

M. Abadie. Le patient étant chloroformisé, il attire fortement le globe oculaire en avant au moyen d'une pince à fixation, il sectionne la conjonctive, puis le muscle droit externe, avec des ciseaux à strabisme, recourbés et à pointes mousses, et il chemine ainsi assez profondément, puis, attirant fortement le globe oculaire en dedans et en avant, il glisse les ciseaux en arrière du bulbe. A ce moment, si la section est bien faite, l'œil est projeté en avant. Il le fait alors basculer, sectionnant, à petits coups, les parties fibreuses, vasculaires et nerveuses qui le maintiennent. Il amène ainsi le pôle postérieur dans la plaie, et il peut alors examiner, l'effet et l'étendue de la section et compléter même cette dernière si elle est incomplète. Il est important de prendre cette précaution afin de ne pas épargner, les filets ciliaires indirects, qui perforent la sclérotique à une certaine distance de l'insertion du nerf optique. L'accident le plus à redouter, à la suite de cette opération, est l'hémorrhagie. On peut en restreindre beaucoup la gravité si l'on a soin de rapprocher, autant que possible de la sclérotique, la section du nerf optique.

D'un autre côté, il faut éviter de porter l'action des ciseaux, trop près de la sclérotique, afin de ne pas s'exposer à perforer cette membrane et comme conséquence, à voir l'œil se vider entièrement. Il y a toujours un certain épanchement sanguin à la suite de la section des artères ciliaires et centrale de la rétine; c'est pour obvier aux inconvénients qui peuvent en résulter que M. Abadie fait la section du droit externe et surtout, qu'il ne suture pas ce muscle après l'opération. Il a pour but de créer une large voie afin de permettre l'évacuation du sang au dehors. Cette strabotomie a pour inconvénient de déterminer un strabisme interne, mais grâce aux succès que nous donne aujourd'hui l'avancement musculaire, il est toujours facile de ramener l'œil en parallélisme. M. Panas vient de faire subir une modification au procédé de Abadie; comme ce dernier, il ténotomise le droit externe pour aller à la recherche du nerf optique, mais pour terminer l'opération il suture le muscle détaché, en ayant soin de laisser un interstice béant dans la conjonctive, à sa partie inférieure, où il introduit un fil de *cat gut*. Cette modification réunit les avantages de la suture immédiate du tendon réséqué et de l'ouverture qui facilite le libre écoulement des liquides accumulés dans la cavité de l'orbite.

Les indications de l'opération ne sont pas les mêmes pour tous les ophthalmologues qui l'ont pratiquée. Les uns considérant qu'elle doit remplacer l'énucléation dans la majorité des cas; les autres, qu'elle ne doit être pratiquée que comme