

correction par une ténotomie incomplète ou complète, par une incision plus large du tissu cellulaire, par l'isolement du muscle de ses adhérences, quelquefois par des opérations successives, ou, comme le conseille M. Sédillot, en opérant sur les deux yeux.

L'effet de la strabotomie est difficile à calculer; le tact et l'expérience conduisent néanmoins à des résultats d'une précision satisfaisante.

Il faut être prévenu que lorsqu'on opère des sujets anesthésiés par le chloroforme, l'œil dévié prend quelquefois, sous l'influence de l'anesthésique et avant toute opération, une position normale, et qu'après l'opération il convient, pour juger du résultat obtenu, que l'anesthésie ait complètement cessé.

Faut-il couper plusieurs muscles? Des chirurgiens ont coupé trois, quatre et même cinq muscles de l'œil. Ces sections multiples ont pour effet inévitable l'exophtalmie, et doivent être rigoureusement proscrites. Lorsque, dans un strabisme convergent, la section du droit interne n'a pas amené le redressement de l'œil, on est autorisé à penser que les fibres les plus internes des droits supérieur et inférieur influent sur la déviation, et l'on peut chercher à les diviser. Bonnet se bornait, dans ce cas, à décoller en haut et en bas le fascia sous-conjonctival. Il y a lieu de croire, en effet, que ce feuillet maintient la déviation, en communiquant au globe de l'œil l'action de la partie postérieure du droit interne déjà coupé, mais resté adhérent à la capsule dans le point où il la traverse. Ces dissections du feuillet oculaire de la capsule ne doivent pas être poussées trop loin, parce que, chez les enfants surtout, le strabisme en sens inverse et surtout l'exophtalmie en peuvent être la conséquence.

Quand la déviation interne persiste et que l'on recourt à la section du droit interne du côté opposé, l'œil dévié, qui ne pouvait se replacer au centre des paupières, se trouve sur-le-champ affecté dans quelques cas, au reste très-rare, de strabisme externe. Nous n'hésitons pas alors à couper le droit externe. On nous a souvent objecté qu'en agissant ainsi nous ne devons obtenir aucun résultat avantageux, parce que, si nous détruisions la puissance de deux muscles antagonistes, l'effet devait être négatif. Nous pourrions nous borner à invoquer nos succès pour toute réponse; mais en voici l'explication très-facile: dès l'instant que les muscles droits interne et externe sont incisés, l'œil n'obéit plus qu'aux muscles restés intacts, et comme ceux-ci sont sains et qu'aucune force anormale ne tend à entretenir une déviation quelconque de l'œil, celui-ci reprend nécessairement une situation naturelle et redevient droit.

Procédés opératoires. Procédé de Stromeyer. On fait fermer

l'œil sain, et l'on recommande au malade de porter l'œil affecté le plus loin possible du côté opposé à la direction vicieuse qu'il occupe. Si le strabisme a lieu en dedans, on enfonce alors, dans le bord interne de la conjonctive oculaire, une érigne fine. Un aide intelligent s'en sert pour tirer l'œil en dehors. La conjonctive ayant été soulevée à l'aide d'une pince, on la divise, avec un couteau à cataracte, par une incision verticale pratiquée dans l'intervalle du bord de la cornée à la commissure oculaire. La traction en dehors est augmentée jusqu'à ce qu'apparaisse le muscle droit interne. Un stylet fin passé sous ce dernier permet de le diviser à l'aide de ciseaux courbes ou avec le couteau qui a servi à ouvrir la conjonctive.

Ce procédé est très-clair, et il y aurait une criante injustice à vouloir dépouiller Stromeyer de l'honneur insigne d'avoir véritablement inventé l'opération du strabisme.

Procédé de Dieffenbach. Nous allons le décrire d'après M. Verhægue, qui a assisté à plus de deux cents opérations pratiquées par Dieffenbach, et qui a été opéré lui-même par ce chirurgien.

Appareil instrumental. Un élévateur de Pellier, un crochet mousse double, pour abaisser la paupière inférieure, deux petits crochets aigus pour accrocher la conjonctive, une paire de ciseaux courbes sur le plat pour l'inciser, un petit crochet mousse que l'on glisse sous le muscle à diviser, enfin un crochet aigu que l'on planterait dans la sclérotique, si l'œil venait à se tourner convulsivement dans le sens opposé à celui où l'on opère.

Manuel opératoire. Nous supposons un strabisme convergent droit. Deux aides sont suffisants; mais il en faudrait un plus grand nombre si l'on craignait l'indocilité du malade. Celui-ci est placé vis-à-vis d'une fenêtre. Le chirurgien est assis sur un siège plus élevé et un peu de côté. Un aide est placé derrière le patient, dont il fixe la tête contre sa poitrine. Le chirurgien place l'élévateur de Pellier *b*, fig. 419 (ou l'instrument de M. Cunier, fig. 418, n° 1), et le confie à cet aide, qui le tient de la main droite. L'abaisseur de la paupière inférieure est tenu par un autre aide, qui s'assure en même temps des mains de l'opéré. L'opérateur ordonne à celui-ci de porter l'œil strabique en dehors (on favorise ce mouvement en faisant fermer l'œil sain), et plante l'un des petits crochets aigus dans la conjonctive, près de la caroncule lacrymale; le crochet est confié au premier aide, qui le tient de la main gauche *c*, sa main droite maintenant déjà l'élévateur. L'opérateur plante ensuite son second crochet dans la sclérotique, plus près de la cornée, à 0^m,003 de celle-ci, et le fixe lui-même de la main gauche. La conjonctive étant soulevée en forme de pli par les deux crochets, l'o-

pérateur y fait une section avec les ciseaux *d*, et poursuit la dissection à petits coups jusqu'à ce que le muscle soit découvert; il a soin, pendant ce temps, de porter l'œil en dehors avec le second crochet. Il passe le crochet mousse sous le muscle, et, dégagant le

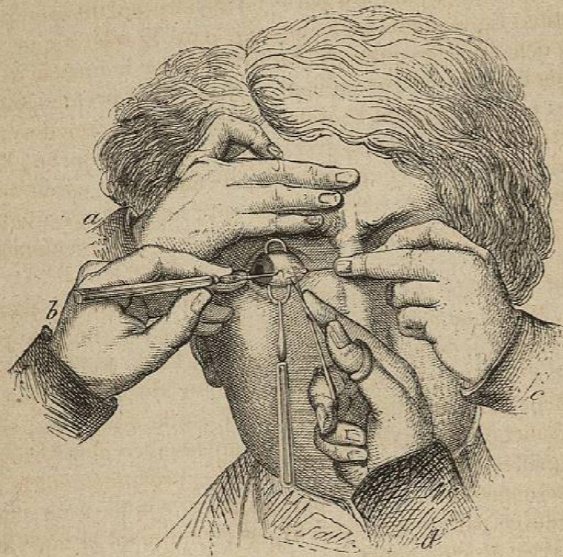


Fig. 425.

second crochet aigu devenu inutile, il tient son crochet mousse de la main gauche, qui est libre. Il ne reste qu'à couper le muscle soulevé, et c'est ce que l'on fait avec des ciseaux. On lave la plaie, et on fait ouvrir les deux yeux pour juger du parallélisme de leurs axes.

Autre procédé de Dieffenbach. Ce chirurgien a imaginé une autre opération pour les cas de strabisme léger. Soit un strabisme interne. On excise, à l'aide de ciseaux courbes sur le plat et d'une érigne, un pli vertical comprenant une portion de la conjonctive et de l'aponévrose, près de l'insertion du muscle droit externe. Pour le strabisme externe, on enlève un lambeau de la portion interne de la conjonctive; seulement il est recommandé de faire l'excision plus considérable. C'est un procédé insuffisant et abandonné.

Procédé de M. Phillips. Il diffère peu du premier de Dieffenbach. Le chirurgien, au lieu de s'asseoir, se tient debout. Quand le muscle a été soulevé, l'opérateur achève de le séparer de l'œil

en portant l'extrémité des ciseaux entre le globe oculaire et le cordon charnu. Après avoir coupé le muscle, on en résèque l'extrémité tendineuse. Il convient d'explorer l'œil avant d'abandonner l'opéré, pour voir s'il ne reste pas quelque fibre musculaire à couper.

Premier procédé de Velpeau. Le malade est assis, les paupières sont écartées: l'œil est porté en dehors autant que possible. Une petite érigne double est enfoncée dans la sclérotique, et fixe l'œil en dehors. Une autre érigne va chercher le muscle à travers la conjonctive, l'accroche de haut en bas, aussi profondément que possible, en contournant le globe de l'œil, et le ramène en avant sous forme de corde. Alors, avec un petit couteau courbe, l'opérateur divise du même coup toute l'épaisseur de la corde soulevée par le crochet. Ce procédé n'est pas sûr; aussi les résultats n'en ont pas été satisfaisants: sur dix louches, trois seulement ont guéri.

Second procédé de Velpeau. Le malade assis, les paupières écartées, l'opérateur, debout en face de lui, saisit avec une pince à griffe un large pli de la conjonctive et l'attache du muscle à la sclérotique. S'il s'agit de l'œil droit, l'opérateur tient lui-même de la main gauche cette première pince; il la confie à un aide, si c'est sur l'œil gauche qu'il opère. Avec une autre pince plus forte, également à griffes, l'opérateur embrasse plus profondément le muscle et la conjonctive: cette seconde pince est confiée à un aide. La bride, soulevée par les deux pinces, et comprenant le muscle, est ensuite divisée avec de petits ciseaux mousses droits ou légèrement courbes sur le plat. Souvent la section du muscle est terminée d'un seul coup. Mais il convient toujours de s'assurer, à l'aide des ciseaux fermés portés dans le fond de la plaie, si cette section est complète et si la sclérotique est suffisamment dénudée. Ordinairement Velpeau terminait l'opération en excisant d'un coup de ciseaux la portion du tissu saisie par la première pince, qui comprend le tendon du muscle rétracté et un lambeau de conjonctive.

Procédé de Baudens. Ce procédé se rapproche beaucoup des deux précédents. Les paupières étant écartées et fixées avec l'abaissureur de M. Charrière, l'opérateur enfonce une érigne simple dans la rainure oculo-palpébrale de la conjonctive, un peu au-dessus du diamètre transversal de l'œil, et fait effort comme pour redresser l'œil. Le muscle se dessine alors en corde, et le chirurgien glisse sous lui, sans chercher à l'embrasser en entier, un petit bistouri courbé sur le plat de la lame et large au talon. Le muscle est en partie coupé dans ce premier temps. L'opérateur glisse alors un crochet sous le reste du cordon charnu, qu'il divise avec des ciseaux. L'aponévrose d'enveloppe est débridée plus ou moins pro-