

déclarer fâcheuses, attendu qu'on ne saurait supprimer impunément une fonction quelconque.

Appréciation. Nous n'avons pas à revenir sur ce que nous avons dit du procédé d'Anel. La sonde de J. L. Petit, le clou de Scarpa, celui de Larrey, sont de bons moyens quand la maladie est due à un boursoufflement indolent de la muqueuse; nous préférons néanmoins le séton à la manière de Lecat. La sonde et les injections par le procédé de Laforest peuvent donner d'heureux résultats, mais cette méthode est lente et difficile. Le fil de Méjean irrite, éraille le point lacrymal, et le stylet destiné à le passer est arrêté par le moindre obstacle: c'est donc une méthode justement abandonnée. La cautérisation n'est pas toujours sans avantages, en ce qu'elle modifie profondément la vitalité des parties; elle a donné d'assez bons résultats à Gensoul. La canule réussit quelquefois très-promptement; mais elle offre de notables inconvénients: souvent le chirurgien a cru à la guérison, faute d'avoir pu suivre et observer son opéré assez longtemps après l'opération. Les autres méthodes sont purement exceptionnelles. Voici la conduite à suivre dans le traitement de la fistule lacrymale inflammatoire, qui est incomparablement la plus fréquente: antiphlogistiques, émoullients et révulsifs d'abord; ensuite, si les tissus sont trop altérés pour revenir à l'état normal par ces seuls moyens, incision du sac, dilatation et détersion ou cautérisation au moyen d'une mèche que l'on rend cathéterique ou caustique, et que l'on introduit de haut en bas ou de bas en haut. Ici, d'ailleurs, comme dans tant d'autres cas, il est impossible de poser des règles absolues. Les lésions varient singulièrement, et avec elles les indications. Quand les moyens médicaux ont échoué, l'ouverture du sac devient généralement nécessaire. Les procédés chirurgicaux ne doivent pas détourner l'attention de l'état constitutionnel.

On a remis aujourd'hui en honneur l'incision et l'excision des points et des conduits lacrymaux, et plus particulièrement la destruction du sac par la cautérisation, et l'on a prétendu qu'il n'y avait pas à craindre d'épiphora. Les larmes, dit-on, s'évaporent, et ce n'est qu'accidentellement, sous l'influence du vent, du froid, d'une émotion triste, qu'on voit quelques larmes baigner les paupières. Nous avons beaucoup de peine à admettre qu'il en soit ainsi, et nous sommes plus disposé à croire à la persistance des voies lacrymales. Il est extrêmement difficile d'oblitérer des conduits entretenus par un produit de sécrétion, et dans le plus grand nombre des cas, la cautérisation, excellente pour modifier l'état des parties, ne suffit pas pour les détruire en totalité. Les exemples d'oblitération complète du sac sont donc plus rares qu'on ne le

suppose, et beaucoup de guérisons doivent être attribuées à la modification curative des caustiques et au rétablissement régulier du cours des larmes.

Encanthis. On appelle ainsi une tumeur plus ou moins volumineuse formée par la caroncule lacrymale. Cette tumeur est inflammatoire ou cancéreuse. Dans l'un et l'autre cas on a recours à l'excision, que nous avons plusieurs fois pratiquée pour des encanthis simples qui entretenaient des ophthalmies opiniâtres. On fait maintenir les paupières par un aide; on implante une érigne dans la tumeur, que l'on attire et dont on fait ensuite l'excision, soit avec un bistouri, soit avec de petits ciseaux courbes sur le plat. Quelquefois la tumeur envoie des prolongements entre les paupières sur la sclérotique. L'opération est alors plus difficile. On commence par la dissection de ces prolongements.

Poils dans la caroncule. On possède une observation d'Albinus dans laquelle un poil implanté dans la caroncule, et recourbé de manière à toucher le globe de l'œil, déterminait une violente ophthalmie. Le poil fut arraché et le malade guérit.

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LES MUSCLES DE L'ŒIL.

Strabisme. Le strabisme est la déviation des axes visuels.

Distinction du strabisme. On reconnaît quatre espèces principales de strabisme: le strabisme *interne* ou *convergent*, qui est de beaucoup le plus fréquent; le strabisme *externe* ou *divergent*, le *supérieur* et l'*inférieur*. Deux de ces variétés peuvent se combiner: ainsi l'œil peut être dévié en haut et en dedans, en haut et en dehors. On a désigné sous le nom d'*horrible* (*horrendum*) celui dans lequel un des yeux est dévié en haut et l'autre en bas. Le strabisme *fixe* est celui dans lequel l'œil dévié ne peut se redresser quand on ferme l'autre. Le strabisme est *permanent*, *périodique* ou *intermittent*.

Nature du strabisme. Le strabisme ne résulte pas ordinairement d'une contracture musculaire. Comme dans le bégaiement, le muscle qui opère la déviation est généralement rétracté et non raccourci. Des faits assez nombreux en fournissent la preuve, et nous montrerons, contrairement à l'opinion commune, que le strabisme est double, au moins 99 fois sur 100. Quand l'œil ne peut être porté dans un sens opposé à celui de la déviation, on est alors autorisé à supposer un raccourcissement fibro-musculaire, ou la *paralyse* du muscle antagoniste.

Historique. C'est à Stromeyer (1838) que revient l'honneur de la découverte de l'opération du strabisme. Son procédé est clairement exposé et contient en germe tous ceux qui ont été décrits depuis. En 1839, Pauly et Dieffenbach, les premiers, pratiquèrent cette opération sur le vivant : Pauly, infructueusement ; Dieffenbach avec succès. L'opération du strabisme fut accueillie et vulgarisée en Angleterre avant de l'être en France, où M. Sédillot fut un des premiers à l'appliquer et où elle eut quelque peine à se faire accepter. Négligeant toutes les prétentions à la priorité qui se sont élevées ultérieurement, nous rappelons seulement que, dans le dernier siècle, un charlatan à Paris guérissait le strabisme en passant à travers les parties extérieures de l'œil, du côté interne, un fil qui embrassait probablement le muscle correspondant.

Contre-indications à l'opération. Il ne faut pas opérer :

1° Dans les strabismes produits par une tumeur développée dans l'orbite ;

2° Dans le cas de strabisme consécutif à une pupille artificielle, attendu qu'alors la déviation oculaire est un moyen par lequel la nature accommode la pupille à l'axe visuel, et que la cessation du strabisme amènerait infailliblement le trouble de la vision ;

3° Dans le strabisme consécutif à une taie sur la cornée, ou à l'inégalité visuelle des yeux, parce que le strabisme est un moyen naturel d'accommodation de la portion demeurée libre de la pupille à l'axe visuel ;

4° Dans le strabisme fixe, parce qu'il est probable qu'il y a paralysie du muscle antagoniste. Mais la contre-indication n'est pas absolue. Dans le strabisme divergent, on doit surtout s'abstenir d'opérer s'il y a en même temps chute de la paupière supérieure. Il est évident que le droit interne, qui reçoit, comme le muscle élévateur de la paupière, ses rameaux nerveux du nerf moteur oculaire commun, se trouve alors paralysé.

5° Dans les strabismes doubles et irréguliers, faut-il opérer les jeunes enfants ? Il n'y a pas de raison pressante d'opérer avant la seconde dentition.

Le strabisme est d'autant moins facile à guérir qu'il est plus ancien ; la raison en est simple. Plus la déviation est ancienne, plus le muscle antagoniste est affaibli. Il n'est pas contre-indiqué pour cela d'opérer les personnes âgées ; on en cite qui ont parfaitement guéri. Toutes choses égales, l'opération du strabisme externe réussit moins bien que celle de l'interne.

Remarques anatomiques et physiologiques sur la capsule et les muscles de l'œil. L'œil est enveloppé dans ses deux tiers postérieurs, comme le gland du chêne par sa cupule, d'une capsule

qui avait été très-bien vue par Ténon, et que Bonnet a achevé de faire connaître (fig. 415, 416). Cette capsule naît au fond de l'orbite autour du nerf optique, et se termine en avant par deux feuillets, dont l'un, *oculaire*, se fixe à la sclérotique, formant le *fascia sous-conjonctival* de M. Guérin, et dont l'autre, *palpébral*, va

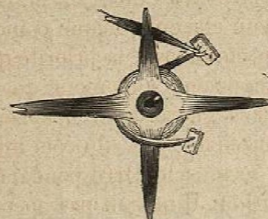


Fig. 415.

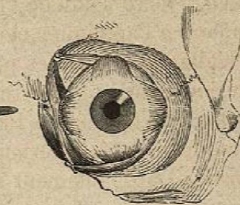


Fig. 416.

s'insérer aux cartilages tarse. Ces deux feuillets sont recouverts par la conjonctive. Tous les muscles de l'œil traversent la capsule pour arriver à la sclérotique, et sont enveloppés de gaines aponévrotiques qui ont leur point de départ à cette capsule. Les gaines des muscles droits s'insèrent en avant à la sclérotique ; et celles des droits interne et externe fournissent chacune un prolongement fibreux remarquable, que l'on a suivi jusqu'à l'orbite (fig. 417). Les gaines des muscles obliques se fixent également à l'orbite. L'adhésion de tous ces muscles à la capsule, à laquelle ils se rattachent par leurs gaines, explique comment le mouvement du muscle se conserve à la suite



Fig. 417.

de la section du cordon charnu en avant de la capsule. La rétraction et la reconstruction se font dans la gaine comme à la suite des sections ténotomiques.

Les muscles droits sont adducteur, abducteur, élévateur, abaisseur de l'œil. Les muscles obliques portent la prunelle : le petit, en haut, en dehors et en avant ; le grand, en bas, en dehors et en avant.

Écartement des paupières. Quelques chirurgiens se sont servis, pour écarter les paupières, de deux instruments séparés : un élévateur *b*, (celui de Pellier), et un abaisseur de la paupière inférieure *c* (fig. 419), qui ont été modifiés et construits entièrement avec un fil solide métallique recourbé en crochet double (fig. 420). D'autres font écarter les paupières par deux aides qui se servent simplement de leurs doigts. La figure n° 1 (fig. 418) représente le blépharostat de