

2° *Iridectomie et massage* (Förster). Après iridectomie, avec une curette à travers la cornée, on malaxe le cristallin. Le massage direct dans la chambre antérieure nous paraît trop dangereux pour être recommandé.

Il vaut mieux d'ailleurs faire l'extraction avec iridectomie et large incision des cataractes incomplètes, surtout si le sujet est âgé et la cataracte, pourvue d'un noyau. Des injections hori- quées tièdes détersives emporteront les débris, une discision ultérieure complètera au besoin le résultat.

*Les complications* sont celles de la discision ou de l'iridecto- mie : hémorrhagie, enclavement, infection. On doit y ajouter la luxation incomplète et des accidents glaucomateux.

#### VI. — Pansement de la cataracte.

§ 508. — *Avant l'antisepsie*, l'œil opéré était recouvert de topiques gras; la charpie jouait un grand rôle comme agent contentif, immobilisateur ou compressif, les agglutinatifs étaient fréquemment employés. *Depuis l'antisepsie*, les char- pies, gazes, ouates, imprégnées de principes divers, ont été tour à tour adoptées; la vaseline avait même remplacé l'axonge sur les compresses fenêtrées qui, dans certains cas, recou- vraient directement l'œil. Les bandes en toile, en flanelle, en gaze, en tarlatane complètent le pansement. De tout temps, l'occlusion a été pratiquée; ce n'est qu'à de rares intervalles que certains opérateurs l'ont momentanément abandonnée.

*Actuellement*, le pansement consiste ordinairement en des tampons de ouate ou de gaze antiseptiques.

Le but du pansement est d'être protecteur et contentif mais nullement *compressif*. On recherchait jadis cette condition du temps de de Græfe où les pansements « serrés » étaient en honneur. L'objet de tous les pansements actuels, taffetas, agglutinatifs, coques protectrices, est de couvrir l'œil en le protégeant contre les agents extérieurs.

On emploiera, suivant son idée, le pansement sec ou le pan-

sement humide; les pansements humides paraissent plus ab- sorbants et semblent préférés par les patients. Les meilleures substances de pansement seront les ouates ou gazes étuvées ou bouillies et qui ne renferment aucune substance antiseptique, car les gazes au salol ou à l'iodoforme paraissent sus- ceptibles de provoquer des éruptions d'eczéma palpébral. Nous rejetons volontiers les bandes, qui compriment et échauf- fent la tête, et nous employons avec profit des rondelles de gaze collodionnées à la périphérie, et maintenant exactement le pansement.

### CHAPITRE VII

#### MUSCLES

**Strabisme.** — La strabotomie a été d'abord indiquée par Stromeyer (1838) puis pratiquée par Dieffenbach, Jules Gué- rin, Cunier, enfin perfectionnée par Bonnet de Lyon. Aux premiers revient la myotomie, procédé défectueux et aban- donné qui consistait à couper le muscle dans sa portion char- nue; au dernier, la ténotomie, procédé actuel, qui détache simplement le muscle au niveau de son insertion tendineuse.

Nous indiquerons successivement le reculement et l'avan- cement des muscles, puis l'avancement et le reculement de la capsule.

#### I. — Reculement musculaire.

§ 509. — C'est le détachement de l'insertion para-cornéenne du muscle et de l'aponévrose de Tenon. Il amoindrit l'ad- duction et permet une abduction plus grande.

*Instruments.* — Écarteurs, crochets à strabisme, pinces, ci- seaux, sutures, anesthésie locale ou générale.

**Reculément du droit interne.** — *Indications.* Strabisme convergent monolatéral faible, inférieur tout au moins à 20°, car, même avec un large reculement, on obtient seulement une correction de 15° à 20°. Si le strabisme est plus considérable ou alternant, on agira également ou inégalement sur les deux droits internes, de manière à additionner les effets abducteurs de chaque ténotomie. On peut enfin, si le strabisme paraît tout à fait minime, faire un reculement très limité en respectant, dans le détachement, la partie médiane de l'insertion tendineuse (Abadie). Il est cependant difficile de doser exactement l'effet d'une ténotomie et on doit être, surtout chez les jeunes sujets, très réservé à cet égard.

*Opération.* L'œil aseptisé, anesthésié et fixé, les paupières relevées, on saisit avec la pince à griffes un pli horizontal de la conjonctive, à cinq millimètres de la cornée, et on le sectionne verticalement. On agrandit légèrement la plaie en haut et en bas, puis on dégage la conjonctive en arrière, plus ou moins loin vers la caroncule suivant l'effet correcteur à obtenir.

Avec la même pince à griffes, on saisit alors le tendon et on l'incise à son milieu, en boutonnière, puis latéralement en haut et en bas; si l'effet désiré est insuffisant, on sectionne, avec un crochet à strabisme et des ciseaux, les expansions aponevrotiques de Tenon. Une bonne ténotomie donne, en dedans, une correction de 15° à 20°; si elle est excessive, il existe un peu de parésie, une convergence insuffisante, de l'exophtalmie, mais on peut alors la diminuer en suturant la conjonctive horizontalement, en comprenant plus ou moins l'aileron interne dans la suture. La correction est-elle insuffisante, on l'exagère en attirant fortement l'œil en dehors par la suture de de Græfe constituée par un fil sous-conjonctival en anse qui va se fixer vers l'oreille, ou par la suture de Knapp qui, sous-conjonctivale aussi, est fixée vers la commissure.

**Reculément du droit externe.** — *Indications.* Insuffisance de convergence, strabisme externe. Simple à l'œil dévié, dans le strabisme monolatéral faible, double dans le strabisme

bilatéral. On ne doit pas compter, même avec un large reculement du droit externe, sur une correction supérieure à 10° ou 15°, et avec le reculement des deux droits externes, sur une correction supérieure à 25° ou 30°. Dans le strabisme alternant, il est préférable, au point de vue esthétique ou fonctionnel, de faire une ténotomie bilatérale pour les deux yeux. Dans le strabisme unilatéral fort, on peut agir de même, ou mieux pratiquer sur l'œil dévié un large reculement avec avancement musculaire ou capsulaire.

La ténotomie diminuant l'action du muscle correspondant, on peut faire une opération moins étendue mais portant sur les congénères des deux yeux. Enfin, si l'on craint une ténotomie excessive, on pourra la rendre incomplète en respectant une languette tendineuse médiane (Abadie).

*Opération.* La ténotomie du droit externe s'exécute comme la précédente. Le tendon doit être recherché toutefois plus en dehors, à 8 millimètres du limbe cornéen; la correction ne dépasse guère 10° à 15°. On amoindrit et on accentue la correction ainsi obtenue, par les procédés que nous avons indiqués plus haut.

**Reculément des droits inférieur et supérieur.** — *Indications.* Déviation en bas dans le strabisme divergent et surtout en haut dans le strabisme convergent que la ténotomie des muscles droits externe ou interne n'a pas corrigé suffisamment; paralysie de l'antagoniste.

*Opération.* Section horizontale de la conjonctive, ouverture de la capsule de Tenon, puis détachement sclérotical plus ou moins large du tendon, en se rappelant que le droit inférieur s'insère à 6<sup>mm</sup>,5 et le droit supérieur à 8<sup>mm</sup> du bord de la cornée.

**Reculément du petit oblique.** — Bonnet de Lyon l'a pratiqué dans la myopie forte pour soulager la convergence, et Landolt l'a préconisé pour accroître l'effet de la section du droit supérieur ainsi que dans la paralysie du droit inférieur et du grand oblique.

*Opération.* On détache l'insertion fixe du muscle, à la

partie antéro-interne de l'orbite, vers le sac lacrymal. Landolet pratique, le long du rebord inférieur, une incision courbe dont le milieu correspond à la perpendiculaire abaissée de l'échancrure sus-orbitaire; il sectionne la peau et l'orbiculaire jusqu'au périoste et, avec une sonde cannelée, arrive sur le tendon du petit oblique qu'il saisit avec un crochet à strabisme et détache au ras de son insertion osseuse avec des ciseaux mousses ou un bistouri boutonné.

## II. — Avancement musculaire.

§ 510. — Réservé dès le début, au strabisme secondaire consécutif à une ténotomie malheureuse (J. Guérin, 1849), on l'appliqua, dans la suite, au strabisme primitif et au strabisme paralytique. Il consista d'abord à ramener par traction le globe vers le muscle détaché; on rapprocha ensuite (Critchett), par des sutures conjonctivales, le tendon du diamètre vertical de la cornée; enfin, on compléta et on facilita la nouvelle insertion par la section de l'antagoniste.

L'action musculaire est à la fois dynamique et mécanique; elle résulte de l'enroulement musculaire plus étendue et de l'avancement des tissus pré-musculaires.

*Indications.* — Insuffisance de convergence, strabisme divergent, reculement antérieur exagéré, pour le droit interne; strabisme convergent fort avec ou sans ténotomie préalable de l'interne, pour le droit externe; strabisme paralytique.

*Instruments.* — Écarteur, pinces, ciseaux, crochets à strabisme, double crochet de Wecker, sutures.

*Opération.* — La conjonctive est d'abord simplement incisée, comme pour la ténotomie, ou réséquée en petit croissant à concavité cornéenne. Le tendon, mis à nu, est chargé sur un crochet à strabisme plat et soulevé légèrement. On place enfin deux fils, l'un en haut, l'autre en bas, inférieur embrassant le tendon, la capsule de Tenon et la conjonctive.

Le tendon est alors détaché, mais retenu par les fils et chacun

de ces derniers est conduit sous la conjonctive, plus ou moins près du diamètre vertical de la cornée. Il ne reste plus qu'à serrer graduellement les fils pour obtenir ainsi un avancement plus ou moins considérable. On peut enfin *réséquer* une partie

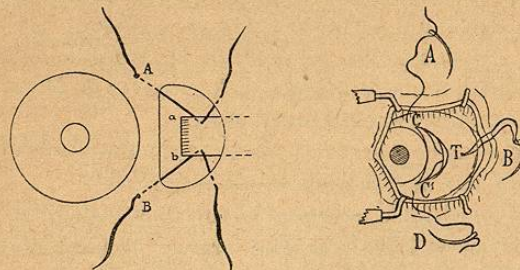


Fig. 101. — Avancement musculaire; fig. 102 (type de Wecker).

CC', ablation conjonctivale; T, tendon; ABD, sutures.

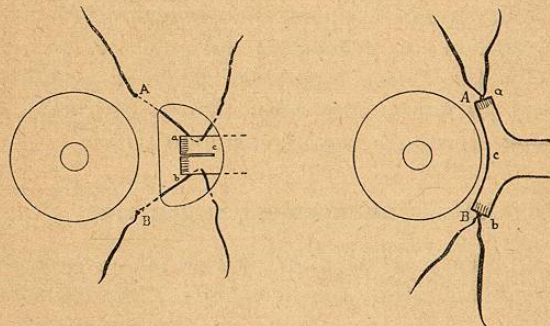


Fig. 103-104. — Avancement en  $\lambda$  (Valude).

du tendon pour attirer les muscles plus en avant (Agnew). Sutures conjonctivales.

De Wecker se sert d'un double crochet pour étaler et maintenir le tendon à avancer; il prend un fil à trois aiguilles, une au milieu et une à chaque extrémité, et pique le centre du tendon avec l'aiguille intermédiaire.

Pour éviter que les sutures, qui sont plus éloignées l'une de l'autre que n'est large l'extrémité tendineuse, ne coupent

ou ne dilacèrent le muscle à avancer, Valude conseille de diviser le muscle longitudinalement par le milieu, de telle sorte que chaque languette est portée par la suture au point d'insertion fixe. De la sorte, à l'effet de l'avancement, se joint celui d'une résection musculaire; c'est un avancement en  $\lambda$ .

Dans le même but da Gama Pinto, de Lisbonne, prend ses insertions fixes au limbe, vis-à-vis de l'extrémité tendineuse et passe dans le muscle à avancer deux anses de fils, entrelacées, qui se maintiennent l'un à l'autre.

Le premier de ces deux procédés convient aux forts degrés et le second, aux degrés moyens du strabisme.

L'action opératoire devient d'autant plus forte qu'on comprend dans les sutures une plus grande étendue de la capsule aponévrotique. Il importe d'ailleurs de ne pas laisser s'échapper le tendon ou glisser les fils en dissociant ses fibres; car il en résulterait un reculement.

On a voulu, pour échapper à ce danger de reculement, plisser le muscle sans le détacher, ou ne le détacher que sur les côtés (Motais); mais c'est alors de l'avancement capsulaire plutôt que musculaire; Grandclément agit même directement sans incision, à travers la conjonctive.

### III. — Avancement capsulaire.

§ 511. — Préconisée par de Wecker en 1883, cette opération plisse le tendon en avant sans détacher son insertion oculaire.

*Indications.* — Strabisme faible, après ténotomie de l'antagoniste, comme complément du reculement dans le strabisme convergent au-dessus de  $20^\circ$  ou  $25^\circ$ ; strabisme divergent au delà de  $15^\circ$  ou  $20^\circ$ ; strabisme paralytique.

L'action de l'avancement capsulaire est inférieure à celle de l'avancement musculaire, mais le premier procédé n'expose jamais à un reculement qui peut se produire, dans le second, si les sutures correctrices viennent à lâcher. On obtient d'ailleurs le renforcement du muscle sans affaiblissement. Il convient de remarquer que dans l'avancement musculaire,

on agit sur la capsule comme sur le muscle et qu'on produit en réalité un avancement capsulo-musculaire.

*Instruments.* — Écarteur, pinces, ciseaux, crochets à strabisme, sutures.

*Opération.* — On sectionne la conjonctive au-devant du tendon musculaire ou même on résèque un lambeau semi-lunaire de 5 millimètres de large sur 10 millimètres de haut.

On incise ensuite la capsule et on la dégage au-dessous et sur les côtés du muscle. On introduit un fil armé de deux aiguilles, l'une prenant la partie supérieure du muscle, la capsule et la conjonctive et allant sous la conjonctive vers le haut du diamètre vertical de la cornée, l'autre prenant la partie inférieure du muscle, la capsule et la conjonctive et allant sous la

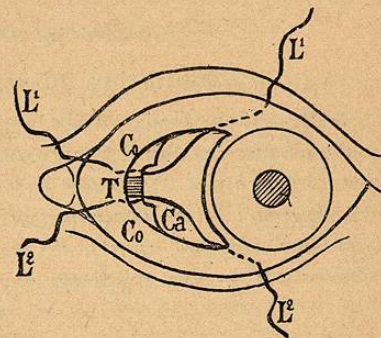


Fig. 405. — Avancement capsulaire.

Co, conjonctive; Ca, capsule; T, tendon; L<sup>1</sup>L<sup>2</sup>, ligatures.

conjonctive vers le bas du diamètre vertical. Les sutures restent en place quatre à cinq jours, à moins que l'effet correcteur ne soit exagéré, auquel cas on les enlèvera un peu plus tôt. L'opération reste la même, en somme, que celle de l'avancement musculaire, avec cette différence qu'on ne fait pas la section du muscle.

### IV. — Reculement capsulaire.

§ 512. — Préconisé par Parinaud en 1890, mais encore mal connu.

*Indications.* — Strabisme faible.

*Instruments.* — Écarteur, pinces, ciseaux, crochets à strabisme, sutures.

*Opération.* — On incise la conjonctive, on sectionne la capsule et on dégage au-dessus et au-dessous du muscle sans détacher son tendon; on pourrait néanmoins y joindre la ténotomie partielle. Suture conjonctivale.

## CHAPITRE VIII

### GLOBE ET ORBITE

#### I. — Amputation du segment antérieur.

§ 513. — C'est l'ablation de la cornée et de la zone ciliaire.

*Indications.* — Staphylôme total, irritation sympathique dans les leucomes adhérents, tumeurs malignes antérieures.

*Instruments.* — Écarteur, pinces, ciseaux, couteaux linéaire et de Beer, sutures, anesthésie générale ou locale.

*Opération.* — Les paupières étant écartées, l'œil préparé

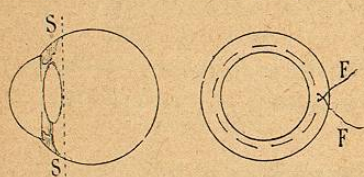


Fig. 106. — Amputation du segment antérieur.

SS, section; EF, suture en bourse.

et fixé, on dissèque la conjonctive en arrière et au ras de la cornée, on passe un fil en bourse, puis on détache le segment antérieur à 5 millimètres au delà du limbe avec le couteau de Beer ou celui de de Græfe et les ciseaux.

1° *Avec le couteau de de Græfe.* On fait une ponction et une contre-ponction dans le diamètre horizontal, on sectionne d'arrière en avant de manière à produire un lambeau supérieur et un lambeau inférieur qu'on enlève ensuite successivement en un ou deux coups de ciseaux, puis on serre la suture en bourse.

2° *Avec le couteau de Beer,* on ponctionne en bas et on sectionne les trois quarts supérieurs du segment antérieur puis on détache le lambeau d'un coup de ciseaux et on serre la suture burséolaire.

Le premier procédé laisse écouler plus de vitré que le second, mais ce n'est pas un grand inconvénient. Il importe, en tout cas, de bien détacher la conjonctive et de respecter soigneusement la suture en bourse pendant la section de la sclérotique.

On peut aussi poser quatre ou cinq points de sutures d'une èvre scléroticale à l'autre.

#### II. — Exentération du globe.

§ 514. — Préconisée par Alfred de Græfe en 1884, et peut-être avant par Mules et Noyes (de New-York), cette opération a pour objet de vider complètement l'œil de son contenu membraneux.

*Indications.* — Panophtalmie, ophtalmie sympathique, corps étrangers.

*Instruments.* — Écarteur, pince à fixation, couteaux de de Græfe ou de Beer, curette de Volkmann, seringue d'Anel, sutures, anesthésie générale.

*Opération.* — La conjonctive est largement détachée autour de la sclérotique, et celle-ci réséquée en arrière du corps ciliaire, comme dans l'amputation du segment antérieur. On râcle ensuite à la curette la cavité oculaire et on enlève tout son contenu: cristallin, vitré, choroïde et rétine, de manière à ne respecter que la coque sclérale. On lave la cavité jusqu'à asepsie complète, puis on la bourre fortement avec de la gaze iodoformée; pas de sutures, la gaze est changée tous les trois jours. De la sorte, la guérison s'opère sans réaction aucune. Pansement contentif.

**Évidement du globe (Truc).** — Modification avantageuse de l'éviscération dans la panophtalmie. On agit comme précédemment, mais on ne râcle pas les parois sclérales. On se contente de vider avec la curette mousse la cavité oculaire de son magma purulent et de pratiquer des injections détersives. Pas de sutures. Lavages intra-oculaires détersifs tièdes et antiseptiques bi-quotidiens.