

Pour la paupière inférieure, on taille le lambeau la pointe en bas sur la région malaire, au côté externe de la paupière, à la même distance du bord de l'orbite, et suivant les principes que nous venons d'établir.

Du reste, on comprend que l'étendue de la cicatrice et l'état de la peau peuvent obliger à prendre le lambeau ailleurs, et à le tailler d'une autre manière. On appliquerait donc ici, selon le besoin, les divers procédés de l'autoplastie (voy. p. 94).

Après la blépharoplastie la mieux réussie en apparence, il est à craindre que le lambeau ne se déforme et ne ramène en partie l'ancienne difformité ou ne la remplace par une difformité nouvelle, toujours moins grave cependant que la première. Tantôt il est bombé et saillant; d'autres fois il se laisse attirer en dehors par la cicatrice qui s'est organisée à son ancienne place; et enfin à la longue il tend à se raccourcir plus ou moins. Pour parer à ces inconvénients, M. Denonvilliers a combiné la blépharoplastie avec l'union temporaire des paupières (p. 375); et il a obtenu ainsi de remarquables résultats.

7° Adhérences vicieuses des paupières.

L'union des paupières l'une à l'autre, soit congénitale, soit acquise, se traite suivant les règles exposées pour les oblitérations anormales. Si l'union est complète, on pratique d'abord près de la tempe une petite ouverture par laquelle on introduit une sonde cannelée, et sur cette sonde on fait couler le bistouri de dedans en dehors; si elle est incomplète, on introduit la sonde sans incision préalable.

Mais la difficulté est bien autrement grande quand la paupière adhère au globe de l'œil. Le procédé autoplastique de Dieffenbach ne peut guère être mis en usage. Il resterait ceux de Serres, de Boyer ou de Rudtorffer. Ajoutons un procédé de Duddell, qui consiste à diviser l'oblitération à l'aide d'une ligature métallique, et qui n'a pas mieux réussi que les autres.

Au total, nous ne connaissons pas jusqu'à présent un seul cas de succès obtenu par quelque moyen que ce soit.

8° Cancer des paupières.

L'excision est ici seule employée, à l'aide des ciseaux plutôt que du bistouri. Tantôt on cerne la tumeur par une incision en V, dont on réunit les bords au moyen de la suture entortillée; ou, si elle

s'étend en largeur, on excise le bord palpébral sous forme de demi-lune, et on laisse cicatriser. M. Laugier, et Gerdy après lui, ont fait voir que l'excision quasi complète des deux paupières n'entraîne pas la perte de l'œil; les téguments et la muqueuse s'allongent assez pour qu'il se dérobe à l'action de l'air en se cachant sous leurs replis.

Art. III. — Opérations qui se pratiquent sur les muscles de l'œil.

Stromeyer, en 1838, a proposé le premier la section de certains muscles de l'œil pour remédier au strabisme; quelques années plus tard, Bonnet (de Lyon) l'appliquait à la thérapeutique de la myopie et de certaines amauroses. Tous les muscles de l'œil y ont passé à leur tour; on n'en a coupé qu'un d'abord; puis on en a coupé simultanément deux ou trois; Baudens a été jusqu'à quatre et même cinq. Une forte réaction n'a pas tardé à se manifester contre un tel abus. D'abord on ne coupe plus aujourd'hui le grand oblique, dont les fonctions ne sont pas exactement déterminées. La section du muscle droit externe, indiquée dans les cas de strabisme divergent, est très rare; celle des muscles droit supérieur et droit inférieur est plus rare encore; elle se fait d'ailleurs suivant les mêmes règles que celle du droit interne. Nous n'aurons à décrire en particulier que deux sections musculaires, l'une portant sur le droit interne, l'autre sur le petit oblique.

1° Section du muscle droit interne.

Anatomie chirurgicale.—Ce muscle longe la face interne du globe oculaire, et vient s'insérer sur la sclérotique à 5 ou 6 millimètres de la circonférence de la cornée. Bonnet a noté que cette insertion ne répond pas exactement à l'angle interne des paupières; mais au-dessus et immédiatement en avant de la caroncule lacrymale. Il est recouvert en ce point par la conjonctive d'abord, puis par le *fascia sous-conjonctival*, dépendance de l'aponévrose oculaire. Il faut se rappeler que cette aponévrose est une membrane blanche, élastique, doublant partout la conjonctive oculaire, confondue vers la base de l'orbite avec le ligament palpébral et le périoste, allant d'autre part jusqu'à la cornée, et se repliant alors en arrière pour former à la sclérotique une enveloppe complète, jusqu'à ce qu'enfin elle gagne le nerf optique avec le névritème duquel elle semble se continuer. Sur la sclérotique, où elle prend le nom de *capsule fibreuse de l'œil*,

elle est très mobile, et une couche de tissu cellulaire séreux sépare ces deux membranes. Dans les points d'insertion des tendons au globe de l'œil, elle n'est point interrompue, mais se replie autour de ces tendons de manière à leur former une sorte de fourreau fibreux, qui dégénère en tissu cellulaire sur les fibres charnues. On voit donc qu'on ne peut arriver au muscle sans avoir divisé la conjonctive, le fascia sous-conjonctival et la portion antérieure de la gaine musculieuse ; — que le muscle n'est en rapport immédiat avec la sclérotique que dans une très petite étendue, au delà de laquelle il en est séparé par la capsule fibreuse et par sa propre gaine ; — que si l'on coupe le tendon très près de la sclérotique, on ne divise que la portion antérieure de la gaine ; — et que, pour la diviser tout entière, il faut porter l'instrument plus en arrière, et sur le corps charnu même du muscle.

On va généralement à la recherche du muscle par une incision de la conjonctive ; le procédé par simple ponction présente plus de périls que d'avantages, et a été justement rejeté.

Procédé de Dieffenbach. — Les instruments nécessaires sont : — un élévateur et un abaisseur des paupières, — deux petites érignes simples, — des ciseaux courbes sur le plat, — un crochet mousse pour soulever le muscle, — des pinces fermées et tenant de petits morceaux d'éponge pour éteindre le sang.

Le malade assis sur une chaise, à une lumière suffisante, un aide debout en arrière est chargé de lui tenir la tête, et en même temps de relever la paupière supérieure ; un autre se tient en avant pour abaisser la paupière inférieure ; il en faut un troisième, bien habitué à la manœuvre, pour tenir l'une des érignes, et un quatrième pour donner les instruments. Au besoin cependant on pourrait agir avec trois aides, et même avec deux, l'aide chargé de relever la paupière supérieure pouvant aussi tenir une érigne, et le chirurgien lui-même étant plus sûr de ses instruments en les plaçant dans la poche de son gilet.

L'opérateur commence par appliquer l'élévateur et l'abaisseur des paupières en les glissant sous la conjonctive, et, après les avoir convenablement disposés, il les confie aux deux aides. Il commande ensuite au patient de tourner l'œil en dehors, en lui fermant momentanément l'œil sain pour faciliter ce mouvement ; et immédiatement il implante une érigne dans la conjonctive, à quelques millimètres de la caroncule lacrymale. Si l'œil restait convulsivement tourné dans l'angle interne, ce qui arrive assez souvent, l'opérateur glisserait l'érigne à plat sur le globe oculaire, et après l'avoir suffisamment engagée dans l'angle interne, il inclinait la pointe de

l'érigne en arrière, de façon à saisir la conjonctive et à ramener l'œil en dehors.

Cette première érigne est confiée à un aide ; le chirurgien enfonce la seconde à 3 millimètres environ de la cornée, et la saisit lui-même de la main gauche. Il est bon d'observer que la pointe de chaque érigne doit être enfoncée de haut en bas, de telle sorte qu'en les soulevant ensemble on fasse former à la conjonctive un pli transversal.

L'opérateur prend alors les ciseaux de la main droite, divise ce pli par une section verticale ; et les érignes étant tirées dans des directions opposées, il en résulte une espèce de sac formé par le soulèvement de la muqueuse et du fascia, dans le fond duquel on distingue déjà la sclérotique avec une sorte de bandelette blanche qui la déprime d'avant en arrière, et qui n'est autre que le tendon du muscle. L'ouverture de ce sac est agrandie au besoin avec les ciseaux ; avec le même instrument, on dissèque rapidement le tissu cellulaire et les lames fibreuses qui recouvrent le muscle, de manière à mettre les fibres charnues largement à découvert. Alors on quitte les ciseaux pour le crochet mousse ; on engage celui-ci de haut en bas entre le muscle et la sclérotique, et quand le muscle est bien soulevé, et, comme on le dit, *chargé*, l'opérateur retire l'érigne qu'il tenait de la main gauche, et saisit le crochet à la place. Le muscle ainsi tendu et soulevé est disséqué avec soin et de tous côtés à l'aide des ciseaux. Pour s'assurer de son complet isolement, on fait jouer les ciseaux fermés entre lui et la sclérotique, et enfin on le coupe en travers le plus près possible de cette membrane. En général, l'œil se replace aussitôt au centre des paupières, et l'opération est terminée. Toutefois il faut, quelques instants après, faire rouvrir les paupières au malade afin de juger si l'œil a bien repris sa direction normale ; la persistance du strabisme obligerait à reporter aussitôt le crochet mousse sur le muscle ou sur sa gaine fibreuse, afin de reconnaître si quelque bride n'a pas été oubliée, et d'en faire aussitôt justice.

Diverses modifications ont été apportées à ce procédé.

Ainsi, Bonnet a remplacé les deux érignes par deux pinces à disséquer, l'une simple, l'autre fixe ; M. L. Boyer par des pinces à dents de souris ; d'autres ont fixé l'œil au moyen d'une petite érigne double, implantée près de la cornée, dans la sclérotique même.

On a essayé aussi de substituer au pli transversal de la conjonctive un pli vertical, et conséquemment une incision transversale à l'incision verticale.

M. L. Boyer a remplacé le crochet simple par un crochet double, qui, après avoir été introduit les branches rapprochées, les écarte à l'aide d'un ressort, et permet aux ciseaux d'agir entre elles.

Puis, au lieu des ciseaux, on a employé pour couper le muscle un bistouri courbe, aigu ou boutonné, conduit quelquefois sur la sonde cannelée, etc.

Tout cela n'a pas grande portée, et semble plutôt indiquer l'envie de faire autrement que de mieux faire. Seulement les pinces tiennent un peu plus sûrement que les érignes.

Mais le lieu de la section est plus important. En coupant simplement le muscle, on comptait l'allonger par un tissu intermédiaire, comme cela a lieu pour le tendon d'Achille. M. Desmarres veut que son attache à la sclérotique soit reculée; et en conséquence, le muscle soulevé sur le crochet à l'ordinaire, il travaille à détacher à petits coups, une à une, les digitations tendineuses qui rayonnent en avant sur la sclérotique. C'est une vue de théorie pure; et l'expérience n'a pas appris jusqu'ici que cette dissection fût préférable à la section simple. M. Phillips, après la section du muscle, enlevait d'un dernier coup de ciseaux tout ce qui restait du tendon sur la sclérotique; ce dernier coup de ciseaux, ne répondant à aucune indication, est pour le moins inutile.

Voici quels sont les résultats ordinaires de l'opération.

Quand le strabisme est peu prononcé, la plaie de la conjonctive est petite, et ne demande guère que quatre ou cinq jours pour se cicatrifier. Si l'œil était fortement attiré en dedans, la plaie est très grande, le globe oculaire est disséqué sur la moitié de son étendue; l'écoulement de sang est alors assez abondant, et l'inflammation consécutive débute avec quelque violence, et doit être énergiquement combattue. Dans les cas ordinaires, au contraire, il suffit, pour l'apaiser, de fermer les paupières avec une petite bandelette de diachylon, et d'appliquer des compresses froides; l'opéré n'est pas même obligé de garder le lit.

Après les trois ou quatre premiers jours, principalement lorsque la plaie est grande, il commence à pousser du fond de la plaie des bourgeons blancs, quelquefois rosés, qui grandissent avec rapidité. Tantôt ils demeurent séparés; plus souvent ils se réunissent en un bourgeon unique qui s'arrondit, devient lisse et brillant, et finit par offrir la teinte opale et la forme d'une perle fine. On le voit surtout se rétrécir à sa base, étranglé par les progrès de la cicatrice, et ne plus tenir à la plaie que par un pédicule mince et court.

C'est là le moment le plus favorable pour le détruire. On a essayé la cautérisation: ce mode de traitement est long, douloureux, et

laisse une cicatrice plus dense; l'extirpation réussit mieux. On fait asseoir le malade et écarter les paupières à l'ordinaire; l'opérateur passe à travers le bourgeon une très fine érigne, glisse en arrière de petits ciseaux recourbés sur le plat, et d'un seul coup emporte le bourgeon tout entier: à peine s'écoule-t-il une goutte de sang.

Il faut être bien averti, dans cette petite opération, de ne pas tirer sur l'érigne; le moindre tiraillement déchirerait le tissu du bourgeon, et cette extrême délicatesse de son tissu fait qu'on ne saurait le saisir avec des pinces, qui l'écraseraient sans le retenir. En général, le bourgeon une fois coupé ne reparait plus; toutefois, quand l'inflammation a été forte, il est sujet à revenir deux ou trois fois, et il faut les enlever à mesure qu'ils reparassent.

Lorsque enfin la cicatrice est parfaite, on a observé plusieurs fois, surtout quand la division de la conjonctive a été fort étendue, que l'œil fait une saillie exagérée en avant. L'inflammation, la formation des bourgeons et la saillie consécutive de l'œil, tels sont les trois accidents qui peuvent suivre l'opération; mais il faut ajouter que les deux plus graves, l'inflammation et la saillie de l'œil, ne se montrent guère que dans les cas compliqués où, la section du droit interne ne suffisant pas, il a fallu porter les sections plus loin sur l'aponévrose et même les muscles voisins, et agrandir largement l'incision de la conjonctive. Il faut donc autant qu'on le peut restreindre cette incision; il faut aussi ne pas trop se hâter de multiplier les sections musculaires; j'ai vu, comme tous les opérateurs, des cas où le strabisme, persistant après la section complète du droit interne, cédait spontanément quelques jours après l'opération; et enfin s'il exigeait la section de plusieurs muscles, le plus sage parti serait peut-être encore de s'abstenir.

Toutefois, lorsque après l'opération terminée, on craint que l'incision soit trop étendue, et surtout si déjà l'œil se montre ou trop saillant ou trop divergent en dehors, il convient de rapprocher les bords de l'incision par un ou deux points de suture. L'opération est fort simple; on traverse la conjonctive, et au besoin le fascia, avec une aiguille courbe armée d'un fil que l'on serre à l'aide d'un double nœud. Le fil doit être assez gros pour ne pas se trouver caché dans la muqueuse, lorsqu'on voudra l'enlever le second ou le troisième jour; il convient aussi, pour qu'elle ne les déchire pas, que la suture embrasse au moins 3 millimètres de chacun des bords de l'incision. Du reste, M. Desmarres n'a jamais vu que la suture ainsi appliquée ait occasionné le moindre accident.

Mais l'exophtalmie et la déviation de l'œil en dehors se montrent bien plus fréquemment à la suite de l'opération. Dieffenbach a recommandé en pareil cas l'excision d'une portion de la conjonctive;

opération qu'il appliquait aussi de prime abord, et sans section des muscles, aux cas légers de strabisme. On soulève donc avec une érigne un pli vertical de la conjonctive et du fascia sous-jacent, et on l'excise avec les ciseaux courbes sur le plat. Dieffenbach abandonnait ensuite la plaie à la nature; Cunier en rapprochait les bords par deux points de suture. Ce procédé, soit pour le strabisme primitif, soit pour celui qui succède à la section du muscle, n'a pas trouvé beaucoup de faveur parmi les chirurgiens; et en effet, en raccourcissant la conjonctive, on diminue d'autant les mouvements de l'œil auxquels elle est indispensable. On n'arrive pas même toujours ainsi à corriger la déviation du globe oculaire; Dieffenbach alors y ajoutait la section du muscle droit externe, en prenant soin d'attirer l'œil en dedans pour allonger le tissu intermédiaire qui s'organisera entre les deux bouts du muscle; à cet effet, il passait au travers de son bout antérieur une anse de fil, qu'il fixait sur le dos du nez avec un emplâtre agglutinatif. Cela même ne suffisant pas encore, M. J. Guérin, non content d'allonger le droit externe, a voulu raccourcir le droit interne par une nouvelle section; voici un résumé de l'observation, avec une légère indication des conséquences.

Une jeune fille, à la suite de la section du muscle droit externe, avait eu à la fois l'œil proéminent et dévié en dehors. On avait pratiqué la section, puis la résection du droit externe; le tout en vain. L'opérateur commença par mettre à nu et détruire les nouvelles adhérences du droit externe; puis il en fit autant pour le droit interne; et enfin, passant une anse de fil dans le fascia sous-conjonctival, près du bord interne de la cornée, il en fixa les deux bouts sur le dos du nez de manière à attirer l'œil en dedans d'environ 4 centimètre. Le lendemain, le fil s'était détaché de lui-même; et, chose presque incroyable, dit l'auteur, le mouvement de l'œil était rétabli en dedans. Puis, à mesure que la plaie de l'angle externe se cicatrisa, le mouvement en dehors se rétablit aussi; et en moins de huit jours, l'œil avait recouvré sa forme et presque toute sa mobilité normale. Toutefois le mouvement d'abduction resta un peu borné, et à mesure qu'il se rétablit, il diminua proportionnellement l'étendue du mouvement d'adduction.

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-des-

sus 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.

Appréciation. — La section des muscles de l'œil pour le strabisme a joui, au début, d'une vogue extraordinaire, tandis qu'à peine si on la pratique aujourd'hui. C'est qu'il est peu d'opérations qui aient donné de pareils mécomptes. Sans parler des cas tout à fait rebelles, chez la plupart des sujets, le succès paraissait d'abord complet et assuré; mais au bout de quelques mois le strabisme commençait à reparaitre, pour devenir aussi marqué, et quelquefois pire qu'auparavant.

Quelques guérisons, dit-on, se sont maintenues; je veux le croire, mais nous ne savons ni comment ni pourquoi, en sorte que le résultat est livré au hasard. Les indications mêmes sont équivoques; la section d'un muscle est légitime quand il est rétracté de manière à ne pouvoir être ramené, par aucun autre moyen, à sa longueur normale; mais il n'y a rien de plus rare dans le strabisme, et l'on pourrait tout aussi bien accuser, par exemple, la faiblesse du muscle droit externe que la rétraction du droit interne. Dans ces derniers temps, M. Desmarres a établi, comme un fait d'observation, que dans tout strabisme, sauf des cas très rares, lorsqu'on veut obtenir un redressement aussi complet que possible, et surtout la fusion des images, il est indispensable d'opérer les deux yeux à une distance de quelques jours à quelques semaines. Le plus clair de tout ceci, c'est que la première opération est insuffisante, et qu'après avoir opéré l'œil malade, il serait indispensable d'opérer l'œil sain. Je doute fort qu'une telle doctrine soit de nature à séduire les chirurgiens.

2° 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, et même dans certaines amauroses, 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, de 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 in-

strument tranchant glissé entre la paroi inférieure de l'orbite et le muscle, ne peut être ramené en avant sans accrocher son insertion et le 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 orbitaire, 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'éthmoïde, 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.

S'il s'agit de l'œil droit, le chirurgien pourrait se placer à droite et derrière le malade, pour opérer de la main droite, suivant le principe général que j'ai posé ; mais j'ai trouvé tout aussi simple de porter le ténotome au côté interne entre le muscle et le sac lacrymal, et de le faire marcher de dedans en dehors.

A l'instant de la section, la paupière inférieure se gonfle de sang épanché. 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.

J'ai eu l'occasion de pratiquer cette opération sur plusieurs sujets dont la vue s'était perdue peu à peu, en même temps que les yeux faisaient une saillie de plus en plus considérable. Je me sers tout simplement d'une lame de canif à tranchant concave et à pointe un peu émoussée. Le résultat varie : tantôt l'œil semble moins proéminent et la vision s'améliore ; d'autres fois on n'observe ni l'un ni l'autre résultat ; et enfin, dans les cas les plus heureux, l'amélioration de la vision ne dure guère au delà de six mois ou un an au plus. Ce n'en est pas moins une ressource heureuse dans les cas où tous les autres traitements ont échoué.

Art. IV. — Des opérations qui se pratiquent à la surface du globe oculaire.

Je rangerai sous ce titre les opérations qui se pratiquent sur la conjonctive et la cornée. J'ai mentionné plus haut (p. 385) l'excision de la conjonctive pratiquée par Dieffenbach pour les cas de strabisme léger ; il est inutile d'y revenir.

4° Du ptérygion.

On a conseillé, contre le ptérygion, l'incision, la ligature, l'excision et la déviation. Les deux premiers procédés étant reconnus insuffisants, je ne m'occuperai que des deux 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 courbes sur le plat. Il serait plus expéditif encore de le soulever avec une des épingles usitées pour le strabisme, et de l'exciser d'un coup de ciseaux.

Scarpa conseille, quand il est peu épais, d'en exciser seulement un lambeau semi-lunaire, vis-à-vis du point d'union de la sclérotique et de la cornée.

2° *Déviation.* *Procédé de M. Desmarres.* — Le ptérygion est d'abord saisi et disséqué de la pointe à la base, comme dans le procédé qui précède. On fait ensuite sur le bord inférieur de la plaque 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, et on l'y fixe par quelques points de suture.

Appréciation. — Pour mon compte, je n'ai jamais vu l'excision donner une guérison assurée; la récurrence est plus rapide ou plus lente, mais ce n'est qu'une question de temps. J'avais cru mieux réussir en attaquant les vaisseaux situés au-dessous du ptérygion même, dans le fascia sous-conjonctival; la maladie est revenue encore. M. Desmarres dit n'avoir pas vu de récurrence sérieuse après l'application de son procédé, qu'il réserve du reste au ptérygion à large base. Je l'ai appliqué une fois: la rétraction de la cicatrice a ramené la pointe du ptérygion du côté de la cornée, et l'œil s'est trouvé dans des conditions pires qu'auparavant.

2° Des corps étrangers dans l'œil.

Bien que les corps étrangers puissent pénétrer dans l'intérieur du globe oculaire, on dit vulgairement qu'ils ont sauté dans l'œil quand ils se sont arrêtés à la surface de la cornée ou de la conjonctive. Ce sont généralement de très petites parcelles de fer, d'acier, de pierre, etc., qui s'arrêtent dans la conjonctive ou s'incrument 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. J'ai essayé une fois ce moyen sans succès.

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. Si l'on échoue, on propose de le déraciner à l'aide d'une plume taillée en cure-dent, ou d'une aiguille à cataracte. Avec des instruments piquants ou tranchants, on s'expose presque inévitablement à rayer, à couper, à érailler la mince pellicule qui recouvre la cornée; et, bien que je n'aie vu jusqu'ici aucun accident suivre ces éraillures, il est plus sûr de les éviter. C'est donc à des instruments à pointe ou à tranchant mousse et poli qu'il faut d'abord avoir recours; et un cure-dent d'ivoire est peut-être ce qui est le plus convenable. Mais nombre de fois le corps étranger est tellement incrusté dans la cornée, que j'ai dû recourir pour l'extirper à la pointe d'un bistouri.

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.

3° De l'abrasion de la cornée.

Opération mentionnée déjà par Saint-Yves, pratiquée par divers oculistes, et que j'ai 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 j'ai procédé.

Procédé de l'auteur. — 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, je décris 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, je saisis le lambeau ainsi circonscrit par son bord supérieur à l'aide de pinces à dents de souris très fines, et j'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. Outre les succès temporaires, j'ai obtenu, par exemple, une cure radicale qui a persisté jusqu'à la mort de mon opérée, arrivée plusieurs années après. M. 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.

4° De la ponction de la cornée.

On la pratique à l'aide de l'aiguille à cataracte ou du couteau à cataracte, avec les précautions qui seront indiquées pour l'opération de la cataracte même. Comme le but essentiel est de procurer l'évacuation de l'humeur aqueuse, la ponction à l'aiguille serait quelquefois insuffisante; mieux vaut donc faire avec le couteau une incision de 3 à 4 millimètres.

La ponction de la cornée a été conseillée dans l'hypopyon, dans l'inflammation de l'œil, dans l'hydrophtalmie, dans le staphylôme de la cornée, etc.

Dans l'hypopyon, on voulait d'abord 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. M. Desmarres ajoute qu'on obtient pareillement une absorption plus rapide de la cataracte molle; en sorte que la ponction cornéale serait indiquée après la dissection de la capsule, le broiement et l'abaissement incomplet.

Dans l'ophtalmie, on espère, en évacuant l'humeur aqueuse, diminuer la tension inflammatoire de l'œil; dans l'hydrophtalmie et le staphylôme de la cornée, on veut seulement diminuer la masse des liquides.

Je crains que l'on n'ait beaucoup trop abusé de cette petite opération. Dans le staphylôme de la cornée et dans l'hydrophtalmie croissante, l'œil est perdu; on risque donc peu de la tenter comme palliative; mais on n'en saurait espérer davantage. Dans l'ophtalmie, elle risque fort d'accroître l'inflammation, et a donné fré-

quemment de tristes résultats. Dans les autres cas, où elle n'est pas urgente, il faut encore se rappeler qu'une plaie pénétrante de la cornée n'est jamais exempte de danger.

Art. V. — De la cataracte.

On distingue de nombreuses variétés de cataractes, qui se rattachent toutes 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*.

1° 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 *dissection de la capsule*; à la seconde, l'*extraction* proprement dite, l'*écoulement* et l'*aspiration*.

Mais avant de décrire chaque méthode en particulier, il sera bon de s'arrêter à quelques préliminaires qui se rapportent à toutes. Ces préliminaires concernent : 1° la position du malade; 2° celle du chirurgien et de ses aides; 3° les précautions à prendre à l'égard de l'œil.

1° Le malade peut être assis ou couché; mais dans l'un et l'autre cas, l'œil doit être exposé au grand jour, de telle sorte qu'il ne reçoive d'ombre ni du chirurgien ni des aides, et qu'aucun reflet provenant d'un faux jour ou d'une lumière trop vive ne trouble pour l'opérateur la netteté des objets. Quand le malade est couché, la tête trouve sur l'oreiller un point d'appui naturel; quand il est assis, il faut, pour prévenir un mouvement inconsidéré en arrière, que la tête soit appuyée contre la poitrine d'un aide ou contre celle de l'opérateur. Quelques-uns le mettent sur un siège un peu bas, afin qu'assis eux-mêmes sur un siège peu élevé, ils n'aient pas trop à hausser la main; d'autres préfèrent opérer debout, et font asseoir le sujet sur une chaise haute, afin de n'avoir pas trop à se baisser.

Le choix entre ces diverses positions est remis au goût ou aux habitudes de l'opérateur; cependant il est généralement admis d'opérer au lit les enfants, les sujets indociles, et ceux qui sont atteints