

fondement, suivant le besoin. Enfin le tendon du muscle est excisé, ainsi qu'un lambeau de conjonctive.

Procédé de Bonnet, de Lyon. Les instruments sont : un crochet élévateur et un crochet abaisseur des paupières, une pince à griffes et à ressort, une pince à griffes sans ressort, un petit scalpel en rondache et des ciseaux mousses. Le patient est assis sur un fauteuil à crémaillère; l'élévateur et l'abaisseur des paupières sont placés. Avec la pince sans ressort tenue de la main droite, l'opérateur saisit la conjonctive près de la partie interne de la cornée (nous supposons un strabisme interne gauche) et entraîne l'œil en dehors pour étaler la partie sur laquelle s'insère le droit interne; ce muscle devient ordinairement visible par cette manœuvre. Le chirurgien soulève alors la conjonctive et le fascia sous-conjonctival avec la pince à ressort, qu'il confie immédiatement à l'aide chargé de tenir l'élévateur de la paupière supérieure. Il fixe ensuite la conjonctive et le feuillet qui la double, avec la pince sans ressort, à 0^m,003 en dedans de la pince à ressort et incise le pli qui se forme entre les deux : au fond de l'incision il aperçoit les fibres rouges du muscle, qu'il saisit avec la pince sans ressort, qu'il soulève, éloigne de la sclérotique et le coupe en avant de la pince d'un coup du scalpel, dont le tranchant doit regarder en dedans et en arrière.

Procédé de M. Guérin. M. Guérin a décrit deux procédés de l'opération du strabisme sous le nom de *méthode sous-conjonctivale*. Le premier de ces deux procédés consiste à découvrir le muscle au moyen d'un lambeau demi-circulaire de la conjonctive. Dans le *second procédé* ou *procédé par ponction*, on soulève avec des ériges un pli de la conjonctive; on perce la base de ce pli de manière à ouvrir une voie entre le fascia sous-conjonctival et le muscle, et l'on introduit par cette ouverture un myotome particulier, avec lequel on divise le muscle de dedans en dehors.

Procédé de Liston. Le seul point qui distingue ce procédé, c'est que Liston, pour pouvoir se passer d'un aide, saisit, dans la rainure oculo-palpébrale, un pli de la conjonctive avec une pince à ressort, qui, abandonnée à elle-même, abaisse la paupière inférieure.

Procédé de M. Cunier. M. Cunier fixe l'œil au moyen d'une érigne double implantée dans la sclérotique. La conjonctive soulevée est incisée de haut en bas en demi-lune et décollée. Pour diviser le muscle, M. Cunier se sert de ciseaux, dont l'une des branches, boutonnée, est passée sous le ruban charnu.

Procédé de M. Lucien Boyer. Pour éviter l'affaissement de la caroncule et la déféctuosité qui en résulte, M. Lucien Boyer divise transversalement la conjonctive au-dessus du diamètre horizontal

de la cornée. S'il se forme un thrombus, on fait une contre-ouverture inférieure. Ce chirurgien a publié un ouvrage très-intéressant sur la myotomie oculaire.

Procédé de M. Sédillot. M. Sédillot se sert du blépharostat à simple ressort introduit sous la paupière supérieure, puis sous l'inférieure et abandonné à lui-même, en raison de sa légèreté. L'œil apparaît alors complètement saillant et découvert. Les malades doivent être assis plutôt que couchés, pour éviter que le sang ne se porte à la tête et ne cause une légère hémorrhagie.

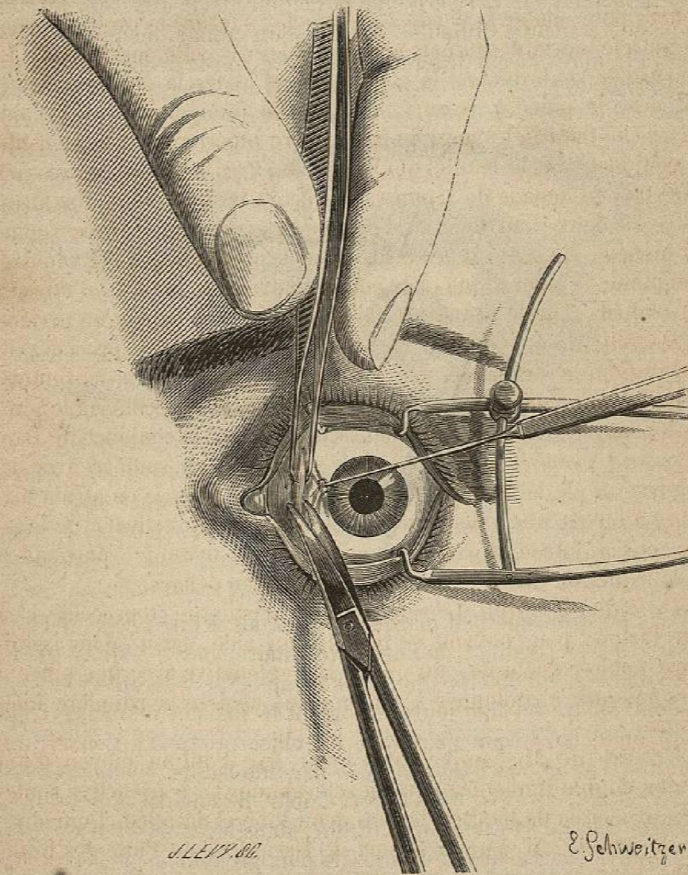


Fig. 426.

Ces préliminaires achevés, il saisit, avec une érigne simple à crochet unique, la conjonctive pour tourner l'œil en dehors et le dégager de l'angle orbitaire interne, et il implante ensuite son éri-

gne à trois branches le long du bord de la sclérotique et un peu en dedans de la cornée (strabisme convergent). Un aide exercé est chargé de cette dernière érigne pendant que le chirurgien retire la première, et il doit appuyer sa main sur le front et la tempe pour assurer l'immobilité de l'instrument.

Soulevant un pli de la conjonctive en dedans de l'érigne avec une pince ordinaire, on le divise verticalement d'un coup de ciseaux (*fig. 426*), et, coupant successivement les feuillets fibro-celluleux qui se présentent, on arrive sur le muscle, dont le corps rougeâtre se dessine nettement sur la sclérotique et doit être isolé avec soin, ce qui ne présente aucune difficulté. On glisse un crochet mousse au-dessous, et, après l'avoir légèrement soulevé, on le divise avec les ciseaux (*fig. 427*).

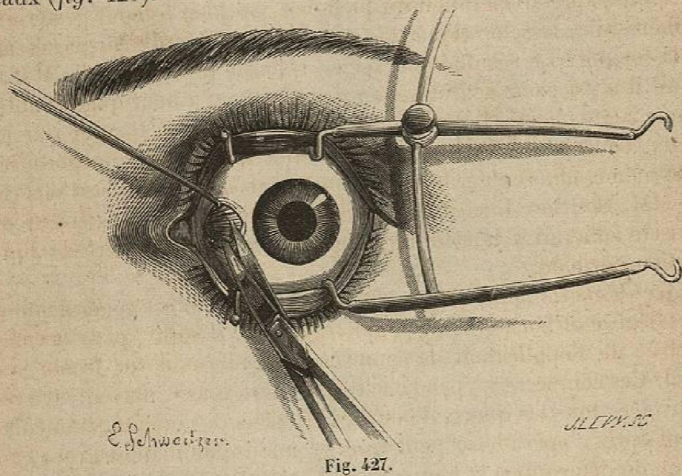


Fig. 427.

Dans le strabisme peu marqué et pour ainsi dire accidentel, il est arrivé à M. Sédillot de laisser volontairement quelques fibres musculaires, et d'obtenir un succès complet en couvrant l'œil sain pendant quatre ou cinq jours et forçant le malade à tourner l'œil opéré en dehors pour apercevoir les objets à travers l'ouverture d'un morceau de diachylon soutenu par une bande. Quand le strabisme est plus avancé, mais encore faible, il coupe le muscle près de l'insertion de la sclérotique. Enfin, dans le strabisme plus fort il attaque le corps charnu du muscle plus profondément, et, pour y arriver, il a eu quelquefois à diviser une couche de graisse concrète sans aucun accident.

Appréciation. Le second procédé de Velpeau est le plus expéditif, mais il n'est pas le plus sûr; et malgré ce qu'en a dit le savant

professeur de la Charité, il est bien difficile que le chirurgien n'éprouve pas une certaine crainte à diviser ainsi d'un seul coup, sans avoir découvert le muscle, toutes les parties saisies par la pince. Le procédé de Velpeau, tel qu'il a été modifié par Bonnet, nous paraît préférable, si l'on ne suivait pas celui que nous avons adopté.

Le procédé sous-conjonctival de M. J. Guérin serait incontestablement le meilleur, s'il n'était pas d'une application délicate et même dangereuse entre des mains peu exercées. On a parlé du nerf optique compris dans la section. Il survient un épanchement de sang considérable et d'une assez longue durée dans le tissu cellulaire palpébral, mais l'écchymose est ici sans gravité.

Suite de l'opération. Cicatrisation du muscle divisé. Les bouts du muscle s'agglutinent-ils directement, comme ceux du tendon d'Achille après l'opération du pied-bot, ou bien le bout postérieur adhère-t-il à la sclérotique, l'antérieur s'atrophiant et disparaissant à la longue? Le résultat doit varier selon le procédé suivi; et d'abord il n'y a pas d'agglutination possible bout à bout quand l'antérieur a été excisé. Il résulterait d'un cas cité par Bonnet que les deux bouts s'unissent par une production membrano-fibreuse, elle-même adhérente à la sclérotique. Mais dans la plupart des cas de MM. Bouvier, Lucien Boyer, Stæber etc., le bout postérieur du muscle adhérait à la sclérotique plus ou moins en arrière de l'insertion normale.

Accidents de l'opération. Inflammation. Elle est généralement très-légère et bornée à une simple injection. Il suffit, pour la combattre, de l'application de compresses imbibées d'eau froide sur l'œil. Ces compresses, pendant les premiers jours, doivent être renouvelées tous les quarts d'heure. L'exercice de l'organe, immédiatement après l'opération, peut amener une inflammation grave, au point de déterminer la fonte de l'œil, comme chez une dame citée par M. Phillips, qui écrivit pendant une partie de la nuit à la suite de son opération.

Tubercule charnu. Il se forme ordinairement un tubercule charnu du volume d'un petit pois à la surface de la plaie. Ce tubercule est gênant; il cause un peu d'inflammation et de larmoiement, comme tous les corps étrangers; mais il n'a pas d'autres inconvénients. On doit attendre, pour l'exciser, qu'il soit pédiculé, ce qui ne tarde pas, cette légère excroissance étant due à la pression du bord libre des paupières sur la plaie conjonctivale. On a songé à la cautérisation au lieu de l'excision; mais l'excision est infiniment préférable. Bonnet, chez deux de ses malades qui redoutaient l'emploi des ciseaux, a fait comprimer le tubercule journellement avec les doigts, et la petite production a disparu. Par le procédé