fournir ces mêmes moyens optiques, nous permettra de prévenir les rechutes.

L'opération du strabisme, vu les quelques variations inévitables imprimant déjà, suivant ce que nous venons d'exposer, certaines fluctuations dans le résultat opératoire indépendantes de l'opération elle-même, réclame précisément pour cette raison une exécution rigoureusement exacte. C'est aussi pour cette cause que nous rejetons tout procédé qui consiste à saisir directement le tendon musculaire, ainsi que de Arlt l'a recommandé; il en est de même de l'exécution sous-conjonctivale, telle qu'elle se pratique à Moorfields hospital, où l'on se contente d'une seule introduction du crochet conducteur, sans se préoccuper beaucoup de la recherche des adhérences latérales du tendon.

Une opération qui, comme celle du strabisme, réclame un contrôle très exact de l'effet opératoire, afin de se tenir prêt à l'augmenter ou à le diminuer suivant chaque cas, ne saurait être exécutée rationnellement sur un malade endormi, qui en se réveillant présente une innervation défectueuse des muscles, et est incapable de se prêter aux essais qu'on doit lui faire subir, et cela surtout s'il s'agit d'obtenir des renseignements précis relativement à la position d'images doubles, comme il arrive lorsqu'on pratique la ténotomie dans les cas encore assez fréquents d'insuffisance musculaire.

Une pratique que nous avons aussi absolument abandonnée, c'est d'opérer sur les deux yeux à la fois. Outre qu'on se prive de la ressource d'augmenter l'effet opératoire par la position du regard que l'on impose de préférence au malade après l'opération, on se trouve aussi dans l'impossibilité de contrôler exactement l'effet de deux opérations exécutées séance tenante, et l'on s'expose, même dans de hauts degrés de strabisme, à pousser la correction jusqu'à une limite très rapprochée de la disparition absolue de la déviation. Aussi tout opérateur expert et renseigné sur les phases que les yeux opérés de strabotomic parcourent immédiatement et dans l'espace de plusieurs années après l'opération, évitera-t-il soigneusement de suivre un pareil exemple. Donc, si vous voyez exécuter coup sur coup, chez un malade endormi, une section du droit interne sur chacun des yeux, et placer ensuite le bandeau compressif, vous pouvez sans hésiter déclarer qu'en dépit de la dextérité la plus consommée de l'opérateur, on a fait un acte dépourvu de toute conscience, au mépris du sort et de l'avenir du malade.

## DIX-SEPTIÈME LEÇON

STRABOTOMIE (Suite)

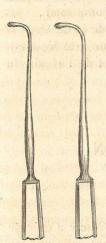
La façon correcte suivant laquelle de Graefe a exécuté suabotomie. l'opération du strabisme est encore toujours celle qu'avec quelques modifications i je vous conseille de suivre. Celles-ci ont été introduites dans le but d'apporter encore une plus grande régularité à l'exécution de l'opération, qui, surtout chez les enfants, ne doit être pratiquée qu'après que la tête a été très solidement fixée par un aide, afin que des mouvements brusques ne puissent pas entraver la précision de l'opération.

Les instruments nécessaires sont, outre un petit écarteur à ressort, un grand et un petit crochet à strabisme (fig. 40 et 41) et des ciseaux courbes et mousses.

Lorsqu'il s'agit de sectionner le droit interne, on soulève tout près du bord interne de la cornée un petit pli con- droit interne

<sup>1.</sup> Ces modifications portent surtout sur le dosage du détachement de la conjonctive et de la capsule, ainsi que sur la suture. Je n'hésite pas à dire que nous savons actuellement mieux contrôler l'effet opératoire qu'au temps de de Graefe.

jonctival qu'on incise. Faisant glisser les ciseaux sous la muqueuse, on détache celle-ci plus ou moins amplement, suivant l'effet opératoire que l'on veut obtenir. S'agit-il de remédier à une déviation peu considérable ? veut-on borner



la correction à 2 ou 3 millimètres? Alors on limite le dégagement de la conjonctive strictement à la portion du tendon qui doit livrer passage au crochet. Ainsi l'opérateur étant placé devant ou derrière le malade, suivant qu'il s'agit de l'œil gauche ou du droit, pratique une étroite boutonnière près du bord interne de la cornée, et dirige les ciseaux, pour la section du droit interne gauche, immédiatement vers la partie supérieure du tendon, et pour le droit interne droit, vers la partie inférieure de ce tendon, de façon à obtenir un passage capable de donner accès au Fig. 40. crochet qui devra exécuter un mouvement destiné à le ramener vers soi. Quelque

restreint que l'on veuille faire le dégagement du tissu sousconjonctival, il est cependant indispensable qu'il possède une étendue suffisante pour que le crochet ne rencontre aucun obstacle dans son évolution.

Se propose-t-on d'obtenir une correction très complète? Il sera nécessaire, dans ce cas, de dégager la conjonctive au-devant de toute l'insertion tendineuse (en se restreignant bien exactement à ce terrain); mais, comme il importe alors que la conjonctive soit détachée jusqu'au-dessous du pli semi-lunaire, il ne faudra pas oublier que le retrait de ce pli s'effectue dans ces conditions d'une manière bien plus accusée, en même temps que l'écart de la fente et l'enfoncement de la caroncule se montrent aussi beaucoup plus marqués. Aussi sera-t-il prudent de renoncer à un dégagement poussé par trop loin, à moins qu'il ne s'agisse d'yeux

très enfoncés, à fente excessivement étroite et présentant de hauts degrés de strabisme.

Ayant ainsi dégagé le tissu cellulaire sous-conjonctival, on fait pénétrer le grand crochet à strabisme en tournant son extrémité mousse contre la partie du tendon sous laquelle il doit glisser; puis, par une évolution complète pendant laquelle le bouton du crochet rase la sclérotique et ramasse le tendon, on saisit celui-ci du coup en totalité sur l'instrument. On commence alors, en allant tout d'abord du côté de l'extrémité mousse du crochet, à sectionner par de petits coups secs le tendon, de façon à détacher celui-ci de la partie inférieure vers la supérieure pour l'œil gauche, et en suivant une marche inverse pour le droit.

Si l'on a eu soin de prendre en entier le tendon sur le grand crochet, on peut, en procédant méthodiquement pour ne diviser qu'en dernier lieu la partie du tendon qui repose sur la concavité de l'instrument, être absolument assuré d'avoir dégagé le muscle en totalité. Pourtant, afin qu'il ne persiste aucun doute à cet égard, on recherchera encore avec le petit crochet si quelques fibres n'ont pas échappé à la section sur les côtés, en ayant la précaution d'exécuter . les évolutions du petit crochet seulement à partir du milieu de l'insertion du tendon détaché, de manière à ce que surtout le tissu qui rattache la capsule de Tenon ne soit pas trop dégagé, si toutefois on veut s'efforcer de n'obtenir qu'une correction modérée, ce qui, pour un opérateur prudent, est le cas le plus fréquent.

Une suture conjonctivale pour laquelle on fait usage de Suture conjonctivale soie anglaise très fine, et que l'on serre fortement de façon à ce qu'elle tombe rapidement d'elle-même, termine l'opération. L'emplacement à donner à cette suture dépend essentiellement du degré de correction que l'on se propose d'obtenir. Veut-on que l'effet de reculement ne soit en rien modifié? On place alors la suture directement de haut en bas. Désire-t-on réduire le résultat de l'opération? Il faut

dans ce cas donner à la suture une direction diagonale (un emplacement horizontal ne pouvant pas être obtenu à cause de la proximité de la lèvre interne de la plaie du bord cornéen), et saisir d'autant plus amplement la conjonctive et le tissu sous-conjonctival au voisinage du pli semi-lunaire qu'on a l'intention de réduire davantage l'effet opératoire.

Paraît-il nécessaire, au contraire, d'accroître la correction (reconnue insuffisante à la suite d'un premier examen)? On renonce alors à toute suture, et, après avoir dégagé davantage la capsule par quelques évolutions du petit crochet, on élargit en outre la plaie conjonctivale en longeant la cornée. Mais il ne faut pas oublier ici l'influence que cet élargissement exerce sur la position ultérieure de la caroncule et sur la fente palpébrale.

Accidents de la strabotoIl est aisé d'apprendre à exécuter très exactement le détachement de l'insertion sclérale du muscle. La seule crainte dont pourrait être tourmenté un opérateur peu expérimenté serait d'inciser la sclérotique (accident qui serait réparé par une suture de catgut); mais il se tranquillisera à cet égard s'il a soin de se servir de ciseaux mousses, dont le côté concave sera toujours tenu en parallélisme avec la surface de l'œil, de façon à refouler en quelque sorte le tendon à détacher par de petits coups secs des ciseaux. Le danger d'une inflammation consécutive n'existe pas (et cela surtout si l'on ferme la plaie conjonctivale); aussi ne voyons-nous même pas la nécessité d'astreindre nos opérés au repos, et nous arrivet-il souvent de céder aux instances des malades en les laissant retourner à leur travail.

Un accident qui pourrait venir surprendre le chirurgien au cours de l'opération serait, s'il avait dégagé avec trop peu de ménagements le tissu cellulaire qui relie la capsule de Tenon derrière l'insertion du tendon, et qu'il eût sectionné quelque gros vaisseau ciliaire antérieur, l'apparition d'une hémorrhagie se produisant dans la capsule de Tenon, et ayant pour effet de chasser l'œil rapidement en dehors, en même

temps que le sang, s'épanchant aussi dans le tissu des paupières, leur donnerait une dureté excessive, et les empêcherait presque de recouvrir le globe oculaire projeté en en avant. Cet épanchement, qui rappelle celui qui survient parfois pendant la névrotomie névro-ciliaire, nous met dans l'obligation, si l'accident arrive avant le détachement du tendon, de remettre l'opération à une autre séance.

Sur des milliers de strabotomies que j'ai exécutées, pareil accident ne s'est présenté qu'une seule fois, et encore crois-je pouvoir admettre qu'il s'agissait peut-être dans ce cas d'une anomalie vasculaire. En de telles circonstances, le bandeau compressif est immédiatement appliqué, et il ne reste bientôt, comme souvenir de cet accident très émotionnant pour l'opérateur qui n'en a pas été prévenu, qu'une ecchymose palpébrale et conjonctivale très étendue.

Si l'on exécute très exactement le détachement du tendon, il ne doit pas survenir, en règle générale, un écoulement de sang quelque peu gênant pour l'opérateur. Le plus souvent une petite quantité de sang n'apparaît que lorsque l'on fait les recherches avec le petit crochet, et, afin de s'opposer à une trop forte ecchymose qui persiste plusieurs semaines, on a soin de chasser, par une pression exercée avec l'éponge, le sang hors de la conjonctive avant de fermer la plaie. Les incisions recommandées dans ce but par nos confrères anglais sont à éviter. L'inconvénient de tomber par hasard, en pratiquant la strabotomie, sur un hémophile, ainsi que cela m'est arrivé, ne se présentera certes que bien rarement.

Sans contredit, il n'y a pas d'opération qui présente moins de dangers pour l'œil que le dégagement d'un tendon musculaire, surtout si l'on a soin de ne pas s'éloigner du terrain opératoire circonscrit au tendon, et de fermer ensuite la plaie conjonctivale. Plus on dégage la capsule et l'on ouvre largement la conjonctive, en s'exposant par le détachement étendu de l'insertion du muscle à une dénudation de la sclérotique, plus aussi la guérison affecte une marche

lente. C'est dans de telles circonstances que l'on a pu voir survenir, quoique fort rarement à la vérité, la perte de l'œil, ainsi que cet accident a été observé par *Dieffenbach* chez la comtesse Hahn-Hahn, et comme j'en ai vu un cas à la clinique de *de Graefe*.

Ce qui embarrassera bien autrement un chirurgien peu exercé, ce n'est pas l'exécution de l'opération, mais bien le contrôle de l'effet qu'il doit chercher à obtenir; aussi est-il indispensable de donner ici quelques conseils. Un premier point sur lequel nous devons être bien fixés avant de procéder à l'opération, c'est de connaître le degré de déviation que présente le strabisme, et de savoir dans quelle mesure on doit faire disparaître cette déviation. La solution de cette question implique déjà que l'on a arrêté suivant quelle façon on dirige son opération. Lorsqu'il s'agit de pratiquer la ténotomie du droit internechez un hypermétrope, il est absolument nécessaire de laisser une certaine partie du strabisme non corrigée, et cette portion devra être d'autant plus considérable que le sujet est plus jeune, et que l'on peut par conséquent compter que les progrès de l'âge apporteront une plus sensible modification dans la position des yeux, à mesure que la guérison spontanée tendra à se produire.

Ainsi s'agit-il d'un enfant au-dessous de 10 ans, présentant un strabisme avec déviation de 5 millimètres? Il sera prudent de ne pas pousser le redressement au delà de 3 millimètres, et de laisser au temps et à la croissance le soin de corriger la déviation persistante de 2 millimètres. Par conséquent l'opération doit être faite ici en ménageant l'étendue de la plaie et en restreignant au voisinage du tendon le dégagement du tissu capsulaire. Cette opération réclamerait bien moins de ménagements, si, pour une semblable déviation, elle était pratiquée sur un sujet se rapprochant de la vingtième année où l'ayant déjà dépassée.

Une seconde considération à laquelle nous devons nous arrêter avant l'opération, c'est de bien nous renseigner sur la quantité dont s'est accru, dans un cas de strabisme convergent, le pouvoir adducteur, c'est-à-dire dans quelle étendue l'arc d'excursion de la motilité a été déplacé en dedans.

A cet effet, on prend comme repère le point lacrymal inférieur, et l'on note jusqu'à quelle distance la cornée se transporte en dedans, en recherchant quelle portion de la pupille vient se placer au-dessus de ce point.

Cet examen a le double but de nous faire connaître si, dans un strabisme monolatéral, nous pouvons disposer d'un excès d'adduction considérable qui sera annulé par une insuffisance musculaire traumatique dépensée sur cet œil seul, ou si, voyant qu'il n'existe pas un surcroît sensible dans le pouvoir adducteur, et ne voulant pas s'exposer à un chiffre trop élevé d'insuffisance, il ne sera pas préférable de se tenir à un dégagement très modéré et de répartir la correction sur les deux yeux, de façon à échapper à une insuffisance qui jetterait ultérieurement un trouble notable dans le jeu combiné de la convergence et de l'accommodation.

En outre, l'étude préalable du pouvoir adducteur d'un muscle droit interne que l'on se propose de détacher est encore indispensable, afin de s'assurer que l'on a en réalité exécuté le détachement, car, aussitôt après l'opération, il faut contrôler la réduction qu'a subi le pouvoir du muscle détaché, autrement dit rechercher l'insuffisance immédiate. Par exemple, si l'œil pouvait être tourné en dedans, avant l'opération, de telle manière que le centre de la cornée se plaçait directement au-dessus du point lacrymal inférieur, il faut, après la ténotomie, que l'adduction n'ait pour effet que de ramener le bord cornéen à 1 ou 2 millimètres en dedans du même repère. L'insuffisance n'atteint-elle pas ce degré? Il est alors présumable que le tendon n'a pas été détaché dans sa totalité, en sorte que de nouvelles recherches avec le petit crochet doivent être effectuées. Si en dépit de ces tentatives on n'obtenait pas l'insuffisance réclamée par toute ténotomie, il serait nécessaire, par quelques évolutions du crochet exécutées entre la capsule et le globe de l'œil, au voisinage du tendon détaché, de dégager la capsule de *Tenon*, en y joignant au besoin l'agrandissement de la plaie conjonctivale.

Il sera toujours utile, pour un opérateur qui ne possède pas encore une très grande expérience, mais qui veut procéder avec une parfaite sécurité, de se renseigner sur l'insuffisance musculaire immédiate avant de placer la suture conjonctivale. Autrement on pourrait être forcé de l'enlever, soit pour l'abandonner complètement si l'on s'est convaincu que l'insuffisance était très peu accusée, soit pour comprendre dans l'anse une plus ample portion de conjonctive et de tissu sous-conjonctivale, dans le cas où l'on aurait constaté que l'insuffisance dépassait 5 millimètres.

Ici je suis d'avis que les considérations relatives à la correction doivent être absolument négligées, et vous avez pu voir chaque fois que le bord cornéen restait distant de 1 ou 2 millimètres du point lacrymal, que je prenais alors dans la suture un large pli avoisinant la caroncule pour rendre au muscle détaché une partie de son pouvoir adducteur. Dans le but de diminuer encore une insuffisance musculaire trop marquée, on fait bien d'appliquer le bandeau compressif dont l'emploi est continué pendant quelques jours.

Une sage précaution consiste à ne pas procéder au contrôle de l'effet du reculement immédiatement après la ténotomie, mais à laisser pendant dix à vingt minutes des compresses froides appliquées sur l'œil opéré, avant de se renseigner s'il convient de réduire ou d'augmenter l'effet de l'opération. En effet la rétraction tétanique très accusée qui s'empare du muscle froissé par les instruments, fait souvent que la correction ne s'opère pas aussi complètement qu'après que, consécutivement à l'emploi du froid, la douleur s'est dissipée; d'un autre côlé, en négligeant ce conseil, on pourrait fréquemment croire que l'on a déterminé un bien plus haut degré d'insuffisance, parce que l'opéré, sous l'influence de la vive

sensibilité qui suit immédiatement la ténotomie, se refuse à contracter quelque peu énergiquement le muscle détaché. Aussi est-on surpris de trouver à la fois la correction et l'insuffisance toutes différentes, lorsque le calme s'est rétabli après un quart d'heure d'attente pendant lequel on a fait usage des réfrigérants.

J'ai déjà plusieurs fois insisté sur ce fait que l'opération du strabisme était exposée à courir les plus grands risques à cause de l'excès de zèle que montrent certains opérateurs qui veulent accentuer la correction, ce qui ne saurait bien entendu être obtenu sans la production d'une insuffisance proportionnée. Si nous voulons accroître l'opération nous avons soin de faire porter des lunettes dont une moitié est munie de taffetas, de façon à obliger le regard à se diriger constamment en sens opposé au muscle sectionné. L'usage de pareilles lunettes au delà de 24 à 48 heures devient inutile, parcequ'à ce moment la greffe s'est déjà opérée, et que

la direction du regard n'influencera plus en rien l'effet opé-

ratoire

Vouloir forcer l'œil à se porter du côté inverse à la ténotomie, en faisant usage, ainsi que M. Knapp l'a proposé, d'une suture fixée au voisinage du bord cornéen opposé au muscle opéré, de façon à exercer une traction vers la commissure dans laquelle cette suture est engagée, c'est là un moyen violent dont certes personne ne songera plus à faire usage. Nous sommes bien plutôt à la recherche de procédés propres à amoindrir l'effet opératoire, et à obvier à l'insuffisance si préjudiciable dans ses suites loin de vouloir forcer, par une pareille traction permanente exercée en sens inverse de la ténotomie, la greffe à s'établir dans un point plus reculé. Combien nos moyens ne se sont-ils pas adoucis sous ce rapport! Et tandis qu'autrefois on entendait fréquemment parler d'opérations de strabisme répétées jusqu'à quatre et cinq reprises, il ne nous arrive presque jamais aujourd'hui de faire plus de deux opérations, même pour le strabisme le plus ac-

Suture de Knapp. cusé. Car dès que nous avons reconnu l'inefficacité du reculement, nous nous adressons alors à l'avancement, procédé beaucoup plus rationnel, attendu que dans la plupart des cas le défaut de correction qui suit le reculement résulte surtout du manque d'action de l'antagoniste, et que l'on n'obviera pas à cette impuissance par un reculement forcé à l'aide de la suture à traction inverse de *Knapp*, qui restera comme un exemple des fausses routes dans lesquelles s'engage parfois la chirurgie oculaire.

Procédé de M. Liebreich. Qui emploie encore actuellement la modification opératoire proposée par M. Liebreich? Ce que cette méthode présentait de nouveau, ce n'était évidemment, ni le dégagement de la conjonctive s'étendant presque sous le pli semi-lunaire et la caroncule, ni les sutures conjonctivales ultérieures, toutes choses exécutées déjà auparavant, mais bien le conseil qu'il donnait dans les termes suivants : « J'agrandis par en haut et par en bas la section verticale pratiquée à la capsule pour la ténotomie (après avoir détaché de la sclérotique l'insertion musculaire du tendon suivant la méthode usitée) d'autant plus largement que je veux produire un reculement plus marqué de l'extrémité du tendon. »

Ces incisions verticales donnent toujours un écart disgracieux de la fente et un enfoncement très accusé du pli semilunaire, auxquels ne remédie nullement la suture que M. Liebreich place constamment. Mais ce qui est autrement fâcheux, c'est que la forte insuffisance qui accompagne forcément la correction très notable que donne ce procédé, amène aussi inévitablement un tel affaiblissement du muscle que, l'évolution de la guérison spontanée aidant, il se produit presque toujours ici un strabisme en sens inverse, ou du moins un strabisme relatif des plus choquants, lorsque l'opéré fixe un objet rapproché. Combien de fois n'ai-je pas eu occasion de vérifier ce fait sur des sujets que l'on avait présentés, huit ou dix ans auparavant, comme des exemples merveilleux des « progrès de la chirurgie oculaire! »

Nous tenons encore à le répéter, si l'instinct pratique ne s'était pas refusé à adopter ces reculements forcés, la strabotomie, un quart de siècle après qu'elle avait été imaginée, aurait encore couru risque de disparaître de la chirurgie, comme elle avait déjà autrefois failli sombrer, deux ou trois ans après son apparition, lorsqu'on faisait des myotomies. Sovez convaincus, messieurs, que celui qui sait avec exactitude détacher un tendon, qui connaît parfaitement la dose d'insuffisance musculaire que l'on peut impunément imposer à un œil, sans lui faire courir de risques pour l'avenir, se préoccupera beaucoup plus des moyens de réduire l'effet de l'opération, et usera de son influence pour répartir la correction par une opération tout à fait inoffensive pratiquée sur les deux yeux, au lieu de rechercher un procédé donnant, avec une forte insuffisance, une correction complète par l'exécution d'une seule opération.

La seule raison pratique que l'on a donnée pour justifier un pareil procédé, c'est qu'on prétendait que les parents des jeunes malades ne se souciaient guère de consentir à soumettre « le bon œil » aux risques d'une opération, et pour cette cause on réservait alors toute l'insuffisance pour le mauvais. Un semblable argument ne peut soutenir la discussion, car si un opérateur répond de la parfaite innocuité du procédé employé, il aura bien vite raison des appréhensions non justifiées des parents, lorsqu'il leur aura fait comprendre qu'une unique opération trop accentuée sur un œil fait courir à celui-ci un danger pour plus tard.

Je vous ai dit, messieurs, que les modifications rationnelles à apporter au procédé classique de de Graefe consistaient uniquement dans un dosage méthodique du dégagement du tissu sous-conjonctival (sous-caronculaire), dans un détachement plus ou moins accentué du tissu cellulaire qui relie la capsule de Tenon au globe oculaire, et dans l'emploi raisonné de la suture conjonctivale; tandis que toute proposition tendant à attaquer la capsule même, ainsi que les attaches du fascia musculaire, ôtait à l'opération toute base solide et devait être forcément rejetée.

Une raison pour laquelle nous préférons aussi à tout autre procédé celui de de Graefe, c'est que, dans l'exécution de la strabotomie la plus fréquemment exécutée, nous pouvons placer la plaie tout près du bord cornéen, et diriger de là le dosage, de telle façon qu'il nous est possible d'attirer plus ou moins vers ce point l'insertion détachée du muscle, lorsqu'une complète tenotomie nous donne une correction et une insuffisance que nous considérons comme périlleuses pour l'avenir; car l'idée de vouloir se tenir à des détachements partiels du tendon, dans le cas où il s'agit de n'obtenir que de petites corrections (de 2 millimètres), a été abandonnée, même par de Graefe qui l'avait émise, comme tout à fait dépourvue d'action.

C'est l'emplacement de la plaie conjonctivale, disposée de telle manière qu'elle peut ou non être fermée, en se montrant même susceptible d'être agrandie à l'occasion (sans danger pour l'enfoncement de la caroncule), qui nous engage, à cause du dosage quelque peu rassurant de l'effet opératoire que seul il nous offre, à rejeter comme bien moins pratique tous les autres procédés que je vous exposerai brièvement.

Procédé de M. Snellen. Ainsi M. Snellen¹ place la section conjonctivale horizontalement à égale distance des bords supérieur et inférieur du tendon. Il dégage alors la conjonctive jusque sous la caroncule, saisit le muscle au milieu de son insertion tendineuse, et le détache. Il va ensuite à la recherche des attaches qui peuvent avoir échappé, en exécutant des évolutions avec le petit crochet à partir de la portion déjà dégagée du tendon. La principale préoccupation de l'opérateur était, en agissant ainsi, de dégager d'une façon absolument symétrique la capsule de Tenon sur les parties latérales du tendon, ce

qu'on serait bien moins assuré d'obtenir en faisant pénétrer le grand crochet par un seul côté. M. Snellen considère que la greffe du tendon, détaché par un dégagement exactement symétrique par rapport aux bords du tendon, s'effectuerait avec beaucoup plus de régularité, de manière à n'exercer aucune influence fâcheuse sur l'inclinaison du méridien, ce qui aurait surtout son importance dans les cas de diplopie où la tenotomie doit avoir pour principal objet le rétablissement de la vision binoculaire.

Ce raisonnement ne peut être considéré autrement que comme une vue purement théorique, car combien de fois n'avons-nous pas fait disparaître les diplopies en exécutant l'avancement musculaire! Et est-il possible de régler ici la traction avec assez de précision (ainsi que le dégagement dans des cas de reculement opérés par traumatisme) pour qu'on puisse se flatter d'obtenir en avant une insertion absolument conforme à celle qu'on a détachée en arrière? Néanmoins je vous ai encore montré dernièrement un malade chez lequel la diplopie consécutive à une paralysie avait entièrement disparu grâce à l'avancement. On peut donc conclure que la tendance à l'établissement de la vision binoculaire triomphe aisément des très légers changements que l'opération peut avoir déterminés dans la symétrie de la nouvelle insertion musculaire par rapport à l'ancienne. Ce qui ne saurait être contesté, c'est qu'une pareille plaie horizontale nous prive d'un précieux moyen de dosage après l'opération.

Il en est absolument de même pour la méthode opératoire anglaise, qui fait revivre la section sous-conjonctivale de Lucien Boyer. On saisit, dans ce procédé, près de l'angle inférieur du muscle (par conséquent aussi à une certaine distance du bord cornéen), un pli étroit de conjonctive et de tissu sous-conjonctival, qui est incisé, de façon à mettre à découvert le bord inférieur du tendon. A trayers cette ouverture, on introduit un crochet mousse (moins courbé

Méthode anglaise.