

affection de même nature de la troisième paire. Le globe, dans cette maladie, l'œil sain étant voilé, se dirige incomplètement en dedans, quand l'objet que le malade doit regarder est porté le plus loin possible dans cette direction. On doit ici faire attention à la mobilité de la pupille, qui est très souvent anéantie ou au moins diminuée d'une façon considérable.

Observations communes aux deux espèces de strabisme paralytique. — Nous devons supposer que ce strabisme paralytique convergent ou divergent se guérit en partie. Mais il est des cas assez nombreux où, après que le malade a subi un traitement fort long, sans succès, l'œil demeure définitivement entraîné dans le sens opposé au muscle paralysé. Dans ces cas, le mouvement du globe oculaire est impossible dans la direction du muscle dont la fonction est anéantie, bien entendu lorsque l'œil sain est voilé, et quelque effort que fasse le malade.

On observe alors que l'œil sain, obéissant à l'impulsion donnée, se meut dans la direction indiquée, mais que l'œil malade demeure invariablement immobile, ou au moins qu'il devient immobile dès qu'il est arrivé à peu près au centre de l'orbite. En pareille circonstance, le médecin doit se demander si tout ce que l'on peut faire a été exécuté pour remédier à la paralysie, et dans le cas d'affirmative, résoudre la question si oui, si non, l'opération du strabisme doit être proposée.

4° STRABISME CONVERGENT ALTERNATIF.

Cette affection est très fréquente ; elle est la conséquence directe d'une paralysie double de la sixième paire. Quand le malade vient d'être atteint, il y a, comme dans toutes les paralysies musculaires de l'œil, une diplopie fort gênante. Mais peu à peu le malade prend l'habitude (je dis l'habitude, parce qu'il est impossible d'expliquer cela d'une autre manière) de ne regarder qu'avec un œil, et alors il fixe avec l'œil gauche, par exemple, tous les objets qui sont placés à sa droite et réciproquement.

Les malades atteints de cette affection ont le singulier privilège de regarder les objets placés à leur droite ou à leur gauche sans tourner la tête, se bornant pour cela à changer d'œil dès que l'objet dépasse un certain point, où il ne peut plus être fixé par l'œil qui était le premier en rapport avec lui.

Il est très facile, avec une certaine attention, de reconnaître

cette maladie. Il suffit de placer un objet dans la ligne médiane, à une distance, par exemple, de 40 centimètres ; puis, la tête du malade étant immobile, de porter cet objet à droite ou à gauche, pendant qu'on fixe l'œil qui le regarde.

En supposant que l'œil gauche fixe l'objet, par exemple, et que celui-ci soit porté à gauche, l'œil, ne pouvant se diriger assez à gauche, est immédiatement remplacé par l'œil droit et devient immobile. La même expérience peut être aussitôt répétée pour l'œil opposé, et aura un résultat semblable.

Cependant, et bien que les yeux aient eu dans l'origine une force égale, il arrive avec le temps, et très probablement sous l'influence de l'habitude, que l'un des deux yeux demeure en communication avec les objets beaucoup plus fréquemment que l'autre, et que, par suite, l'autre œil s'affaiblit légèrement, faute d'un exercice égal. On s'assure, par la lecture de caractères de grandeurs différentes et placés à des distances plus ou moins rapprochées, et au moyen d'objets placés à des distances éloignées, que les deux yeux sont ou non de force inégale, pour remédier par la suite à cette disposition.

5° STRABISME MÉCANIQUE.

Je désignerai ainsi la déviation de l'œil occasionnée soit par l'absence ou par la blessure de l'un des muscles, soit encore par la présence de tumeurs de diverse nature, siégeant dans l'orbite ou adhérentes au globe oculaire. Cette définition suffit.

Traitement du strabisme.

Il est nécessaire de le diviser en médical et chirurgical.

1° *Traitement médical.* — Les causes qui produisent le strabisme sont aussi différentes qu'elles sont nombreuses : le traitement devra donc nécessairement varier. Dans quelques cas, les moyens employés s'appliqueront directement à la déviation même, tandis que dans d'autres ils s'attaqueront à la cause de la difformité. Ainsi les anthelminthiques seront prescrits, lorsque le strabisme, de date encore récente, reconnaîtra pour cause la présence de vers dans les intestins ; le sulfate de quinine, lorsqu'il sera intermittent, etc. Quand le strabisme était confirmé, avant la découverte de Stromeyer, on ne connaissait qu'une série de moyens orthophtalmiques, qui ne permettaient pas toujours de compter sur une amélioration ; tandis

qu'aujourd'hui la chirurgie possède une opération au moyen de laquelle on peut espérer une guérison complète, au moins quant à la difformité, dans certains cas donnés. Cependant, quelque valeur que puisse avoir cette opération, je dois dire que j'en ai vu étrangement abuser; qu'elle a été fréquemment pratiquée dans des cas où elle n'eût point dû l'être, et dans lesquels les moyens fort simples employés avant sa découverte auraient pu faire disparaître la difformité, ou tout au moins produire une amélioration aussi grande que la section musculaire. Évidemment c'est à l'abus qui en a été fait qu'on doit rapporter la cause de la défaveur dans laquelle elle est tombée, non-seulement dans le monde, mais encore parmi bon nombre de médecins.

Les *moyens orthophtalmiques* sont en général très simples, et tendent à rétablir en même temps l'énergie de la rétine, et celle des muscles dont l'équilibre est rompu.

Lorsqu'on veut agir sur la rétine, on s'assure par l'examen de l'œil de l'état de cette membrane; si l'inégalité de foyer est considérable, et que le strabisme date de très loin, l'exercice isolé de l'œil dévié ne suffira pas toujours pour le ramener dans la direction voulue; cependant la jeune fille dont j'ai parlé plus haut louchait depuis son enfance, et guérit par ce seul moyen. Dans le cas où il y aurait une amblyopie, le traitement de cette maladie serait appliqué d'abord, et ce ne serait qu'ensuite qu'on aurait recours à l'exercice de l'œil. Il en serait de même des strabismes dont la cause éloignée aurait agi sur les intestins, le cerveau, etc.

Si la déviation a été produite par l'*affaiblissement d'un ou de plusieurs muscles*, circonstance qu'on rencontre souvent après les paralysies de la troisième et de la sixième paire, ce n'est pas l'opération mais l'exercice de l'œil qui est d'abord indiqué. Pendant la paralysie complète des muscles, l'œil demeure dévié lorsqu'on tient l'autre caché, quelque effort que fasse le malade. Si l'affection dure quelque temps, l'œil dévié s'affaiblit et demeure dans une mauvaise direction, même après que la paralysie a complètement disparu; c'est surtout alors qu'il convient d'exercer l'œil de la manière que nous allons indiquer. On a essayé, mais sans succès le plus souvent, de réveiller l'action musculaire par la cautérisation de la conjonctive, par l'électricité ou la galvanopuncture. Boyer et Fabré-Palaprat vantent beaucoup ce dernier moyen, dont l'usage aurait été suivi d'heureux résultats entre les mains du dernier; mais il a complètement échoué entre celles de

M. Rognetta (*loc. cit.*, p. 80), les miennes et celles d'autres praticiens.

L'*exercice de l'œil faible* doit varier selon la direction vicieuse que le globe a prise. On le forcera à se tourner en dedans si le strabisme est divergent, et en dehors si la déviation est en sens inverse, en prenant soin, dans tous les cas, de couvrir l'œil fort pendant toute la durée de l'exercice de l'œil faible. Il suffit, le plus souvent, d'exercer l'œil affaibli en maintenant l'autre sous un bandeau, pour obtenir le résultat voulu; cependant il est quelquefois plus commode de se servir de lunettes dont l'un des verres a été tout à fait recouvert de taffetas noir, et dont l'autre ne présente de libre, pour le passage des rayons lumineux, que le bord vertical interne ou externe de sa surface, selon que le strabisme est en dedans ou en dehors. Des verres *prismatiques*, dont on a soin de tourner la base dans le sens de la déviation, sont ici d'un très grand secours. Un opticien fort intelligent, de Paris, les a le premier signalés à l'attention des médecins, dès avant l'exposition des produits de l'industrie de 1844, et à cette exposition même. Ils agissent avec grand avantage sur l'innervation (*voy. Diplopie*, p. 649). L'exercice sera continué chaque jour à diverses reprises, cinq ou six fois, pendant une demi-heure ou davantage chaque fois, s'il est nécessaire. L'exercice devant une glace, les mouches de taffetas sur le nez, les louchettes percées de diverses manières, n'agissent pas autrement. Avec de la persévérance on fait quelquefois disparaître le strabisme par ces seuls moyens, et dans un délai fort court, lorsqu'il est récent, que la cause en a été bien reconnue, et qu'elle permet d'espérer raisonnablement un tel résultat. Les verres prismatiques sont augmentés ou diminués de force selon le besoin.

C'est surtout dans les strabismes survenus à la suite d'ophtalmies et de taches légères sur la cornée, que j'ai le plus fréquemment réussi; en voici entre autres un exemple: Augustine Gillet, de Taverny, près Saint-Leu, enfant âgée de cinq ans et demi, me fut adressée par M. le docteur Desfossés, médecin dans cette commune, pour un strabisme divergent droit datant d'un an, et du deuxième degré. La cornée était le siège d'une assez large cicatrice superficielle, correspondant environ à la moitié externe de la pupille; l'exercice de l'œil, prescrit le 28 février 1842, fut continué exactement tous les jours jusqu'au 15 avril, sans interruption; à cette époque le strabisme avait complètement disparu. La tache

de la cornée avait diminué d'une manière notable sous l'influence de collyres astringents et de légers purgatifs, et la vision était devenue aussi bonne que du côté sain. Il est évident que, sans l'exercice de l'œil, la déviation eût persisté plus tard, lors même que la tache de la cornée aurait disparu seule, et qu'il eût fallu recourir à l'opération pour guérir l'enfant.

La lecture latérale, que recommande M. Rognetta, est un excellent moyen dans des cas à peu près analogues. « Une demoiselle anglaise, âgée de vingt et un ans, d'une beauté remarquable, dit ce médecin (*loco citato*, page 82), était myope et louchait considérablement du côté gauche depuis son enfance; elle était sur le point de se marier à Paris, et désirait vivement être débarrassée de son strabisme. Je lui ai couvert l'œil droit avec un mouchoir posé en monocus, et je l'ai obligée à lire pendant deux heures tous les matins dans son lit, couchée sur le côté gauche, le livre étant placé sur une chaise basse à côté de sa table de nuit. Après six jours de cet exercice et l'emploi du bandeau jour et nuit, la direction de l'œil était tellement améliorée, que le strabisme était dissipé en grande partie. A compter du dixième jour, le bandeau n'a été porté que dans la matinée seulement, jusqu'à l'heure de la promenade. La guérison a paru complète en moins d'un mois. »

2^o *Traitement chirurgical.*—L'opération imaginée, en 1838, par Stromeyer, et exécutée sur le vivant plus d'une année après (26 octobre 1839) par Dieffenbach, consiste à couper le muscle ou les muscles qui maintiennent l'œil dévié.

Les indications comme les contre-indications de cette opération présentent quelques difficultés, qui ont été signalées. En général l'opération ne doit être faite que dans les seuls cas où le strabisme est ancien, marqué, que les moyens pour le guérir sont demeurés insuffisants, et qu'il y a quelques chances de rétablir la vision simultanée. En effet, si on la pratique sur un œil amaurotique, ou offrant soit un large leucome sur la cornée, soit une oblitération de la pupille, etc., la section musculaire pourra rétablir pour quelque temps la convergence des axes; mais bientôt une rechute ne tardera pas à amoindrir ce résultat, parce qu'avant tout la première condition de succès, c'est que l'œil puisse fonctionner, au moins à une distance donnée, simultanément avec son congénère.

J'ai pensé qu'il y avait une contre-indication absolue dans les

cas de paralysie ancienne de la sixième paire et de la troisième paire; mais la pratique m'a démontré depuis que c'était là une exagération et que même dans ces cas, on pouvait obtenir de beaux succès, sinon pour l'entier rétablissement de la vision simultanée à toutes les distances, au moins pour la disparition de la difformité et surtout de la diplopie quand elle existe.

Dans les cas contre-indiqués, il convient encore de ranger ceux où le strabisme est produit par une tumeur, soit du globe, soit de l'orbite, de même que ceux où il résulte d'une opération de pupille artificielle pratiquée avec succès, à moins, dans ce dernier cas, que l'ouverture ne soit placée dans la partie supérieure de la cornée, que le malade ne puisse pas diriger son œil en bas et qu'il soit avantageux de diviser le muscle droit supérieur, ainsi que l'ont conseillé Cunier et, après lui, M. Pétrequin. Les vieillards ainsi que les très jeunes enfants ne doivent pas être opérés: les premiers, parce que d'ordinaire l'œil dévié est devenu si mauvais, qu'on ne peut pas raisonnablement espérer qu'il acquière la force nécessaire pour fonctionner sans rechute après son redressement, et les seconds, parce qu'il reste souvent de nombreuses chances de les guérir sans opération. En général, je n'opère de strabisme les enfants que lorsqu'ils ont atteint au moins leur septième ou leur huitième année, et que des efforts soutenus ont été tentés sans succès pour le redressement de l'œil dévié.

Dans la plupart des strabismes, la division d'un seul muscle suffit; cependant il est des cas dans lesquels la section de deux, trois, quatre et même cinq muscles a paru nécessaire. Je ne pense pas que ces sections multipliées soient suffisamment autorisées.

L'observation démontre que dans tout strabisme, sauf des cas très rares, lorsqu'on veut obtenir un redressement aussi complet que possible et surtout la fusion des images, il est indispensable d'opérer les deux yeux à une distance de quelques jours à quelques semaines. La seconde opération complète la première, et c'est seulement alors que l'on obtient le résultat désiré. Ce point sera l'objet de quelques réflexions.

La division des muscles du globe est une opération facile; le procédé que j'ai le plus fréquemment suivi s'éloigne d'une manière notable de celui de Dieffenbach. J'en donnerai ici le manuel. Je le ferai suivre de la description du procédé de Stromeyer et de celui de Dieffenbach; puis je rappellerai quelques-unes des modi-

fications les plus importantes apportées à ce dernier par les chirurgiens qui se sont le plus occupés du strabisme (MM. Bonnet, de Lyon, Lucien Boyer, F. Cunier, Baudens et Velpeau), et je terminerai par la description de la strabotomie sous-conjonctivale de M. J. Guérin.

Quelques points importants à observer. — L'opération exige certaines précautions basées sur l'étude de l'anatomie normale et pathologique. Elle est insuffisante quand on la pratique sur un seul œil, et il peut arriver que l'on soit dans la nécessité, pour obtenir un redressement complet, de faire quelques opérations de rectification sur un œil ou sur les deux yeux. Il suffira de connaître la description de la capsule fibreuse, si parfaitement faite par M. Bonnet (voy. *Annales d'oculistique*, t. V, p. 27, et t. VII, p. 141 et 237), pour comprendre l'importance de l'anatomie normale, et, pour l'anatomie pathologique, les recherches de M. Lucien Boyer (recherches sur l'opération du strabisme, 1842).

On tiendra note, en conséquence, des faits suivants :

Les muscles ne sont en rapport immédiat avec la sclérotique qu'à leur extrémité antérieure et seulement dans l'étendue de quelques millimètres ; plus loin ils passent sur la capsule.

La tête du muscle, dans l'opération du strabisme, doit donc être simplement reculée, mais conserver toujours des rapports immédiats avec la sclérotique, autrement le muscle perd son influence directe sur le bulbe, et n'agit plus que sur la capsule fibreuse.

Il résulte d'une incision trop postérieure que le mouvement du globe est considérablement amoindri ou anéanti, surtout si la capsule fibreuse a été profondément incisée ; que le globe lui-même peut être entraîné en sens inverse et devenir immobile.

L'incision trop postérieure du muscle n'est pas toujours rectifiée par la formation de tissu inodulaire entre le corps et la tête du muscle. On ne doit donc pas trop compter sur cette sorte de corde cicatricielle pour rétablir le mouvement.

L'opération sur un seul œil ne donnant qu'un résultat incomplet, le malade sera averti qu'il doit compter sur deux opérations et non sur une seule ; que le second œil sera touché quinze à vingt jours seulement après le premier, et alors que la cicatrice de la première opération permettra de voir la somme de redressement obtenue et celle à chercher sur le second œil.

Si, après les deux opérations nécessaires dans presque tous les cas pour obtenir un redressement, il arrive que le résultat demeure

incomplet, on recherchera l'œil qui, dans le strabisme convergent par exemple, aura conservé le plus de mobilité du côté interne et en reculant, par une deuxième opération, la tête du muscle, le but cherché sera enfin atteint.

Enfin, si l'œil dévié voit bien, on s'assurera qu'il est ou non doué d'une accommodation normale, pour agir en conséquence.

Le malade sera opéré sur le lit.

L'œil doit être maintenu comme dans l'opération de la pupille artificielle (voy. p. 528, t. II.), avec cette différence que les éleveurs doivent s'appuyer sur le globe pour tendre la conjonctive, et que la pince servant à fixer l'œil peut être remplacée par une petite érigne double que l'on place à deux millimètres de la cornée du côté du muscle à diviser.

Outre ces instruments on doit se munir encore des suivants :

1° Une paire de ciseaux courbes sur le plat et de grandeur moyenne ;

2° Un crochet mousse à extrémité aplatie, destiné à soulever le muscle ;

3° De petites éponges pour enlever le sang. Elles seront taillées en pointe et attachées au moyen de cire à cacheter dans le tube d'une plume.

Nous supposons qu'il s'agit d'opérer un strabisme simple de l'œil droit.

Premier temps. — Incision de la conjonctive. — Le malade est couché, ses paupières sont convenablement maintenues par des éleveurs et l'œil est entraîné dans le sens opposé à la déviation par une pince ou mieux par une petite érigne double, placée, ainsi que nous l'avons dit, à deux millimètres de la cornée. Le chirurgien saisit la conjonctive en face du point d'insertion du muscle, c'est-à-dire à trois millimètres environ de la cornée, et la divise dans le sens vertical, d'un coup de ciseaux, dans l'étendue environ de six à huit millimètres. Cela fait, il abandonne rapidement la muqueuse, saisit la capsule fibreuse sous la conjonctive, à l'angle inférieur de la petite plaie qu'il a faite, et la troue d'un second coup de ciseaux de manière à pouvoir introduire facilement le crochet qui doit soulever le muscle. Cette ouverture de la capsule sera ménagée dans les strabismes légers, et agrandie au contraire dans les déviations très marquées.

Deuxième temps. — Introduction du crochet sous le muscle.

— On éponge rapidement le sang, puis l'on introduit le crochet

mousse sous le muscle à diviser et on le ramène le plus possible en avant.

Troisième temps. — Section du muscle. — On ne doit pas perdre de vue qu'il s'agit, non de diviser le muscle en travers comme on le faisait dans le procédé de Dieffenbach, mais d'en détacher les digitations, aussi près que possible de la cornée. On soulève donc le corps du muscle sur le crochet, et, à petits coups rapides, on détache une à une les digitations tendineuses qui rayonnent en avant. Ici encore on observe de ne pas diviser la capsule dans une plus grande étendue qu'il ne convient.

On vérifie ensuite le résultat de l'opération ; après avoir enlevé les élévateurs des paupières et laissé un moment de repos au malade, on lui ordonne d'ouvrir les deux yeux en même temps. Si l'œil opéré, dont on essaie les mouvements dans tous les sens, se porte complètement et avec énergie encore du côté de la déviation, on introduit de nouveau le crochet mousse dans la plaie et, vers l'angle supérieur ou l'angle inférieur, on trouve presque toujours une attache tendineuse que l'on divise aussitôt.

Cela fait, on cherche à reconnaître un point essentiel : si l'œil ne serait pas un peu trop divergent, par suite d'une incision trop étendue de la capsule. Dans le cas où cette condition existe, on place une suture sur la conjonctive seule, si la déviation est légère, ou à la fois sur la muqueuse et sur la capsule fibreuse, si la divergence est trop forte.

Suture de la conjonctive. — Cette petite opération est adoptée comme une règle pour les uns et pratiquée exceptionnellement par les autres. Si le strabisme est très prononcé, que l'ouverture du fascia soit très petite, la suture est inutile, parce que la plaie se guérit rapidement. Mais si le strabisme est léger, et que la capsule fibreuse ait été largement ouverte, il est prudent de rechercher un rapprochement immédiat par la suture. Elle est indispensable dans presque toutes les opérations de rectification. Cette petite opération est en elle-même fort simple ; on traverse la conjonctive, quand la plaie est très large, en même temps que la capsule, près de l'angle inférieur et de l'angle supérieur de la plaie, au moyen d'une aiguille courbe portant un fil assez gros, et l'on serre chaque suture au moyen d'un double nœud, après que les deux fils sont convenablement placés. Après le deuxième ou le troisième jour, on n'a aucune difficulté à enlever la suture d'un seul coup de ciseaux, si le fil est gros ; dans le cas contraire, il se cache dans la

muqueuse. Dans d'autres cas, et lorsque la plaie de la conjonctive seule est étendue, et que l'incision du fascia est petite, on a soin de ne prendre sur le fil que la conjonctive. Mais il est essentiel, pour qu'elle ne se déchire pas, de porter l'aiguille à trois millimètres au moins des bords de l'incision. Je n'ai jamais constaté que la suture appliquée dans cette circonstance ait occasionné le moindre accident.

Pansement. — Soins consécutifs. — Lorsque l'opération a été faite régulièrement, sans tâtonnement et avec rapidité, que la plaie du fascia n'est pas trop grande, il suffit d'appliquer sur l'œil une compresse d'eau froide et de recommander au malade de tenir l'œil fermé pendant les vingt-quatre premières heures. La conjonctive rougit un peu, il y a un léger suintement catarrhal qui dure seulement deux ou trois jours, et, en même temps qu'il disparaît, on constate que la cicatrice de la petite plaie marche avec rapidité. Peu à peu l'exsudation blanchâtre que l'on observe à la place de la blessure diminue de largeur, puis finit par faire place à une ligne blanche à peine visible.

Pendant ces premiers jours, que l'on ait eu affaire à un strabisme convergent ou divergent, il importe de recommander au malade de diriger son œil sain de telle sorte que l'œil opéré demeure dans une légère convergence, toujours nécessaire, parce qu'elle est moins disgracieuse qu'une divergence trop prononcée. Cependant on ne doit pas oublier que dans les premiers temps, une divergence peu marquée, visible seulement par l'étude des images, est favorable au rétablissement de la fusion des axes. Cela tient à ce que la force relativement plus grande des muscles droits internes suffit à ramener peu à peu la convergence nécessaire ; on emploie d'ailleurs dans ce but les verres prismatiques, sujet dont nous occuperons plus loin.

À mesure que la cicatrisation fait des progrès et alors que l'on n'a plus à craindre que la tête du muscle aille prendre trop en arrière un point d'appui, on commence à exercer l'œil, suivant les conditions dans lesquelles il se trouve ; c'est-à-dire que s'il y a une inertie de la rétine, on essaie peu à peu de la guérir, en voilant fréquemment l'œil sain dans la journée, pour à l'autre apprendre d'abord à reconnaître la forme des objets, à mesurer la distance, etc. Il est toujours prudent, surtout chez les enfants très jeunes, de faire précéder l'opération par ces exercices, et de ne recourir à celle-ci qu'après l'éducation de l'œil. Plus tard, on con-

seille la lecture en commençant par de gros caractères, puis de plus petits. Dès qu'on en est arrivé là, on cherche si l'on a obtenu assez d'amélioration pour que l'axe des deux yeux se croise en un point assez rapproché, et si la difformité est suffisamment corrigée, soit que le malade regarde de près, à distance moyenne, ou de loin. Si ce résultat est obtenu, le malade doit se borner à l'exercice répété de l'œil opéré, longtemps encore, pour rendre à la rétine une force de plus en plus considérable. Malheureusement l'observation a démontré depuis bien longtemps, surtout dans les strabismes très prononcés, ainsi que nous l'avons dit plus haut, qu'il faut absolument opérer l'autre œil, pour rétablir l'harmonie du visage.

Opération sur le second œil. — Il paraît choquant au premier abord de faire la section du muscle droit interne de l'œil sain, lorsque cette même opération pratiquée sur l'œil louche est demeurée insuffisante; rien cependant n'est plus simple: en reculant l'insertion du muscle droit interne d'une petite quantité, on a limité le mouvement convergent de l'organe, mais si l'on a opéré convenablement, on ne l'a point aboli. Si, par exemple, on recommençait cette opération pour donner au muscle divisé une attache nouvelle mais plus reculée, on risquerait de diminuer encore et sans nécessité le mouvement en dedans.

Que si, au contraire, par la section ménagée du droit interne de l'œil sain, on porte cet organe un peu en dehors, ou, pour parler plus exactement, si l'on en diminue la convergence, on arrive nécessairement à détruire, ou au moins à diminuer considérablement la difformité.

Le manuel opératoire pour cette seconde opération est exactement le même que celui décrit plus haut pour le premier œil: on doit seulement ne pas perdre de vue que, comme le redressement à obtenir est ordinairement très faible, il est de toute nécessité de n'ouvrir le fascia que dans la moindre étendue possible; et, au besoin, d'employer la suture de la conjonctive, pour limiter encore davantage la divergence.

Opérations consécutives de rectification. — Lorsque le strabisme, après la double opération que nous venons de décrire, n'est pas encore complètement détruit, la section de l'un des muscles droits internes peut être recommencée encore, soit sur l'œil louche opéré le premier, soit sur l'autre. Le choix dépend du plus ou moins de mobilité que l'un ou l'autre des yeux aura conser-

vée. Or c'est l'œil qui se dirigera avec le plus d'énergie du côté du nez, en l'examinant seul, bien entendu, qui devra être opéré une seconde fois. Dans quelques cas, par exemple, si l'organe est entraîné un peu en dedans et en haut, les fibres supérieures et médianes de la tête du muscle seront seules divisées, et on laissera la digitation inférieure; et réciproquement. Dans d'autres, et ce sont les cas les plus communs, toute la tête du muscle sera détachée une seconde fois, et elle se portera nécessairement en arrière. Alors la rectification désirée sera obtenue. On ne saurait trop dans ce cas encore recommander de faire une plaie aussi petite que possible, dans la crainte, soit que la tête du muscle n'aille s'attacher trop en arrière, soit que, ne s'appuyant plus que sur la sclérotique, le muscle n'agisse que secondairement sur les mouvements du bulbe, en prenant un point d'appui sur la capsule fibreuse. Nous étudierons plus loin, aux *accidents consécutifs*, les procédés nécessaires pour remédier à l'enfoncement de la caroncule lacrymale, à l'exophthalmos, à la fixité du regard, à la diplopie, etc.

Exercice de l'œil opéré, emploi des verres prismatiques. — Lorsque l'œil opéré de strabisme est susceptible d'amélioration, il convient, ainsi que nous l'avons dit plus haut, de faire tous les efforts convenables pour l'améliorer, de telle sorte qu'il puisse, au besoin, suppléer l'œil sain. Mais, s'il reste encore une déviation quelque peu disgracieuse, on pourra quelquefois obtenir de l'amélioration en le soumettant à l'usage des verres prismatiques, employés déjà avec succès il y a bien des années (1844), par un opticien de Paris, M. Chevallier. Ces verres se montent comme d'autres, et leur base est toujours placée dans le sens de la déviation, afin que l'œil soit entraîné dans le sens opposé. Quand il ne s'agit que de diminuer le strabisme, mais non pas de fondre en une seule image les deux images d'un cas de diplopie, l'œil sain est complètement voilé, et l'on exerce l'œil malade le plus de temps possible tous les jours. Ces verres ont une épaisseur que l'on mesure en degrés, de sorte que l'on peut employer des verres faibles ou des verres forts suivant l'intensité de la déviation (Voy. pour l'usage de ces verres, les articles *Diplopie* et *Lunettes*).

Dans quelques cas de myopie, de presbytie exagérée, d'autres verres deviennent nécessaires, et il convient d'en choisir le degré avec une scrupuleuse attention; puis de s'assurer si les yeux regardent ensemble un objet placé à distance moyenne. Dans ce cas