squelette orbitaire fut éliminé. C'est ainsi que vous m'avez vu, messieurs, afin de prévenir une récidive après l'ablation d'un énorme mélano-sarcome qui remplissait tout l'orbite gauche, craignant de n'avoir pu enlever toute la néoplasie dans les parties les plus reculées de l'orbite, enfoncer dix jours après l'excentration trois petites flèches de pâte de *Canquoin*.

Il est bien entendu que pendant tout ce temps on ne discontinuera pas le pansement désinfectant à l'acide salicylique ou borique ; mais qu'on soit bien prévenu qu'avec ces violentes interventions, qui ne rentrent guère dans le cadre de la chirurgie oculaire, on peut être exposé très longtemps encore après l'opération (au bout de un à deux mois) à des mécomptes.

OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LES PAUPIÈRES

VINGTIÈME LEÇON

CANTHOPLASTIE. — OPÉRATION DE L'ÉPICANTHUS. — TARSORRHAPHIE

En abordant ce genre d'opérations, je me propose, messieurs, de vous faire surtout connaître les opérations usuelles, celles qui peuvent nous rendre d'importants services dans la pratique courante, et je m'abstiendrai de fatiguer votre attention par l'exposition de tous les plans opératoires qui ont été donnés avec un luxe outré de détails, pour ce qui concerne les opérations d'ectropion et la blépharoplastie. Le plus souvent pareilles opérations n'ont été exécutées uniquement que par leur auteur, ce qui n'empêche pas qu'on ne les voie usurper une place dans chaque publication importante relative à la chirurgie oculaire.

Déjà notre maître *de Arlt* a fait un louable effort, en ne surchargeant pas son précieux travail d'un fardeau inutile, mais à cet égard nous serons encore plus radical ; car, avouons-le franchement, combien d'opérations autoplastiques pratique-t-on même dans les plus grandes cliniques ? Combien de fois est-il donné à un praticien de recourir à ces opérations? Pourtant on n'en persiste pas moins à servir au lecteur le régal indigeste d'un choix d'opérations laborieuses et compliquées, d'une étude aussi peu engageante que les résultats qu'elles permettent d'obtenir.

Il me paraît donc beaucoup plus utile de vulgariser les petites opérations qui se pratiquent sur les paupières, et dont vous pouvez ici, presque chaque jour, contrôler l'uti-

lité. Parmi ces opérations, il faut avant tout citer l'élargissement de la fente palpébrale ou *canthoplastie* (de *de Ammon*).

Canthoplastie.

Cette opération ne sera pas seulement exécutée lorsqu'il existe une véritable réduction de la largeur de la fente (blépharophimosis), ou une soudure des bords palpébraux (ankyloblépharon), mais elle trouvera encore un plus vaste champ d'application dans tous les cas où il s'agit de débarrasser la cornée, atteinte d'ulcération ou d'une kératite panniforme, de la pression qu'exercent sur elle les paupières, dont les contractions sont incessamment incitées par l'action reflexe que produisent sur ces organes les nerfs superficiels de la cornée irritée, et dont la surface interne a souvent perdu son égalité et sa souplesse. N'oubliez pas que, surtout chez les enfants, le blépharospasme qui se développe établit un véritable cercle vicieux, car la dénudation d'une partie de la cornée de son revêtement épithélial met à nu les nerfs superficiels qui, par leur irritation, engendrent les violentes contractions palpébrales ; et celles-ci de leur côté, par suite du frottement qui en résulte, ou empêchent la régénération de l'épithélium, ou contribuent à dépouiller encore davantage la cornée de sa couche protectrice.

D'ailleurs, est-ce que l'étude d'autres régions ne nous a pas appris combien il était utile de soustraire les parties malades à une constriction et à une pression anormales? N'a-t-on pas vu, par exemple, que tous les nombreux procédés de ligature, de brûlure, de résection des tumeurs hémorrhoïdales étaient rendus absolument inutiles, si on avait recours à une simple dilatation forcée du sphincter anal, dont le spasme provoquait ou entretenait le mal. Eh bien! une opération analogue appliquée aux paupières peut nous fournir des résultats qui rappellent sous bien des rapports le merveilleux effet de pareille dilatation, et, dans ce cas, nous n'avons nullement à craindre d'agir plus amplement en procédant à l'incision du sphincter palpébral.

Vous voyez ici un malade qui nous a été amené il y a trois semaines. Cet homme, condamné pour faits relatifs à la Commune, a été récemment gracié, après huit années passées à l'île de Ré, mais il a rapporté de cette longue détention des granulations. Il fallait le conduire, parce qu'un pannus assez épais couvrait plus de la moitié supérieure des cornées, et que les paupières supérieures, hérissées de granulations dures et en voie de rétraction, descendaient au point que le malade pouvait à peine, malgré de grands efforts, mettre à découvert la moitié inférieure de ses cornées. Regardez dans quel état il se trouve actuellement, il est venu seul, et il ouvre assez librement les paupières; les cornées ont déjà tellement gagné en transparence que sur l'œil gauche le pannus est à peine visible. Pourtant ce malade n'a été soumis à aucune cautérisation ; les fentes palpébrales ont été simplement très fortement élargies sur les deux yeux le jour de son arrivée, et on lui a fait instiller trois fois par jour quelques gouttes d'un collyre d'ésérine.

Combien de fois ne voyez-vous pas se présenter ici des enfants chez lesquels les traitements les plus variés ont été tentés pour les débarrasser d'une kératite de peu d'importance, et qui ont fini, en se soustrayant à tout contact de la lumière et d'un air pur, par tomber dans un état de santé des plus fâcheux? Disons-le franchement, les examens du médecin contribuent encore pour une large part à entretenir le mal, car en cherchant à se rendre compte de l'état des cornées, et en écartant avec les doigts les paupières, pendant que l'enfant s'oppose de toutes ses forces à cet écartement par une violente contraction des paupières, il fait aisément près de la commissure externe des fissures qui ne tardent pas, dans nombre de cas, à exercer sur les contractions du sphincter palpébral un effet analogue à celui qu'une semblable lésion amène constamment sur le sphincter anal.

Exécution de la canthoplastie.

Comme il s'agit dans l'un et l'autre cas d'obtenir, non pas un agrandissement très accentué, mais bien plutôt un effet

de détente, il faut donc pouvoir exécuter la canthoplastie d'une façon aussi rapide et aussi simple que possible, afin d'en faire un moyen d'un emploi journalier. A cet effet, on introduit entre les paupières une branche de forts ciseaux droits et pointus qu'on dirige de manière que le tranchant se trouve bien exactement dans la continuation de la fente. Lorsqu'on sent que la pointe se rapproche du rebord orbitaire, on fend d'un coup sec la conjonctive, le muscle et la peau, puis on place immédiatement le pouce de la main gauche sur la plaie, pour la comprimer contre l'os et empêcher tout écoulement de sang.

L'aide se tenant alors tout prêt, les deux index garnis de petits morceaux de toile, substitue à la compression exercée par l'opérateur une très forte traction dans le sens vertical, et tout en continuant à comprimer, il transforme ainsi simultanément la direction de la plaie de transversale en longitudinale. Avec une aiguille, placée dans le porte-suture, et munie d'un fil de soie bien ciré, on saisit au milieu de la plaie conjonctivale un pli de 2 à 3 millimètres qu'on traverse, puis on prend une égale largeur de peau vis-à-vis. On a soin, lorsque la section a divisé une artériole, de comprendre dans la suture le tissu sous-cutané, de façon à arrêter tout de suite, par la fermeture de l'anse, tout écoulement de sang.

Vous voyez qu'en mettant beaucoup de soin à bien exactement placer cette suture médiane, on peut se passer d'appliquer deux autres fils sur les côtés. Car en agissant ainsi, non-seulement on allonge sensiblement la durée de l'opération, qui doit être exécutée aussi rapidement que possible, surtout chez les enfants; mais encore nous nous condamnons à une séance assez longue, lorsque, deux ou trois jours après, il faut enlever six fils, dans le cas où les deux fentes ont été élargies. Tandis qu'à la rigueur, on peut laisser s'éliminer spontanément un unique fil, lorsqu'on a pris soin de le serrer très fortement pour faciliter cette élimination au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures. Si la muqueuse s'est bien réunie à la peau au milieu de la section pratiquée, il n'est nullement à craindre que l'action de l'opération, qui consiste essentiellement dans un affaiblissement notable de l'orbiculaire et une diminution considérable de la pression du tarse supérieur sur le globe de l'œil, se perde progressivement.

Se propose-t-on maintenant d'exécuter l'opération sur des yeux qui ne sont le siège d'aucune inflammation, mais alors dans le but d'agrandir définitivement, dans une étendue précise, la fente palpébrale, veut-on, par exemple, égaliser celle-ci avec une fente plus large qu'aurait laissée une strabotomie pratiquée sur l'autre œil? Dans ce cas, on aura soin, non-seulement d'ajouter à la suture du milieu les deux sutures latérales, mais encore de se faciliter un emplacement très exact des sutures et une coaptation bien nette, en dégageant un peu la muqueuse près du globe oculaire et vers l'entrée des culs-de-sac supérieur et inférieur.

Pour le simple élargissement de la fente, la formation d'un lambeau conjonctival pris sur le globe oculaire, et qu'on interposerait dans la fente que notre section a donnée (*Cusco*), est absolument inutile. Ce genre d'autoplastie conjonctivale ne trouverait son indication que si, avec un ankyloblépharon, se rencontrait un symblépharon, et alors la manière de procéder pour obtenir avec de la conjonctive un revêtement complet de la plaie qu'on a pratiquée, dépendrait toujours des conditions particulières propres à chaque cas, et serait en outre soumise à l'initiative de l'opérateur.

Opération de M. Agnew.

L'effet de l'élargissement de la fente peut encore être sensiblement augmenté pour ce qui concerne son action antiphlogistique (à part le résultat très efficace que fournit la combinaison avec des ligatures de *Gaillard*, dont il sera question plus loin), si l'on ne se contente pas seulement de l'élargissement de la fente, mais qu'on y ajoute un détachement latéral de toute la paupière supérieure, au moyen

d'une incision du fascia tarso-orbitaire, comme M. *Agnew*[1] en a fait le premier la proposition, et que j'exécute différemment suivant le résultat que je veux atteindre.

S'agit-il d'obtenir un effet très passager, mais suffisant, par exemple, pour guérir le blépharospasme accompagnant une kératite phlycténulaire? Alors je donne rapidement deux coups de ciseaux droits, dont l'un fend le ligament palpébral externe, tandis que l'autre tombe verticalement sur le premier, et est pratiqué en tendant la paupière, et en faisant glisser une des branches des ciseaux sous la conjonctive, en même temps que l'on insinue la seconde sous la peau, au-devant du fascia tarso-orbitaire. Ces deux coups de ciseaux, dont la longueur dépend de l'écart de la commissure externe au rebord orbitaire, qu'ils n'atteignent pas, mais dont ils restent distants de 2 à 3 millimètres, sont donnés aussi vivement que possible, et l'on exerce aussitôt une compression continue avec le doigt pour empêcher que les enfants ne perdent du sang, et que les paupières ne deviennent le siège de fortes suffusions sanguines, ce qui est toujours une cause d'effroi pour les mères.

A-t-on affaire maintenant à un cas de pannus scrofuleux, avec blépharospasme, dans lequel la détente doit être de longue durée? On fend alors tout d'abord l'angle externe très exactement jusqu'au rebord orbitaire dans la direction du ligament palpébral, puis on place la suture qui occupe, lorsque l'aide a transformé la plaie horizontale en verticale, le milieu de la section, ainsi que celle qui doit avoir pour emplacement le tiers inférieur de cette même section. On insinue, si le dégagement a été assez amplement obtenu, l'index au-dessous de la paupière supérieure, et saisissant celle-ci entre ce doigt et le pouce, on l'attire fortement en haut et en dedans, pendant que l'aide exerce une traction du côté de la tempe. C'est alors que l'on donne le coup de ciseaux vertical sous-cutané pour fendre le fascia tarso-orbi-

1. Voy. *Thérapeutique oculaire*, p. 110.

taire. Immédiatement après que l'on a senti le dégagement de la paupière, on peut encore compléter la réunion de la muqueuse avec la peau, en attachant la pointe du triangle externe de la muqueuse avec l'extrémité supérieure de la plaie cutanée.

N'est-il pas possible de faire pénétrer le doigt sous la paupière, ce qui facilite de beaucoup la section? Dans ce cas on prend des pinces plates sans griffes avec lesquelles on exerce la traction nécessaire pour bien tendre le fascia. Ici l'on comprime également pendant assez longtemps, et l'on fait porter pendant vingt-quatre heures le bandeau compressif, sans se préoccuper du léger ptosis que laisse momentanément la section du fascia.

Ce ptosis pourrait s'accentuer et risquerait même de persister si, au lieu de diriger exactement de bas en haut la section verticale, on l'inclinait trop vers le front, de façon à entamer ainsi le releveur de la paupière; mais on n'aura aucune crainte de ce genre lorsque la section s'arrêtera tout près de la réunion du rebord orbitaire externe avec le supérieur. Une autre recommandation qu'il importe de faire, c'est de bien tenir exactement, pendant ces sections, les ciseaux suivant une direction perpendiculaire au plan formé par la peau tendue, en veillant soigneusement à ce qu'ils ne s'inclinent pas. Cette précaution est surtout nécessaire pour l'élargissement de la fente, car, à part que des ciseaux tenus inclinés mâchent toujours les tissus qu'ils sectionnent, on obtient encore ainsi des plaies inégales, qui se coaptent mal avec la muqueuse, et qui bourgeonnent même quelquefois.

Élargissement de la commissure interne.

L'élargissement de la fente en dedans, du côté du nez, ne se pratique que dans un seul genre d'affection, c'est lorsque, avec un écartement ordinairement exagéré des commissures internes (il mesure, chez le jeune garçon de quinze ans que je vous présente, une étendue de 3 centimètres) et un affaissement très considérable du dos du nez, il existe un excès de peau qui vient se placer au-devant des caroncules et empiéter

sur la longueur de la fente palpébrale. Cet état morbide, désigné sous le nom d'*epicanthus*, est encore assez rare et disparaît souvent avec la croissance. Il peut être combattu par une opération à laquelle on a donné le nom pompeux de *rhinorrhaphie*.

On a aussi, et j'ai moi-même exécuté avec succès pareille opération, tenté d'enlever près de la commissure interne, par deux sections convergentes de haut en bas et de bas en haut (AV), l'excédant de peau, puis, en s'aidant d'une traction convenable, de rapprocher les lèvres de la plaie par une réunion en sens horizontal bien exécutée.

Dans ces anomalies congénitales où une sorte d'ankyloblépharon se présente du côté de la commissure externe, on pourrait agir suivant la manière indiquée par M. *de Arlt*[1]. « Dans deux cas d'ankyloblépharon de l'angle interne, dit-il, où la paupière inférieure était accollée à la supérieure (dans l'un de ces deux cas jusqu'au milieu, dans l'autre jusqu'au tiers de la fente) par une masse membraneuse recouverte d'épiderme, qui réunissait, non seulement les parties correspondantes des paupières, mais encore celles-ci au globe oculaire, j'ai réussi à obtenir la guérison en divisant tout d'abord par une section horizontale la masse membraneuse, de façon à obtenir une moitié supérieure et inférieure. Je détachai ensuite chacune de ces moitiés, ainsi que les parties adjacentes des paupières, du globe oculaire. Après les avoir renversées sur la surface interne des paupières, j'attachai alors ces moitiés au moyen de sutures d'une façon analogue à ce que j'avais pratiquée dans le premier cas de symblépharon que le docteur *Kittel* a publié (Pr. Vierteljahrschr, 1854.I,161).

« Dans ces deux cas, on arriva, non seulement à obvier à l'ankyloblépharon, et partiellement au symblépharon, mais aussi à atteindre le but principal, c'est-à-dire à débarrasser complètement les malades du larmoiement, en trans-

1. *Graefe Sæmisch*, t. III, p. 142.

formant par une fente les points lacrymaux, trouvés après bien des recherches, en des rainures ouvertes. On fit ici cette observation que la pseudo-membrane garnie d'épiderme, exposée pendant quelque temps aux larmes, et renversée vers le globe oculaire, se tranforma peu à peu en une membrane rouge complètement humectée (muqueuse?) J'ai appris plus tard que M. *Warlomont*[1] a obtenu dans un cas analogue un résultat très satisfaisant en se servant d'un procédé presque semblable, indiqué par *Laugier* qui l'a publié déjà en 1855. » On a encore récemment proposé un pareil renversement, dans le but d'arriver à une semblable transformation, pour le symblépharon (*Nicati*).

Lorsqu'on se propose d'attaquer l'épicanthus par la *rhinorrhaphie* de *de Ammon*[2], il faut absolument que le sujet ait déjà un certain âge (15 ans), et que l'épicanthus constitue en outre, comme chez le jeune homme que je vous présente, une véritable difformité choquante. On doit pouvoir compter sur un certain repos après l'opération, et il est nécessaire de se servir du pansement antiseptique (boraté ou salicylé), afin d'être tout à fait sûr d'obtenir une réunion par première intention, avec cicatrice presque imperceptible, et non une marque rougeâtre d'une certaine largeur, telle que la donne une plaie qui a suppuré, comme d'ailleurs on l'a aussi proposé. Rhinorrhaphie.

De Ammon soulevait avec deux doigts un pli au-dessus du dos du nez d'une largeur suffisante pour mettre à découvert les commissures internes. Cette partie, assez étendue pour faire disparaître l'épicanthus, était circonscrite par un trait à l'encre et excisée; puis il réunissait alors soigneusement la plaie au moyen d'une suture entortillée. Cette suture, *Sichel* père la préparait à l'avance, en passant les fils à une distance convenable de la ligne tracée à l'encre. Mais

1. *Journ. de méd. de Bruxelles* 1860, et *Ann. d'ocul.*, t. XLIII, p. 99.
2. *Zeitschrift für Ophthalm*, t. II, p. 535.

il est aisé de comprendre combien il était exposé, pendant l'excision de la peau, à couper les sutures. Aussi avais-je conseillé de se servir d'aiguilles d'une longueur suffisante pour pouvoir les laisser en place (en faisant usage d'aiguilles droites pour faire la suture entortillée), ou bien, les ayant munies d'un fil, de ne les faire passer en entier qu'après que l'excision aurait été achevée.

M. *Knapp*[1], qui, de son côté, recommande tout le soin possible pour une réunion bien exacte, substitue à notre procédé, si l'épicanthus exige une excision considérable, l'enlèvement d'un lambeau rhomboïdal. Après avoir pratiqué cette excision avec beaucoup de précision, il dégage sur les côtés de la plaie la peau, en évitant de la contusionner. Il réunit alors avec des sutures simples, qu'il soustrait à un tiraillement trop considérable, en attirant la peau du voisinage au moyen de bandelettes de diachylon. Le malade garde un repos absolu jusqu'à ce qu'on soit assuré de la réunion par première intention, qui doit, ainsi que nous l'avons dit, s'opérer, à notre avis, sous le pansement antiseptique et à l'aide du bandeau compressif. Il est bien entendu qu'on fera un choix sur la forme que doit présenter le lambeau à exciser (qu'il soit ovalaire ou rhomboïdal), ainsi que sur son emplacement au milieu du nez ou plutôt sur le côté, suivant que l'épicanthus présente un plus haut degré de développement, ou qu'il se trouve plus accusé sur un des côtés de la face.

Rapetissement de la fente.

Ce n'est que bien moins fréquemment, comparativement à l'élargissement de la fente, que l'on aura à procéder à son *rapetissement*. Outre que ce mode opératoire trouve son emploi pour combattre l'ectropion [*Mirault* (d'Angers)], et rentre, comme un des plus puissants éléments dans les procédés propres à remédier au renversement en dehors de la paupière, on peut encore être appelé à exécuter cette opération dans les cas de goître exophthalmique, soit pour obvier

1. *Archiv für Augen-u, Ohrenheilkunde*, t. III, p. 59.

à un aspect choquant, soit pour prévenir les accidents redoutables que provoque du côté de la cornée une propulsion excessive.

Tarsorrhaphie.

La *tarsorrhaphie*, qui réduit suivant l'étendue dans laquelle on l'exécute la largeur de la fente, peut encore trouver son application lorsque, par suite d'une myopie excessive développée unilatéralement, la différence entre la largeur des fentes est très notable. Mais le plus souvent on aura occasion de rapetisser la fente palpébrale pour remédier à un élargissement consécutif à une strabotomie exécutée avec trop peu de ménagements pour la capsule, l'état qui en résulte pouvant être alors presque aussi disgracieux que le strabisme préexistant.

La *tarsorrhaphie*, que *de Walther*[1] a introduite dans la chirurgie oculaire, était autrefois, même avec les modifications que *de Graefe*[2] lui a fait subir, exécutée d'une façon beaucoup trop brutale; car le but est évidemment d'obtenir une soudure, en entraînant le moins de mutilation possible, et en conservant la faculté, surtout si cette soudure doit, comme pour l'ectropion, n'être que temporaire, de pouvoir rendre aux paupières détachées leur aspect primitif. Aussi je pense avoir réussi à faire prévaloir ici les sages conseils de la chirurgie conservatrice.

Procédé de de Graefe.

De Graefe procède de la manière suivante : Il pince tout d'abord entre le pouce et l'index la commissure externe, de manière à produire le rétrécissement désiré de la fente, et il délimite au besoin par un trait de plume jusqu'où doit s'arrêter le rapprochement des bords palpébraux. Après avoir introduit la plaque d'ivoire, il excise du bord libre, en allant du côté externe vers la tempe, un lambeau de 1 millim. et demi à 2 millim. de hauteur, et, en général, de 3 à 6 millim. de longueur. Les deux plaies viennent se réunir près de l'angle palpébral externe, en enlevant forcé-

1. Journal de *de Graefe* et de *Walther*, t. IX, 1826.
2. *Archiv*, t. III, p. 248.