suture ensuite le muscle, la conjonctive et l'angle externe si on a été obligé de l'inciser.

Une violente hémorragie avec propulsion énorme de l'œil pourra être observée, si on ne cherche pas à placer préalablement une pince hémostatique sur le pédicule vasculo-nerveux ou si on n'emploie pas les ciseaux écraseurs de Warlomont, manœuvres qui ne sont pas sans avoir quelques difficultés.

§ II. — Tumeurs.

Les *tumeurs* du nerf optique ont été souvent traitées par l'énucléation avec résection totale de la tumeur et du nerf aussi loin que possible, à son entrée dans l'orbite, opération complétée dans un certain nombre de cas par le curage complet de l'orbite. Toutefois on a essayé plusieurs fois d'enlever la tumeur par résection simple du nerf malade, *tout en conservant d'une part le globe*, et d'autre part les parties molles de l'orbite. Cette conduite ne concerne bien entendu que les tumeurs primitives du nerf optique et non celles secondaires à une propagation oculaire ou orbitaire où le curage total de l'orbite est presque forcément indiqué. Dans les tumeurs *orbitaires* bénignes *avoisinant le nerf* optique, on conservera le nerf optique et le globe, en se bornant à l'extirpation de la tumeur (exostose, kyste, etc.), tant que le nerf et le globe sont intacts. Il en est autrement s'il s'agit de tumeurs orbitaires manifestement malignes.

Knapp (1874) a procédé de la manière suivante. Il pratiqua une ouverture conjonctivale entre les droits supérieur et interne en décollant en arrière jusqu'à sentir la tumeur avec le doigt, puis il coupa le nerf *d'abord* à son extrémité *oculaire*, puis à son extrémité *orbitaire*. La tumeur avait le volume d'une noix. L'œil fut conservé avec une partie de sa mobilité, mais il diminua ensuite de volume. Gruning, Mauthner, Rohmer, Fuchs et d'autres chirurgiens ont agi de même.

Lagrange (1891) a pratiqué au contraire l'opération

suisant le procédé en usage pour la résection du nerf optique.

Après large canthotomie externe, il détache le droit externe, que l'on conserve dans une anse de fil, dégage la tumeur avec la sonde cannelée, puis, mettant une pince à forcipressure sur le pédicule vasculo-nerveux *au sommet de l'orbite*, il coupe aux ciseaux le nerf juste en avant de la pince, par conséquent en commençant par le *bout postérieur* du nerf, comme de Græfe, Schweigger et d'autres l'ont fait pour la résection optico-ciliaire, qui ici est appliquée à une tumeur primitive, tandis que de Græfe conseillait déjà la section au sommet de l'orbite pour le gliome oculaire *propagé* au nerf optique. On fait ensuite basculer le nerf dégénéré, soit avec une anse de fil, soit avec une forte pince-érigne ou une pince de Museux. Il ne reste plus qu'à le dégager complètement des parties avoisinantes, à sectionner l'extrémité oculaire du nerf et à terminer la toilette de l'hémisphère postérieur de la sclérotique qu'on a sous les yeux comme dans la *névrectomie optico-ciliaire*. Une fois l'hémorragie arrêtée, l'œil est remis en place, avec sutures de la conjonctive, du droit externe et de la canthotomie.

L'extirpation totale et le dégagement complet de la tumeur sont certainement ainsi plus faciles et plus nets, que si on sectionne d'abord l'extrémité juxta-oculaire du nerf.

Avec une très large incision externe en T (A. Terson), le jour pourra être plus considérable qu'avec la simple canthotomie; l'opération de Krönlein (résection osseuse temporaire) sera ainsi généralement évitée, quoique, le cas échéant, elle puisse remplacer, précéder ou accompagner l'intervention.

Ces opérations, d'un effet toujours problématique dans leur ensemble, sont souvent plus intéressantes comme technique que comme résultat obtenu. Dans les 14 obser-

vations réunies dans une thèse récente¹, la conservation du globe a été possible dans plusieurs cas, bien que l'œil fût souvent strabique, immobile dans certaines directions, plus ou moins réduit de volume et si profondément enfoncé dans l'orbite que l'aspect n'était guère meilleur qu'après l'énucléation et nécessitait le port d'un œil artificiel, plus dangereux ici qu'après l'énucléation ou l'exentération du globe. Dans les autres cas, l'œil s'est détruit peu à peu en tout (panophtalmie) ou en partie (Kératite gangréneuse neuro-paralytique) et il y a eu des accidents du côté opposé. On a pu observer la mort et plusieurs des yeux qu'on avait pensé conserver, ont dû subir l'énucléation consécutive. Si l'on ajoute à ces dangers possibles la crainte d'une *opération incomplète* en cas de tumeur *maligne*, on verra que les résultats obtenus ne sont pas toujours encourageants.

De plus des erreurs de diagnostic restent possibles et l'on tombera quelquefois sur des tumeurs d'un volume et d'un siège inattendus. Enfin ce n'est guère que sous le microscope qu'on vérifiera la nature maligne ou bénigne de la tumeur et pas toujours sans remords. Autant pour une tumeur *orbitaire* de nature vraisemblablement bénigne et de marche très lente (exostoses, kystes, fibromes) on devra s'attacher à conserver le *globe et le nerf* optique, qui ont encore d'ailleurs un certain degré de vision, autant on sera réservé avant d'entreprendre de propos délibéré la conservation d'un globe oculaire ou de ses débris, en présence, ou au cours de l'opération, d'une tumeur occupant manifestement le nerf optique. Ce qu'il y a de certain, par contre, c'est qu'on ne doit pas *commencer par énucléer* l'œil, mais bien ouvrir *latéralement* et largement l'orbite, soit par une large incision en T, soit, s'il y a lieu, par l'opération de Krönlein. On conservera l'œil si la

1. THIÉRY. Thèse de Nancy, 1892.

tumeur n'a pas envahi le nerf optique et on n'hésitera pas, si les lésions paraissent diffusées, à pratiquer non seulement l'énucléation de l'œil, mais encore le curage de l'orbite.

La radiographie mérite d'être essayée ici comme dans la plupart des tumeurs de l'orbite et dans d'autres régions (thorax, bassin) et pourra peut-être donner un jour quelques résultats de localisation dans les néoplasies du nerf optique.

CHAPITRE ONZIÈME

MUSCLES DE L'ŒIL

§ I. — Strabisme non paralytique.

ÉVOLUTION HISTORIQUE DES MÉTHODES OPÉRATOIRES. — La guérison opératoire régulière du strabisme est une conquête du XIX^e siècle. Taylor, le plus célèbre des oculistes charlatans du XVIII^e siècle, prétendait redresser les yeux louches par une opération. D'après Le Cat, il se bornait à prendre avec un fil une portion de la conjonctive de l'œil qui louchait, portion située à la partie inférieure du globe, l'attachait à lui, la coupait et mettait un emplâtre sur l'œil *sain*. L'œil louché se redressait et chacun criait au miracle. Bien que Taylor affirmât qu'il cherchait à affaiblir le muscle qui détruisait l'équilibre, et ait eu ainsi une idée opératoire juste, rien ne démontre d'une façon sûre qu'il fit une ténotomie, d'autant plus qu'il déclarait se borner à sectionner un des filets nerveux qui se rendait au muscle trop puissant.

J. Guérin et Gensoul ont affirmé avoir *conseillé* la myotomie oculaire plusieurs années avant les opérations de Stromeyer et de Dieffenbach, et Gensoul dit même en avoir parlé à Dieffenbach.

C'est à Stromeyer (1838) que sont dus les premiers essais opératoires sur le cadavre. Une fois la conjonctive divisée