ou congénital, quand il est compliqué d'une conjonctivite granuleuse, d'un entropion, etc.

1º Procédé de Cusco (d'après Gillette ¹). — En tendant la peau des paupières à mesure qu'on en pratique la section, tailler, à l'aide de deux incisions qui divergent à partir de la commissure palpébrale externe, un petit lambeau cutané triangulaire à base tournée en dehors, à sommet interne, c'est-à-dire répondant à l'angle externe des paupières. Ces deux incisions ont chacune 1 centimètre et demi à 2 centimètres de longueur, ce qui fait que la base du lambeau, qui représente un triangle isocèle, a également 2 centimètres.

A l'aide d'une pince, soulever le sommet interne du lambeau, qu'on dissèque peu à peu jusqu'à la base.

Diviser de dedans en dehors avec un bistouri boutonné le cul-de-sac externe de la conjonctive.

Enfin, fixer par un seul point de suture le sommet du lambeau au fond de la plaie, en prenant avec lui le cul-de-sac conjonctival.

2º Procédé de Chalot<sup>2</sup>. — La peau étant suffisamment tendue à l'angle externe des paupières, faire une incision cutanée droite, horizontale, longue de 12 à 15 millimètres, et partant de la commissure elle-même. Sur l'extré-

tomber une incision également cutanée, haute de 3 millimètres (fig. 605). Disséquer les deux lèvres de l'incision horizontale, dans toute leur lon-

mité postérieure de cette incision faire

gueur, chacune sur une hauteur de 1 millimètre et demi environ.

Passer un fil de dedans en dehors à travers la partie muqueuse qui représente encore la commissure externe; puis, pendant qu'on écarte les petits lambeaux cutanés avec les érignes et

qu'on tend au moyen du fil le pont muqueux intermédiaire, libérer ce dernier en haut et en bas depuis la commissure jusqu'à la partie la plus reculée de l'incision.

Renverser en dehors la petite languette muqueuse, et la réunir avec la peau au fond de l'incision par un point de suture.

Enfin réunir par deux points de suture chacun des lambeaux cutanés à la section correspondante de la conjonctive.

Ce procédé sacrifie la forme moins que le précédent. Le résultat a été définitif dans tous les cas que nous avons ainsi opérés.

4 Gillette, Clin. chir. des hopit. de Paris, p. 45, 1877.

<sup>2</sup> V. Chalot, Gaz. hebd. de Montpellier, 1882.

Fig. 605. — Canthoplastie externe (procédé

- II

## VOIES LACRYMALES

# I. - EXTIRPATION DE LA GLANDE LACRYMALE ORBITAIRE

Par extirpation de la glande lacrymale on entend plus spécialement aujourd'hui l'ablation de la portion principale ou orbitaire de cette glande, celle qui est logée dans la fossette lacrymale de la voûte orbitaire.

Les indications sont: l'adénome ou hypertrophie simple, les néoplasmes malins primitifs (sarcome, *chloroma*, épithéliome), les fistules rebelles de la glande; en outre le larmoiement rebelle, et plus particulièrement, pour Abadie et Truc, celui des granuleux.

**Procédé** (*Œil gauche*). — Après avoir rasé les deux tiers externes du sourcil, la face étant inclinée à droite, tendre les téguments en place et faire une incision cutanée qui commence à 4 millimètres au-dessus de la commissure palpé-

brale externe sur le rebord même de l'orbite, et qui suive exactement ce rebord jusqu'à 5 millimètres en dehors de l'échancrure sus-orbitaire (fig. 607, A B). L'incision de Halpin, plus courte, n'occupe que le tiers externe du sourcil.

Diviser dans la même étendue le muscle orbiculaire et le tissu cellulaire sous-jacent.

En rasant le rebord de l'arcade orbitaire, diviser le ligament large ou suspenseur du cartilage tarse; puis, en rasant encore la face inférieure du rebord, fendre le feuillet

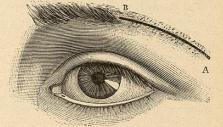


Fig. 606. — Incision pour l'extirpation de la glande orbitaire.

fibreux aponévrotique qui va du rebord au bulbe et fait rideau au-devant de la glande lacrymale. La loge de la glande est alors ouverte.

Abaisser la lèvre inférieure de l'incision, et reconnaître la glande par la vue et le toucher à sa teinte rose ou gris rougeâtre, à son état grenu, à sa forme, à sa consistance et à ses rapports.

Avec le bec de la sonde, décoller sa face supérieure; la saisir au moyen de la pince-érigne, et, pendant qu'on l'attire en divers sens, la détacher en dedans, en bas, en dehors, toujours par diérèse mousse. La glande ne tient plus qu'en arrière, où se trouvent les vaisseaux et le nerf lacrymaux.

Etreindre le pédicule en masse au moyen d'une ligature qu'on place le plus profondément possible, ou bien simplement entre les mors d'une pince à forcipressure qu'on laisse quelques minutes en place, et séparer la glande d'un coup de ciseaux au-devant de la pince ou de la ligature.

Suturer totalement la plaie, sans drainage.

## II. — EXTIRPATION DE LA GLANDE LACRYMALE PALPÉBRALE

C'est de Wecker qui, en 1888, au Congrès ophtalmologique de Heidelberg, a proposé la substitution de l'extirpation de la glande palpébrale à celle de la glande

<sup>4</sup> Cons. les thèses de Marula, Paris, 1876; de Peyret, Bordeaux, 1885; de Guillou, Montpellier, 1889.

Fig. 607. — Appa-

larmes (čóté droit).

reil excréteur des

orbitaire pour guérir le larmoiement persistant ; il avait pensé que l'extirpation nouvelle, « entrainant à sa suite la résection d'une partie des canaux excréteurs, doit tarir la source du liquide lacrymal ». Peu de temps après, la question a été reprise et traitée d'une manière remarquable par A. Terson¹ qui la considère « comme le meilleur moyen de diminuer ou de supprimer l'épiphora, quand tous les autres traitements ont échoué et surtout quand il n'existe aucune suppuration des voies lacrymales ». Si elle échoue à son tour, l'opérateur a encore la ressource d'intervenir sur la glande orbitaire. Quant aux effets de cette double ablation, ils n'ont rien d'inquiétant, « les glandes conjonctivales assurant une lubréfaction convenable ».

Procédé de Wecker (d'après A. Terson). — « Après cocaïnisation (par instillation), relever le bord ciliaire supérieur avec le petit écarteur de Desmarres. Pendant que l'aide appuie et tire sur la commissure externe, commander au malade de regarder en bas et en dedans le bout de son nez, et, au moyen d'une pince, placée en haut et en dehors du limbe, attirer la cornée en bas et en dedans.

« Panas se sert quelquefois de la plaque de corne et l'insinue sous la peau

de la paupière renversée pour faire saillir la glande.

« Înciser avec un bistouri la conjonctive sur toute l'étendue de la glande bien saillante, et la dissequer avec la pince à griffes et les ciseaux; puis charger la glande avec un crochet à chalazion ou mieux une pince-érigne, et l'extirper à coups de ciseaux courbes, en commençant par la partie interne pour éviter plus surement le tendon du releveur et la blépharoptose possible; terminer en excisant la glande jusqu'au-dessous de la commissure externe pour enlever ses lobules inférieurs. Une petite pince hémostatique comprime l'artériole coupée. Pansement pour deux à trois jours. » Aucune suture.

L'extirpation de la glande palpébrale est une opération bénigne, moins compliquée et moins grave que l'extirpation de la glande orbitaire, et a, de plus, l'avantage de ne laisser aucune cicatrice cutanée. En revanche, la glande palpébrale ne formant pas un seul bloc congloméré comme la glande orbitaire, son extirpation totale est impossible; on n'en enlève en réalité que la plus grande

D'autre part, comme tous les conduits excréteurs de la glande accessoire, sauf deux ou trois, se déversent dans les conduits excréteurs de la glande orbitaire avant l'ouverture de ces derniers dans le tiers externe du fornix ou culde-sac conjonctival supérieur, Bettremieux a récemment conseillé de substituer à l'extirpation glandulo-palpébrale la cautérisation ignée du cul-de-sac sur la petite courbe d'abouchement des conduits collecteurs. « Le résultat de cette cautérisation, d'après l'observation de Truc et Valude, paraît assez favorable. »

# III. — CATHÉTÉRISME DES CONDUITS LACRYMAUX

Le cathétérisme des conduits lacrymaux consiste à faire passer dans leur întérieur jusqu'au sac un stylet assez fin, soit qu'on veuille seulement vérifier leur perméabilité, ou leur degré de perméabilité, soit qu'on se propose, en outre, de sonder le canal nasal. Dans ce dernier cas, il ne représente plus que le premier temps d'une opération.

On se sert généralement des stylets doubles de Bowman (fig. 611). Le n° 1 a environ un sixième de millimètre de diamètre ; le n° 6 mesure un mil-

limètre comme le conduit lacrymal lui-même à l'état normal.

Procédé. — (Œil droit). — a. Cathétérisme du conduit inférieur. — Après s'être placé devant le malade, produire une éversion convenable du

le stylet.

point lacrymal et redresser l'angle (fig. 607) que forme l'axe de l'ampoule initiale de Sappey avec celui du reste du conduit. Pour cela, appliquer la pulpe du pouce gauche sur le milieu de la paupière inférieure, la faire basculer légèrement en avant et la tendre en même temps vers la partie inférieure et externe du rebord orbitaire, en prenant appui sur ce rebord.

Prendre un stylet de Bowman (nº 2, par exemple), par la plaque entre le pouce et l'index de la main droite, l'introduire dans le point lacrymal, le diriger d'abord un peu obliquement en bas et en dedans, dans la profondeur de 1 millimètre à 2 millimètres, puis horizontalement en

a, conduit lacrymal supérieur. — a', conduit lacrymal inférieur. — b, sac lacrymal. — d, canal nasal. dedans et le pousser avec douceur, dans la profondeur de 9 à 10 millimètres

jusqu'à ce qu'on le sente arrêté par la paroi interne de la gouttière lacrymale. Lâcher la paupière inférieure, retirer

> b. Cathétérisme du conduit supérieur. — Même opposition de l'opérateur. Renverser le bord libre de la paupière et tendre celle-ci en haut et en dehors au moyen du pouce gauche, en prenant appui sur le rebord supérieur de

> Introduire le stylet dans le point lacrymal, le diriger d'abord un peu obliquement en haut et en dedans dans la profondeur de 1 millimètre, puis obliquement en bas et en dedans, jusqu'au



Fig. 608. - Cathétérisme du conduit lacrymal supérieur avec le stylet de

contact de la paroi interne de la gouttière lacrymale (fig. 608). Lâcher la paupière et retirer le stylet.

## IV. — DILATATION DES POINTS ET DES CONDUITS LACRYMAUX

La dilatation des points et des conduits lacrymaux se fait progressivement ou séance tenante, soit au moyen des divers stylets de Bowman ou



Fig. 609. - Dilatateur de Galezowsky.

d'une sonde conique pointue, soit au moyen d'un petit instrument spécial. le dilatateur de Galezowski par exemple (fig. 609). On y a recours dans le cas de sténose.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> A. Terson. Th. Paris, 1892; et *Traité de chir*. de Le Dentu et Delbet, t. V, p. 59, 1897.

Procédé. — Si l'on se sert des stylets de Bowman, faire à chaque numéro comme pour le cathétérisme des conduits lacrymaux. — Si l'on emploie le dilatateur de Galezowski, l'introduire fermé dans le point et le conduire, à la manière d'un stylet, aussi loin que possible; puis tourner la vis peu à peu jusqu'à écartement suffisant des branches. — La dilatation faite, tourner la vis en sens inverse et retirer l'instrument.

# V. — CATHÉTÉRISME ET DILATATION DU CANAL NASAL APRÈS SECTION D'UN CONDUIT OU POINT LACRYMAL

Lorsque les points et les conduits lacrymaux sont perméables, on fend de préférence le conduit supérieur, parce que le cathétérisme du canal nasal devient ainsi plus facile, vu l'obliquité de ce conduit. Si le point supérieur est oblitéré, on fend le conduit inférieur. Enfin, si les deux points sont oblitérés, on ponctionne le sac lacrymal dans le grand angle de l'œil, derrière le tendon de l'orbiculaire avec le couteau lancéolaire d'Abadie.

La dilatation du canal nasal, combinée avec les injections antiseptiques, est indiquée toutes les fois que le larmoiement, que le catarrhe aigu ou chronique du sac, avec ou sans fistule lacrymale, sont dus à un rétrécissement de ce canal, ce qui est le cas de beaucoup le plus ordinaire.

1º Procédé de Bowman (dilatation lente progressive). — Après s'être placé derrière la tête, tendre la paupière et introduire le couteau de Weber jus-



Fig. 610. - Couteau de Weber.

qu'à la paroi interne de la gouttière lacrymale, le tranchant dirigé en bas et en avant suivant le milieu du bord libre de la paupière. Porter le manche en avant, comme pour faire basculer l'instrument sur son bouton terminal, jusqu'à section de presque tout le conduit. Certains oculistes préfèrent ne diviser que le point lacrymal.

Retirer l'instrument et le remplacer par un stylet de Bowman, n° 1 par



Fig. 611. — Stylet de Bowman.

exemple, dont l'extrémité doit aller buter contre la paroi interne de la gouttière lacrymale. Alors, faire basculer le stylet en dedans, jusqu'à ce qu'il arrive à la naissance du sourcil ou mieux à 12 ou 15 millimètres en dedans de l'échancrure sus-orbitaire, dans la direction d'une ligne qui partirait de ce point et aboutirait à l'intervalle de la canine et de l'incisive voisine, ou à la canine elle-même.

Pousser doucement le stylet dans cette direction, un peu de dedans en

dehors et d'avant en arrière, le canal s'ouvrant à l'union de la paroi externe des fosses nasales avec le cornet inférieur et à 3 centimètres en arrière de la narine. La longueur du trajet est de 20 à 25 millimètres.

On laisse le stylet en place pendant quinze ou vingt minutes. A la séance suivante, on introduit de nouveau le numéro précédent, puis on passe à un numéro plus fort, sans jamais dépasser le numéro 3. Le traitement est souvent fort long, plusieurs mois peuvent être nécessaires. L'asepsie est de rigueur.

2º Procédé de Weber (dilatation forcée ou immédiate progressive). — Un conduit lacrymal ayant été incisé comme dans le procédé de Bowmann, ou le sac ayant été ouvert par ponction derrière le tendon de l'orbiculaire, introduire dans le sac la partie de la bougie biconique, dont l'extrémité corres-



Fig. 612. — Bougie biconique de Weber.

pond au nº 1 de Bowmann; puis la pousser avec une énergie soutenue dans une direction déjà indiquée, jusqu'à ce que la bougie soit engagée de 3 centimètres.

Retirer cette partie de la bougie et passer l'autre partie jusqu'à ce que celle-ci soit également engagée de 3 centimètres, ce qui donne une dilatation de 3 millimètres, chiffre du diamètre normal du canal.

Le procédé de Weber, comme la *stricturotomie* du canal nasal faite avec le couteau de Stilling (fig. 613), doit être réservé pour les cas où celui de Bowman



Fig. 613. — Couteau de Stilling.

Fig. 614. — Curette de Terson père.

ne peut être appliqué, soit faute de temps, soit par suite de circonstances sociales, ou bien n'a donné aucun résultat.

La section du conduit lacrymal supérieur permet d'introduire dans le sac des curettes fines, comme le fait souvent avec succès Terson père (de Toulouse) <sup>1</sup> (fig. 614) dans certains cas de dacryocystite où le sac n'est pas encore distendu.



Fig. 615. - Dilatateur de Trousseau.

Le dilatateur de A. Trousseau (fig. 615) permet d'éviter sûrement les fausses routes, lesquelles sont faciles avec les stylets de Bowman et la bougie de Weber.

<sup>1</sup> Terson père. Ann. d'oculist., 1894.

#### VI. - DACRYOCYSTOCENTÈSE

La dacryocystocentèse ou ouverture du sac lacrymal par ponction avec un bistouri étroit ou avec la lame d'Abadie doit se faire non plus en avant, du côté de la peau, dans le lieu opératoire de J.-L. Petit, mais dans le grand angle de l'œil, du côté de la conjonctive, derrière le tendon de l'orbiculaire, entre la caroncule et la commissure interne des paupières. Il en a été question à propos du cathétérisme du canal nasal.

Le manuel opératoire ne présente aucune difficulté, la situation du sac étant connue.

## VII. - DACRYOCYSTOTOMIE

La dacryocystotomie est l'ouverture du sac par incision. On la fait du côté de la peau, immédiatement au-dessous du tendon direct de l'orbiculaire, et assez largement pour bien mettre à portée la cavité du sac. Cette cavité est traitée soit par la cautérisation, de préférence avec la pointe à ignipuncture du cautère Paquelin, soit par le raclage.

Mandelstamm, Despagnet, Fonseca, Panas ont également recours, les deux premiers au curettage, les autres à la thermocautérisation.

La dacryocystotomie ainsi complétée trouve son application, justifiée du reste par un grand nombre de succès, lorsque le rétrécissement du canal nasal a résisté à tous les moyens ordinaires (dilatation de Bowmann, dilatation de Weber, stricturotomie). La guérison a lieu avec ou sans oblitération définitive.

Procédé de Chalot (œil droit). — Pendant qu'un aide, placé derrière la tête, tend fortement en dehors la commissure externe des paupières avec le

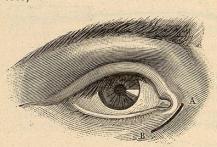


Fig. 616. — Dacryocystotomie : procédé de Chalot.

médius de sa main droite, reconnaître le tendon de l'orbiculaire qui fait saillie, premier point de repère; reconnaître et marquer la crête osseuse qui limite en avant la gouttière lacrymale et l'orifice supérieur du canal nasal, second point de repère.

Après s'être placé en face et à droite, faire une incision cutanée de 12 à 15 millimètres d'étendue, qui commence sur le tendon de l'orbi-

culaire au niveau de la crête osseuse et qui suive cette crête en bas et en dehors (fig. 616, AB). Hémostase : la veine et l'artère angulaires.

L'application momentanée de deux pinces à forcipressure ou simplement l'attouchement et la compression avec un tampon imbibé d'adrénaline à 4/4000 suffisent pour arrêter l'hémorragie.

Reprendre l'incision immédiatement au-dessous du tendon de l'orbiculaire contre la crête osseuse, et diviser toutes les parties molles d'un seul trait, dans la profondeur de 3 millimètres environ, en rasant la crête osseuse avec la pointe du bistouri qu'on tient relevé et oblique dans la direction du canal lacrymo-nasal. Au fond de l'incision apparaît, coupée en écharpe, une cavité rougeâtre et grisâtre, dont la face interne est régulière et humectée par les larmes. Si le sac est très distendu par du pus ou du muco-pus, cette partie de l'opération est des plus simples.

Après avoir asséché cette cavité au moyen d'un petit morceau de coton, pendant que l'aide écarte et relève la lèvre externe et supérieure de l'incision avec les érignes, l'œil étant protégé par une petite lame de coton mouillé, pousser la pointe à ignipuncture du cautère Paquelin dans toute la partie supérieure du sac, sans oublier le point d'abouchement des conduits lacrymaux; puis l'engager, de haut en bas, pendant quelques secondes, dans la partie inférieure du sac et l'origine du canal nasal.

Quand l'opération est terminée, on saupoudre la cavité avec de l'iodoforme, ou on la bourre avec de la gaze iodoformée et l'on complète le pansement. La dacryocystotomie nous a donné plusieurs fois des guérisons remarquables, surtout avec le curettage.

#### VIII. - EXTIRPATION DU SAC LACRYMAL

Instruments: Bistouri, ciseaux courbes et pointus, larges érignes ou mieux le « speculum » de Müller qui est un écarteur à ressort, une pince

érigne, rugine de Rollet, curettes moyennes et fines, pinces hémostatiques.

Opération. — Narcose chloroformique ou anesthésie à la cocaïne-adrénaline. Protection du globe oculaire par un pansement avec du coton humide. Au début, il y a une forte hémorragie qu'on arrête par la

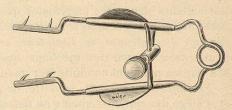


Fig. 617. — Écarteur de Müller.

compression; l'emploi de l'écarteur de Müller diminue un peu l'hémorragie. De l'incision dépend beaucoup la marche ultérieure de l'opération. On a bien recommandé d'injecter au préalable dans le sac de la paraffine liquide à 25° stérilisée pour faciliter la dissection, on a aussi recommandé de sonder le canal pour avoir un point de repère, mais il vaut mieux s'appliquer à bien tracer l'incision cutanée et ne pas s'écarter du plan de dissection. Une injection antiseptique dans le sac n'est que le complément de la toilette pré-opérateire.

Après avoir bien tiré au dehors la commissure externe pour tendre le ligament palpébral interne, on commence l'incision au niveau de ce ligament à 3 mill. et demi (A. Terson) en dedans de la commissure interne et

on la prolonge en bas et un peu obliquement en dehors sur une longueur de 10 à 12 millimètres. Il ne faut pas inciser plus haut que le tendon parce qu'on pourrait ouvrir l'orbite. Quant au tendon lui-même, sa section est inutile, mais ne présente pas non plus de grave inconvénient.

Les lèvres de la plaie bien écartées avec les érignes ou l'écarteur de Müller, un aide assure l'hémostase pour permettre à l'opérateur de bien voir. On met à nu la paroi antérieure du sac, puis, remplaçant le couteau par les ciseaux courbes, on passe derrière le tendon pour libérer le sommet du sac qu'on attire en bas, tout en disséquant la paroi externe. Enfin, pour terminer, on détache avec la rugine de Rollet le sac de la paroi interne et postérieure en descendant aussi bas que possible dans la gouttière lacrymonasale. On excise le tout et on termine l'opération par un curettage du canal nasal avec une curette fine.

On lave la cavité, on draine l'angle inférieur de la plaie et on suture le reste. Dans les cas où le sac n'était pas infecté, on peut même supprimer le drainage et chercher une guérison par première intention.

M. Aubaret (de Bordeaux) a cherché à réaliser pour la dacryocystite ce qu'ont fait Caldwell-Luc pour la sinusite maxillaire et Ogston-Luc pour la sinusite frontale. Il a pratiqué, après l'ablation ou la destruction du sac et du canal nasal, une ouverture à travers la paroi osseuse <sup>1</sup>. Ce procédé est surtout utile pour les dacryocystites d'origine nasale.

#### IX. - LAVAGE ET INJECTION DES VOIES LACRYMALES

L'inflammation, c'est-à-dire l'infection, joue un rôle si prépondérant dans les maladies des voies lacrymales que l'antisepsie directe doit être considérée aujourd'hui comme le meilleur traitement, avec ou sans le concours du sondage désobstruant ou dilatateur, selon les cas. Or, cette antisepsie ne peut se faire que par des injections, que par le lavage des voies lacrymales, soit par les points et conduits lacrymaux, soit par le sac.

Les injections servent, en outre, de moyen diagnostique pour l'existence et le siège des rétrécissements ou des oblitérations.

A. Injections par les points lacrymaux. — On se sert d'une seringue d'Anel avec une canule droite ou courbe. Les liquides employés varient suivant les préférences du praticien : sulfate de zinc à 1 p. 200; nitrate d'argent à 1 p. 300; acide salicylique à 3 p. 1000; sublimé corrosif à 1 ou 2,5 p. 1000 : acide borique à 30 p. 1000.

La paupière supérieure étant modérément tendue en dehors et le point lacrymal un peu éversé avec les doigts d'une main, introduire dans ce point, puis dans le conduit, l'extrémité de la canule comme on le ferait pour un stylet de Bowman; se bien assurer que la canule est dans le conduit, afin d'éviter l'injection dans les tissus circonvoisins, accident qui est arrivé

plus d'une fois; pousser doucement et lentement le piston avec la main passée dans l'anneau terminal; si les voies sont libres, le liquide ressort par le point lacrymal inférieur et par le nez. Retirer la canule, exprimer le sac par une légère pression avec le bout de l'index, charger de nouveau la seringue, et recommencer de nouveau l'injection comme il vient d'être dit.

Si l'injection est impossible par le point supérieur, on la fait par le point inférieur. Si les deux points sont oblitérés, on essaie de la faire par la coupe transversale d'un conduit.

B. Injections par le sac. — Lorsque le sac a été ouvert (ou s'est ouvert soit du côté de la peau, soit du côté du lac lacrymal, on peut encore se servir de la seringue d'Anel avec sa canule courbe, que l'on fait pénétrer

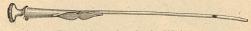


Fig. 618. — Sonde de Weber.

jusque dans l'entrée du canal nasal. Mais si l'on veut dilater et modifier directement le rétrécissement qui siège dans ce canal, il faut recourir soit à la sonde creuse de Weber (fig. 618), soit à celle de de Wecker à mandrin



Fig. 619. — Sonde de de Wecker.

(fig. 619), sur laquelle on monte ensuite la seringue d'Anel ou un autre dispositif approprié. La sonde doit être retirée lentement et peu à peu pendant qu'on pousse le liquide.

#### III

#### GLOBE OCULAIRE

## I. - STRABOTOMIE ET AVANCEMENT CAPSULAIRE

La strabotomie est une opération indiquée dans la déviation de l'œil ou strabisme et qui consiste à sectionner le tendon bulbaire d'un ou de deux muscles extrinsèques de l'œil; c'est une véritable ténotomie à ciel ouvert. Elle est tantôt simple, tantôt suivie du reculement du tendon, tantôt combinée avec l'avancement ou prorraphie du tendon du muscle antagoniste.

La simple ténotomie suffit pour une déviation de 2 à 4 millimètres. La ténotomie doit être accompagnée d'un large affranchissement si la déviation est de 4 à 5 millimètres. — Enfin, à 6 millimètres et au delà, il faut répartir la correction sur les deux yeux et répéter l'opération sur le muscle congénère, ou bien avancer l'antagoniste du muscle sectionné.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Aubaret. Gaz. hebdom. de Bordeaux, 17 avril 1904. — Joly, Thèse de Bordeaux, 1904.