

triquement placé dans l'orbite, mais qu'il est plus rapproché de la paroi interne que de l'externe, on arrivera à cette conclusion déjà formulée précédemment que c'est par le côté externe qu'il faut pénétrer de préférence dans l'orbite pour pratiquer l'énucléation du globe de l'œil.

Voici, d'ailleurs, comment je conseille de procéder à cette opération :

Diviser la conjonctive et le fascia sous-conjonctival avec des ciseaux courbes au niveau de l'attache à la sclérotique du muscle droit externe ; diviser le tendon de ce muscle ; au lieu de continuer la section des tendons tout autour de la cornée, porter immédiatement les ciseaux par la boutonnière conjonctivale jusque sur le nerf optique ; diviser ce nerf à son entrée dans le globe de l'œil ; saisir le pôle postérieur du globe avec une pince à griffes et l'attirer en dehors à travers la boutonnière conjonctivale ; achever ensuite l'opération en rasant la sclérotique.

Cette énucléation *d'arrière en avant* se fait avec une grande rapidité et met, plus que les autres procédés, à l'abri de l'ouverture de la loge postérieure de l'orbite.

Le poids du globe de l'œil est de 7 à 8 grammes.

A la naissance, l'œil présente des dimensions relativement très considérables : elles diffèrent de 3 ou 4 millimètres seulement de celles qui précèdent. Nous avons signalé une disposition analogue pour l'appareil de l'ouïe, ce qui, d'ailleurs, est en rapport avec le développement considérable du système nerveux à cette époque de la vie. Le globe de l'œil peut être, au contraire, frappé à la naissance d'un arrêt de développement partiel ou total qui constitue la *microphthalmie* ou l'*anophthalmie*. Ces lésions sont le plus souvent déterminées par l'existence d'un kyste congénital qui occupe la partie inférieure et interne de l'orbite (Voir mon *Traité de chirurgie clinique*).

L'axe antéro-postérieur du globe est normalement en rapport avec la puissance de l'appareil dioptrique ou réfringent de l'œil. C'est ce qui a lieu chez l'emmetrope. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

Cet axe, qui est de 24 millimètres, je suppose, chez un sujet emmetrope, peut être ou plus long ou plus court avec un même appareil dioptrique : il en résulte des maladies de la réfraction, qui sont la *myopie* et l'*hypermétropie*.

A l'état normal, l'appareil dioptrique de l'œil est disposé de façon que le foyer se fasse sur la rétine. Mais supposons un même appareil dioptrique avec un axe antéro-postérieur trop long : qu'arrivera-t-il ? Le foyer se fera, non plus sur la rétine, mais en avant de cette membrane sur laquelle se produisent des cercles de diffusion. Cet état constitue la myopie.

Supposons, au contraire, un diamètre antéro-postérieur trop court : l'appareil dioptrique est disposé pour faire converger les rayons lumineux à 24 millimètres en arrière de la cornée : si l'écran rétinien se trouve seulement à 22 millimètres, il est évident que le foyer se fera à 2 millimètres en arrière de l'écran, qui ne recevra, lui, qu'une image très diffuse. Cet état, dont nous devons la connaissance à Donders, constitue l'*hypermétropie*.

La myopie et l'*hypermétropie* sont donc deux affections dépendant d'un vice de conformation du globe de l'œil. Le diamètre antéro-postérieur est trop long dans le premier cas, il est trop court dans le second, eu égard, bien entendu, à l'appareil dioptrique, c'est-à-dire aux milieux réfringents. Le myope a besoin