

J'ai déjà dit que le procédé suivi pour la section du droit interne s'applique parfaitement à la section des autres muscles droits. Seulement, pour le droit externe, il est bon de rappeler : 1° qu'il s'insère à 7 ou 8 millimètres de la cornée, conséquemment un peu plus en arrière que l'interne; 2° qu'il se trouve immédiatement au-dessus de l'angle palpébral externe, et conséquemment c'est au-dessus de cet angle qu'il faut le chercher. Le droit supérieur s'insère à 8 ou 10 millimètres, l'inférieur à 6 ou 7 millimètres de la cornée; à peine est-il besoin de dire qu'il ne faudrait pas les confondre avec les muscles obliques correspondants.

II. — Section du petit oblique.

Elle a été pratiquée par une incision de la conjonctive, et Bonnet dit s'être bien trouvé, dans le strabisme externe, d'associer quelquefois cette section à celle du droit externe. Mais quand il y a lieu de la pratiquer isolément, comme dans certains cas de myopie, de fatigue des yeux, de tremblement convulsif, alors il est beaucoup plus simple et plus facile de diviser le muscle à son insertion à l'orbite, par une incision sous-cutanée.

Le petit oblique s'insère sur le bord inférieur de l'orbite, 6 à 12 millimètres en dehors du sac lacrymal. Autour de cette insertion il n'existe ni nerf, ni artère, ni aucun organe important; et un instrument tranchant glissé entre la paroi inférieure de l'orbite et le muscle ne peut être ramené en avant sans accrocher son insertion et la diviser.

Procédé de Bonnet. — L'instrument de ce chirurgien est un ténotome assez pointu pour traverser la paupière, assez émoussé à la pointe pour ne pas être arrêté en glissant sur le plancher de l'orbite. La lame doit avoir 4 centimètres de long sur 3 millimètres de large, et couper seulement dans l'étendue de 3 centimètres, de telle sorte que lorsqu'elle a pénétré à la profondeur convenable, le tranchant se trouve entièrement caché dans les chairs.

Le malade est assis, la tête renversée en arrière. Si l'on agit sur l'œil gauche, l'opérateur se place à droite, fait descendre l'indicateur gauche sur le milieu de la paupière inférieure, de manière que l'ongle appuie immédiatement au-dessus du rebord orbitaire; avec ce doigt il repousse en arrière l'œil et la paupière, et met ainsi en relief le milieu du rebord orbitaire inférieur. Au-devant de l'ongle, et immédiatement en arrière du rebord orbi-

taire, il plonge le ténotome tenu de la main droite comme une plume à écrire, le pousse d'abord en bas jusqu'à ce qu'il ait touché le plancher de l'orbite, et l'enfonce ensuite en rasant ce plancher dans une direction oblique en arrière et en dedans, à une profondeur de 2 à 3 centimètres. Lorsque la pointe, qui ne doit jamais abandonner le plancher osseux, est arrivée près de l'ethmoïde, l'instrument, qui est descendu peu à peu à la direction horizontale, est ramené en avant, le tranchant dirigé dans le même sens. La pointe arrive ainsi sous la peau, un peu en dehors du sac lacrymal: de cette façon on a nécessairement accroché le petit oblique, mais on peut ne pas l'avoir coupé. Pour en assurer la section, on tourne la lame d'abord en bas, puis contre la partie antérieure de l'os maxillaire, de manière que le muscle, s'il n'est pas encore coupé, soit compris entre l'os et le tranchant de l'instrument, et qu'en retirant celui-ci on ne puisse manquer de compléter la section.

A l'instant de la section, la paupière inférieure se gonfle de sang épauché. Ce gonflement, qui est sans douleur, ne dure jamais plus de vingt-quatre à quarante-huit heures; au bout de ce temps, il est entièrement dissipé, et ne laisse plus qu'une ecchymose dont toutes les traces disparaissent ordinairement du quinzième au vingtième jour. Il n'y a ni inflammation ni suppuration.

ARTICLE IV

DES OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT A LA SURFACE DU GLOBE OCULAIRE

Je rangerai sous ce titre les opérations qui se pratiquent sur la conjonctive et la cornée.

I. — Du ptérygion.

On a conseillé, contre le ptérygion, l'incision, la ligature, l'excision et la transplantation. Ce premier procédé étant reconnu insuffisant, je ne m'occuperai que des trois autres.

1° *Excision.* — On saisit le ptérygion avec des pinces à dents de souris à 3 ou 4 millimètres de sa pointe, et on l'attire à soi comme pour le détacher; puis on l'incise et on le dissèque, soit de la pointe à la base, soit de la base à la pointe, avec le bistouri ou des ciseaux courbés sur le plat. Il serait plus expéditif encore

de le soulever avec une érigne et de l'exciser d'un coup de ciseaux.

Lorsque le ptérygion a été excisé, il faut, pour éviter la récurrence, réunir par la suture les bords de l'incision conjonctivale,

2° *Transplantation. Procédé de Desmarres.* — Le ptérygion est d'abord saisi et disséqué de la pointe à la base de A en BC (fig. 411, 412) comme dans le procédé qui précède. On fait

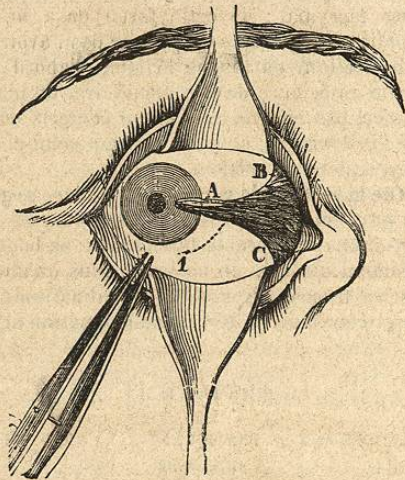


FIG. 411.

Procédé de Desmarres. — A, sommet du ptérygion; B, aile supérieure du ptérygion; C, aile inférieure, i, ponctué indiquant la forme et la longueur de l'incision à faire sur la conjonctive pour y fixer le ptérygion pour la dissection.

ensuite sur le bord inférieur de la plaie conjonctivale une incision courbe parallèle à la circonférence de la cornée, à 4 millimètres de celle-ci, et d'une étendue de 6 à 8 millimètres. Au besoin on excise un petit lambeau de la conjonctive, de manière à faire une plaie assez large pour y loger le sommet du ptérygion (C) et on l'y fixe par quelques points de suture. On réunit ensuite par la suture les lèvres de la plaie conjonctivale (AD, fig. 413) résultant de la dissection du ptérygion.

Knapp a modifié le procédé de Desmarres en divisant en deux suivant sa longueur le ptérygion et en insinuant les deux lam-

beaux dans deux incisions faites à la conjonctive au-dessus et au-dessous de la cornée.

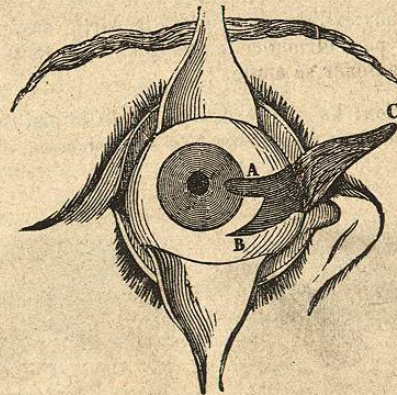


FIG. 412.

Même procédé. — A, plaie dans laquelle était le sommet du ptérygion; B, plaie de la conjonctive destinée à recevoir le ptérygion; C, ptérygion renversé du côté du nez.

3° *Ligature.* — Szokalski pratique la ligature de la façon sui-

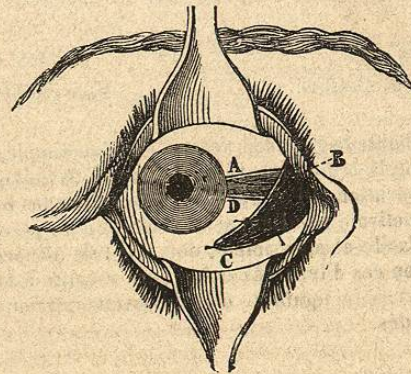


FIG. 413.

Même procédé. — A, conjonctive; B, base du ptérygion renversé; C, sommet du ptérygion fixé dans l'angle de l'incision de la conjonctive; D, conjonctive.

vante : avec deux aiguilles enfilées au bout d'un même fil, lequel

forme à ses extrémités deux longues anses, il traverse le pterygion près de sa base et près de son sommet (fig. 444). Les aiguilles enlevées par la section de l'anse à leur niveau, on a deux anses de fil aux extrémités et une à la partie moyenne. Il suffit de les serrer pour étrangler le pterygion dans toute sa longueur (fig. 445) et amener sa chute.

Appréciation. La suture des lèvres de la plaie conjonctivale créée des conditions plus favorables à la guérison, elle rend pos-

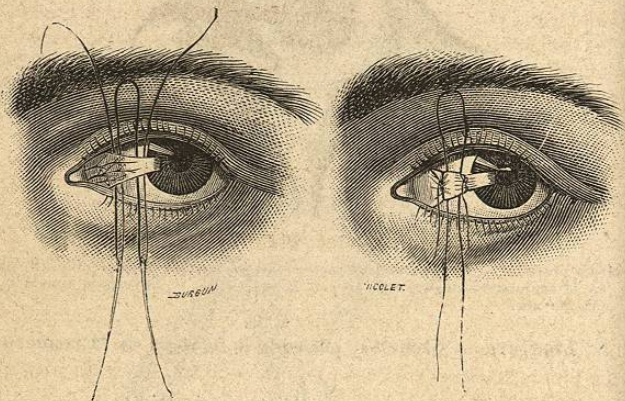


FIG. 444.

Procédé de Szokalski.

FIG. 445.

Même procédé.

sible ou probable la guérison après l'excision simple, et bien que Desmarres ne la croie pas utile, elle assure davantage le succès après son opération si l'on réunit par la suture les bords de l'incision conjonctivale résultant de la dissection du pterygion. L'excision, plus facile et plus simple, doit être tout d'abord pratiquée. Ce n'est qu'en cas d'insuccès qu'on aura recours à la transplantation. Quant à la ligature, elle me paraît inférieure aux deux autres procédés.

II. — De la tonsure conjonctivale.

Cette opération consiste à enlever sur une partie ou sur la totalité de la circonférence de la cornée un lambeau plus ou moins

large de la conjonctive. On saisit avec une pince à griffes cette membrane de manière à saisir en même temps le tissu cellulaire épiscléral. Un coup de ciseaux courbes incise la conjonctive, au-dessous de laquelle on passe une des branches de l'instrument et l'on incise ainsi un lambeau de muqueuse qu'on excise ensuite d'un ou de quelques coups de ciseaux. Furnari, qui a conseillé cette petite opération dans le traitement du pannus, prescrit de la terminer par une cautérisation au nitrate d'argent de la surface scléroticale mise à nu. Je crois cette cautérisation capable d'amener des accidents et je n'y ai pas recours; mais j'ai fréquemment employé la tonsure contre les kératites panniformes et j'ai pu, par des excisions multiples, fréquemment répétées pendant plusieurs semaines et même pendant plusieurs mois, ramener à la transparence des cornées devenues imperméables aux rayons lumineux par le développement exagéré des vaisseaux et rendre la vue à des malades privés de toute vision au début du traitement. Jamais je n'ai vu d'accidents suivre cette petite opération.

III. — Des corps étrangers dans la cornée.

Ce sont généralement de très-petites parcelles de fer, d'acier, de pierre, etc., qui s'arrêtent dans la conjonctive ou s'incrustent dans la surface antérieure de la cornée, où ils apparaissent comme un point. Rarement ils ont assez de volume pour présenter quelque prise aux pinces.

Fabrice de Hilden dit que l'aimant réussit à attirer au dehors les particules de fer, ce procédé ne réussit guère en raison de l'enclavement de ces corps étrangers.

Le plus sûr est d'en venir tout d'abord à l'extraction mécanique. On a conseillé de se servir à cet effet d'un anneau poli, d'une tête d'épingle, d'un rouleau de papier, d'un cure-oreille, en promenant ces objets à la surface de la conjonctive ou de la cornée, et raclant pour ainsi dire le corps étranger.

Le plus ordinairement le corps étranger est un morceau presque imperceptible de fer ou d'acier; lancé avec force il est incrusté dans les couches superficielles de la cornée et on ne saurait le déraciner ainsi qu'on l'a conseillé avec une plume taillée en cure-dents. Il faut quelque chose de plus résistant et rien ne vaut l'aiguille à cataracte ou la pointe d'un bistouri. Il ne faut point quitter le malade avant que le corps étranger dont on a constaté la présence n'ait été enlevé, car il amènerait tout autour l'œdème, l'ulcération et l'opacité du tissu cornéen tout autour

de lui et à tout le moins une tache permanente due à un véritable tatouage par l'oxyde de fer qui se forme rapidement autour des petits fragments de ce métal. Il ne faut pas non plus perdre de vue cette formation de l'oxyde, car on pourrait commettre une erreur, prendre une tache de rouille pour l'objet lui-même et s'obstiner à vouloir l'enlever alors même qu'il s'est détaché spontanément ou qu'il a été enlevé.

Quand un corps étranger s'engage sous la paupière supérieure, si le simple frottement ne suffit pas pour le faire cheminer vers le grand angle, un moyen assez bon est de saisir les cils de la paupière, et de l'attirer ainsi en avant et en bas. Ce procédé permet aussi de regarder par-dessous et de reconnaître le point occupé par le corps étranger. Quand enfin celui-ci résiste, on renverse la paupière en dehors, et avec un stylet boutonné on le ramène avec une grande facilité.

IV. — De l'abrasion de la cornée.

Opération mentionnée déjà par Saint-Yves, pratiquée par divers oculistes, et que Malgaigne a remise en honneur en 1843. Elle a pour objet d'enlever avec le bistouri les taches de la cornée rebelles à tous les autres traitements, et qui n'ont pas toute son épaisseur; elle est surtout applicable aux taches centrales.

Taylor, d'après une citation de Sprengel, soulevait la tache à l'aide d'un fil passé à sa base, pour favoriser l'excision. Cela ne pourrait réussir que pour les taches légères, et alors la précaution serait inutile. Voici comment Malgaigne a procédé.

Procédé de Malgaigne. Le malade couché sur le dos, la paupière supérieure relevée avec l'élevateur de Pellier, l'inférieure abaissée par les doigts de l'opérateur même, et un aide fixant l'œil au moyen d'une pince ou d'une érigne implantée dans la conjonctive, on décrit sur la cornée avec un ténotome ou un couteau à cataracte une incision circulaire, qui comprend autant que possible toute la tache à enlever. Alors, abandonnant la paupière inférieure à un aide, on saisit le lambeau ainsi circonscrit par son bord supérieur à l'aide de pinces à dents de souris très-fines, et on essaye de le disséquer de haut en bas comme un lambeau cutané.

Quelquefois le lambeau se décolle du reste de la cornée par une simple traction aidée de la pression avec le dos du couteau;

d'autres fois la tache est excessivement adhérente aux couches sous-jacentes, et la dissection est des plus laborieuses; enfin, la tache peut s'être ramollie au centre; alors toute dissection est impossible, on est obligé de racler la portion ramollie avec le tranchant du couteau; à moins que l'épaisseur de la cornée ne permette de glisser à plat la lame du couteau par-dessous la tache, pour la diviser en formant un lambeau de dedans en dehors.

L'opération est moins grave que délicate, et parfois laborieuse, la cornée divisée laisse à peine échapper un suintement sanguin, qui même peut manquer absolument, et les suites sont généralement bénignes. Les résultats définitifs varient; toutefois il n'y a pas d'exemple qu'un sujet ait été amené par l'opération à un état pire qu'auparavant. Szokalski a communiqué en 1853 à la Société de chirurgie les résultats de 32 abrasions pratiquées sur 20 sujets; il avait obtenu 15 succès et 8 demi-succès.

Quand la cornée est tout à fait opaque, on a proposé de la remplacer par une cornée prise sur l'œil d'un animal vivant, ou de pratiquer une perforation à la sclérotique pour laisser passer la lumière. Des essais ont même été tentés sur l'homme; il suffira de dire qu'ils ont toujours échoué.

V. — De la ponction de la cornée.

On la pratique à l'aide de l'aiguille ou du couteau à cataracte ou de l'aiguille à paracentèse.

La ponction de la cornée a été conseillée dans l'hypopyon, dans



FIG. 416.

Aiguille à paracentèse.

l'inflammation de l'œil, dans l'hydrophthalmie, dans le staphylôme de la cornée, etc.

Dans l'hypopyon, on cherche à ouvrir une issue à la matière épanchée; mais cette matière est si adhérente, que le but est rarement atteint. Aujourd'hui, quelques oculistes se proposent seulement d'évacuer l'humeur aqueuse, ce qui a pour effet, disent-ils, de hâter l'absorption de la matière de l'épanchement.

Dans l'ophtalmie, on espère, en évacuant l'humeur aqueuse, diminuer la tension inflammatoire de l'œil; dans l'hydrophthalmie

et le staphylôme de la cornée, on veut seulement diminuer la masse des liquides (fig. 416).

La ponction est encore indiquée dans les cas d'ulcères profonds de la cornée lorsque l'on craint de voir survenir une perforation. On peut espérer arrêter les progrès de l'ulcération en faisant à son centre une perforation avec une fine aiguille.

VI. — De la ponction de la sclérotique.

Dans le glaucome aigu, dans cette affection caractérisée par la tension exagérée du globe oculaire, les douleurs périorbitaires violentes, l'obscurité de la vue, l'insensibilité de la cornée, l'excavation de la papille optique, etc., la lésion principale, la cause des accidents est pour moi, ainsi que je l'ai dit à la Société de chirurgie (1864) et au Congrès de Bordeaux (1872), la production

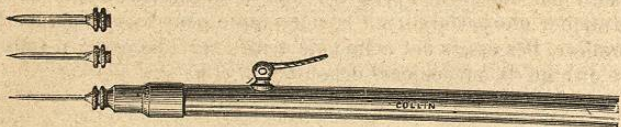


FIG. 417.

Aiguille à pompe de L. Le Fort.

d'un épanchement séreux entre la sclérotique et la choroïde. La ponction de la sclérotique, en permettant l'évacuation du liquide épanché, m'a fourni, dans les trois cas où j'ai rencontré cette affection, du reste assez rare dans nos services de chirurgie générale, une guérison des plus remarquables puisque la vue presque éteinte dans deux cas, très-affaiblie dans l'autre, a été rétablie en deux jours dans son intégrité complète. Cette petite opération est des plus faciles, une aiguille à cataracte un peu large suffit pour la pratiquer. Il faut éviter la blessure des artères ciliaires longues, éviter également les muscles droits, je fais donc la ponction au-dessus du bord supérieur du droit externe et à un centimètre environ du bord de la cornée. L'aiguille est introduite doucement, un peu obliquement d'avant en arrière pour ne pas blesser la choroïde, le tranchant de l'aiguille dirigé horizontalement. Lorsque la sensation de résistance vaincue montre qu'on a traversé toute l'épaisseur de la sclérotique, on tourne l'aiguille entre les doigts de manière à diriger le tran-

chant verticalement. On fait de cette façon haïller les bords de la plaie scléroticale et dans les deux cas j'ai pu voir le liquide séreux, transparent, s'écouler au dehors en soulevant à ce niveau la conjonctive. Il s'écoule en grande partie lorsqu'on retire l'aiguille, et ce qui peut en rester sous la conjonctive disparaît assez vite par absorption.

J'avais fait construire pour faciliter l'évacuation du liquide une aiguille creuse communiquant avec un corps de pompe en verre, dans lequel glissait un piston, mû par une pédale (fig. 417) et un ressort à boudin; mais la sclérotique se laisse difficilement traverser par une aiguille un peu grosse, et j'ai renoncé à son emploi pour revenir à l'aiguille à cataracte ordinaire.

Les ophthalmologistes n'ont pas voulu accepter ma théorie; mais au-dessus de toute théorie, il y a les faits et si les guérisons que j'ai obtenues, étonnantes par leur instantanéité ne justifient pas le bien fondé de la théorie, elles prouvent du moins l'efficacité du traitement. La sclérotomie que les oculistes emploient volontiers aujourd'hui, avec d'autres idées théoriques, n'est pas autre chose que la sclérotomie plus réduite que j'ai imaginée et pratiquée en 1872.

ARTICLE V

DE LA CATARACTE

On distingue de nombreuses variétés de cataractes, qui se rattachent à deux grandes espèces : la *cataracte cristalline* et la *cataracte capsulaire*. Je commencerai par en traiter séparément; après quoi il sera utile de dire quelques mots de la *cataracte secondaire* et de la *cataracte congénitale*.

I. — Cataracte cristalline.

La plus commune de toutes, elle se présente sous deux formes principales : la *cataracte dure* et la *cataracte molle*. Les procédés destinés à les détruire se rattachent à deux grandes méthodes, selon que le cristallin est laissé dans l'œil ou qu'il est amené au dehors. A la première se rattachent, comme méthodes secondaires, l'*abaissement*, le *broiement*, la *discission de la capsule*; à la seconde, l'*extraction* proprement dite, l'*écoulement* et l'*aspiration*.