

A la jambe, on arrive sur les nerfs saphènes en cherchant les veines du même nom. Le saphène interne peut être divisé au moment où il sort du canal du grand adducteur, et on le découvre en agissant comme on le fait pour arriver sur le canal du grand adducteur, lorsqu'on veut lier l'artère fémorale à ce niveau.

Quant aux nerfs mixtes, tels que le cubital, le sciatique, bien que quelques-uns d'entre eux aient été soumis à des sections et à des excisions, je ne m'occuperai pas de ces opérations d'une rareté extrême, d'un succès douteux, qui condamnent à une paralysie quelquefois persistante et incurable les parties innervées par le nerf divisé. Il est du reste facile, avec des connaissances anatomiques précises, d'arriver sur tel ou tel nerf que l'on voudrait sectionner.

## CHAPITRE VI

### OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'ORGANE DE LA VISION.

#### ARTICLE I

##### PAUPIÈRES.

Je ne décrirai ici que les opérations spéciales, et non celles qui se pratiquent sur les paupières comme sur tous les autres points du corps.

§ 1. **Trichiasis et distichiasis.** — On désigne sous le nom de trichiasis la direction vicieuse des cils qui viennent irriter le globe oculaire, et sous celui de distichiasis la direction vicieuse des cils compliquée de leur implantation sur deux ou plusieurs rangées.

A. *Extirpation et cautérisation.* — L'extirpation des cils déviés, qui se fait à l'aide d'une pince à épiler, n'est qu'un procédé purement palliatif, car ils repoussent au bout de quelque temps. Pour s'opposer à leur reproduction après l'épilation, on a eu recours à différents modes de cautérisation; c'est ainsi que Caron du Villards enfonce des épingle d'entomologiste dans les bulbes pileux, réunissait ces épingle avec un fil d'argent et les saisissait ensuite avec un fer à friser chauffé au rouge-blanc.

Les procédés de cautérisation, en dehors de ce qu'ils réussissent rarement à empêcher les cils de repousser, ont, lorsqu'on obtient le but désiré, l'inconvénient de produire une difformité par la disparition des cils et l'oblitération des glandes de Meibomius qu'ils entraînent.

B. *Excision des bulbes pileux.* — Bartisch et Heister employaient un procédé radical consistant à exciser complètement le bord libre de la paupière, sauf dans la portion correspondante au lac lacrymal. On comprend sans peine les inconvénients de ce procédé qui raccourcit les paupières terminées alors par un bord recouvert de

tissu cicatriciel et par suite irritant pour le globe oculaire. Aussi a-t-on cherché à enlever les bulbes ciliaires sans encourir les mêmes reproches. Vacca-Berlinghieri passait une plaque de corne derrière la paupière et limitait la partie sur laquelle il voulait agir au moyen de deux incisions verticales longues de trois millimètres, partant du bord libre des paupières et n'entamant que la peau; il réunissait ensuite ces deux incisions par une troisième, parallèle à ce bord, et avait ainsi un lambeau cutané qu'il disséquait en le laissant adhérent par son bord ciliaire. Les bulbes pileux mis à nu étaient enlevés ou détruits par la cautérisation à l'aide d'un pinceau trempé dans l'acide nitrique.

Le lambeau était alors remis en place et maintenu au moyen



Fig. 145. — Pince de Pope.

de bandelettes agglutinatives. L'usage de la pince de Pope (fig. 145) faciliterait cette opération.

Jæger, pour enlever les bulbes pileux, excise la lèvre antérieure du bord palpébral ainsi qu'une languette de peau de deux à trois millimètres, sans toucher à la lèvre postérieure du bord palpébral, ni aux orifices des glandes de Meibomius. Flarer faisait deux incisions sur le bord libre de la paupière supérieure au niveau des cils déviés, l'une en avant des cils, l'autre en arrière, de façon à circonscrire la portion qui les supporte. Il disséquait ensuite cette portion en remontant jusqu'au-dessus des bulbes et l'excisait.

La méthode de l'excision, quel que soit le procédé employé, a l'inconvénient de priver l'œil de la protection des cils, ce qui est une cause de phlegmasie.

C. *Changement de direction des cils.* — Voyons maintenant celle dans laquelle on cherche à changer la direction des cils d'une façon directe ou indirecte.

1° D'UNE FAÇON DIRECTE. — Procédé de Jæsche modifié par Arlt. — A l'aide d'une incision faite sur le bord libre de la paupière et d'une dissection, on commence par séparer la partie antérieure de la paupière, celle qui supporte les cils et leurs bulbes, de la partie postérieure. Puis par deux incisions, l'une parallèle au bord palpébral qu'elle longe à la distance de trois ou quatre millimètres, l'autre plus éloignée de ce bord, plus courbe et allant se réunir à la précédente par ses deux extrémités, on limite un lambeau de peau semi-lunaire et on l'excise. On rapproche ensuite les deux lèvres de la plaie en faisant glisser le bord ciliaire au-devant du cartilage tarse, et on le maintient par quelques points de suture. Il arrive quelquefois que la peau de la bandelette ainsi déplacée se mortifie.

Pour échapper à ce danger, de Græfe circonscrivait la portion du bord palpébral supportant les cils déviés entre deux sections verticales de neuf millimètres de hauteur, sections comprenant le bord libre de la paupière; il incisait longitudinalement ce bord, de façon à séparer la portion ciliaire du cartilage tarse, le disséquait dans une certaine hauteur, et il lui devenait alors facile d'écarter le lambeau ainsi mobilisé et de le fixer par la suture dans une position telle que les cils ne viennent plus toucher le globe de l'œil.

On peut ajouter à l'efficacité de l'opération en excisant un pli de la peau au-dessus de la base du lambeau et en rapprochant par la suture des bords de la plaie ainsi produite.

2° D'UNE FAÇON INDIRECTE. — A. *Renversement de la paupière en de-*

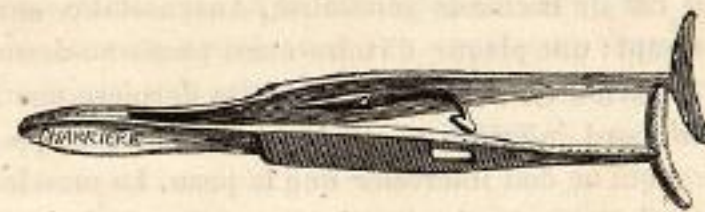


Fig. 146. — Pince à béquille.

*hors.* — On agit sur la peau de la paupière à une certaine distance de son bord libre, de manière à renverser celui-ci en dehors pour que les cils n'irritent plus le globe oculaire.

On a eu recours à la cautérisation avec l'acide sulfurique (Calisen, Laugier), avec le fer rouge (Larrey, Jobert, Dieffenbach). Nom-

bre de chirurgiens ont excisé des portions de peau de forme et de direction variées et ont ensuite laissé suppurer la plaie, se fiant aux propriétés rétractiles du tissu cicatriciel, comme ceux qui recouraient à la cautérisation, ou bien en ont rapproché les bords par la suture.

Des pinces spéciales (pince à béquille) (fig. 146) sont employées pour bien limiter la portion de peau que l'on veut exciser.

Un bandeau traversait perpendiculairement avec des aiguilles munies de fils la base du pli qu'il voulait enlever, le retranchait en avant des fils et réunissait ensuite au moyen de la suture entrecoupée.

*Procédé de Gaillard de Poitiers* (fig. 147). — Au niveau des angles

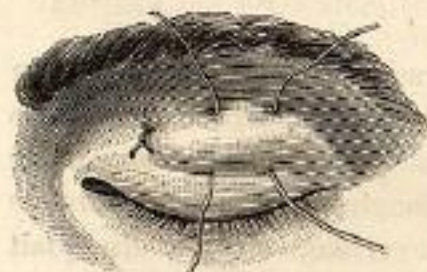


Fig. 147. — Trichiasis, procédé de Gaillard de Poitiers, modifié par Rau.

externe et interne de la paupière, on saisit avec les pinces un pli de la peau, large de trois ou quatre millimètres; on la traverse à sa base avec une aiguille munie d'un fil de soie double, en rasant le cartilage tarse, et, en serrant et nouant le fil, on étroit solidement le repli. Au bout de quelque temps, le fil a coupé les tissus qu'il étroitait

et laissé à sa place une ligne cicatricielle qui doit maintenir le bord palpébral dans la direction que lui a donnée le fil.

Rau a modifié le procédé de Gaillard en multipliant les ligatures et les plaçant au niveau de la partie affectée de trichiasis.

Dans les cas de trichiasis généralisé, Anagnostakis emploie le procédé suivant: une plaque d'ivoire étant passée au-dessous de la paupière (supérieure), il pratique sur cette dernière une incision parallèle au bord inférieur et située à trois millimètres au-dessus, incision qui ne doit intéresser que la peau. Le muscle orbiculaire étant mis à nu par les tractions exercées sur la lèvre supérieure de la plaie, l'opérateur dissèque et excise la portion du muscle orbiculaire qui correspond à la partie supérieure du cartilage tarse. À l'aide de trois ou quatre fils à suture, il fixe la lèvre inférieure de la plaie entamée à la couche cellulo-fibreuse qui revêt la portion dénudée du cartilage. Ces fils sont laissés à demeure jusqu'à ce qu'ils tombent spontanément. Quand on fait cette opé-

ration, il est bon de maintenir la paupière avec la pince de Pope (fig. 145).

La méthode dans laquelle on cherche à changer la direction des cils, sans les enlever, est en somme la meilleure; la méthode indirecte me paraît préférable, et, parmi les procédés qu'elle embrasse, celui de Gaillard modifié est un de ceux qui valent le mieux.

Pour le trichiasis généralisé, le procédé d'Anagnostakis est supérieur aux autres.

§ II. **Entropion.** — L'entropion est constitué par le renversement en dedans du bord libre de la paupière, inversion qui a les mêmes inconvénients que le trichiasis.

A. *Redressement de la paupière avec des bandelettes, des fils, des serres-fines.* — Dans les cas les plus légers, on peut chercher à redresser la paupière avec des bandelettes agglutinatives, ou bien à l'aide de deux anses de fil passées à travers la peau de la paupière, l'une au voisinage du bord palpébral, l'autre à une distance plus éloignée, nouées et serrées l'une avec l'autre de façon qu'elles fassent faire un pli aux téguments, et laissées en place jusqu'à ce qu'elles soient entraînées par la suppuration.

Goyrand appliquait pendant six à huit jours deux serres-fines qu'il changeait de place toutes les trente-six ou quarante-huit heures, afin de ne pas ulcérer la peau.

Ces procédés ne sont de mise que pour une déviation très-peu prononcée.

B. *Cautérisation, excision des téguments.* — Lorsque l'entropion est plus développé, sans l'être cependant beaucoup, on peut recourir à la méthode et aux procédés que j'ai signalés en dernier lieu à propos du trichiasis, et dans lesquels, en excisant ou cautérisant les téguments, on cherche à diminuer la hauteur de la peau de la paupière. Je n'ai pas besoin d'y revenir ici.

C. *Opérations de Gaillard et d'Ammon.* — L'opération de Gaillard est parfaitement de mise, et comme avec l'entropion coïncide souvent un rétrécissement de l'orifice palpébral, à l'opération de Gaillard on peut avec avantage ajouter celle d'Ammon (fig. 148) pour le blépharophimos (canthoplastie). Voici comment se pratique cette dernière: le chirurgien muni de ciseaux droits passe une des branches au-dessous de la commissure palpébrale externe, et di-

visé transversalement cette commissure, en ayant soin de donner



Fig. 148. — Canthoplastic.

à la section de la peau une longueur un peu plus grande qu'à celle de la conjonctive. A l'aide d'une traction légère exercée en haut et en bas sur les bords de la plaie, elle devient verticale d'horizontale qu'elle était. On place alors un point de suture réunissant la peau et la mu-

queuse au niveau de la partie moyenne de la section, et on en met deux autres au voisinage des extrémités de la plaie.

D. *Procédé de Richet* (anaplastie par bordage) (fig. 149). — Au moyen

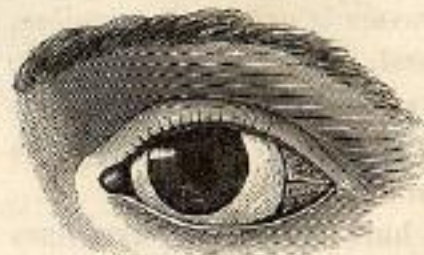


Fig. 149. — Anaplastie par bordage (procédé de Richet.)

de deux incisions partant des bords libres des paupières au voisinage de l'angle externe et venant se réunir en dehors de cet angle, le chirurgien limite une portion des paupières dont il excise toute l'épaisseur, sauf la conjonctive ; il fend ensuite cette dernière trans-

versalement et à égale distance des deux bords palpébraux, et il se sert des lambeaux muqueux ainsi obtenus pour border les lèvres des incisions cutanées supérieure et inférieure. Il réunit avec des serres-fines.

E. *Section, excision de l'orbiculaire des paupières*. — Dans les cas d'entropion spasmodique, c'est-à-dire dû à une contraction permanente de l'orbiculaire, Wardrop sectionnait transversalement d'un coup de ciseaux tous les tissus formant l'angle externe des paupières.

Florent Cunier a préconisé la section sous-cutanée de l'orbiculaire. Voici sa manière de procéder : la paupière supérieure étant bien tendue, on enfonce un ténotome pointu et étroit vers le milieu du bord supérieur de cette paupière, au niveau de l'arcade orbitaire. Le ténotome est passé à plat au-dessous du muscle jusqu'à ce qu'il arrive au bord palpébral. On redresse alors l'instrument, et on le retire le tranchant tourné en avant. Il est bon d'ap-

pliquer un doigt sur la peau de la paupière pour suivre les différentes manœuvres de l'opération. C'est là un moyen qui ne doit inspirer qu'une très-médiocre confiance.

Key a obtenu un succès en découvrant et excisant quelques fibres de l'orbiculaire voisines du bord libre de la paupière et en réunissant ensuite. C'est aussi contre l'entropion spasmodique que de Graefe mettait en pratique le procédé suivant (fig. 150) : à deux ou trois millimètres du bord libre de la paupière, il faisait une incision cutanée parallèle à ce bord et moins étendue que lui. Il limitait ensuite à l'aide de deux autres incisions et excisait un lambeau triangulaire dont la base correspondait à l'incision initiale. Avec trois points de suture, il rapprochait les bords latéraux de la plaie triangulaire.

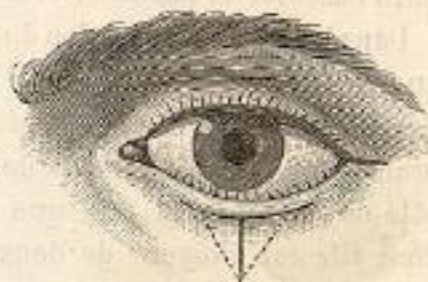


Fig. 150. — Entropion. Procédé de de Graefe.

F. *Section, excision du cartilage tarse*. — Lorsque le cartilage tarse raccourci ou incurvé contribue à maintenir l'entropion, il faut, pour redresser la paupière, agir sur ce cartilage.

Ware fendait verticalement toute l'épaisseur de la paupière, du côté de la tempe ou dans sa portion moyenne, et laissait la plaie se combler par granulation.

Crampton faisait deux sections verticales comprenant tous les tissus palpébraux, l'une au voisinage de l'angle interne, l'autre près de l'angle externe, sans se préoccuper du point lacrymal. La paupière renversée en dehors, il réunissait les deux incisions initiales par une troisième section transversale faite sur la conjonctive, et maintenait la paupière à l'aide de fils passés dans son bord libre et fixés sur le front ou sur la joue, selon que c'était sur la paupière supérieure ou sur l'inférieure qu'il agissait.

Saunders a pratiqué l'excision du cartilage tarse tout entier, après avoir divisé la peau et le muscle ciliaire par une incision parallèle au bord ciliaire.

Les procédés que je viens de passer en revue entraînent une difformité de la paupière. Les suivants ont pour but d'éviter cet inconvénient.

*Procédé d'Ammon ou tarsotomie.* — La paupière étant préalablement renversée, le chirurgien enfonce à travers, de dedans en dehors, un bistouri à six millimètres du bord ciliaire et la divise ainsi dans toute son épaisseur, parallèlement au bord libre et d'un angle à l'autre, en s'arrêtant à la partie interne, un peu en dehors du point lacrymal. Il peut ensuite retrancher une bandelette de peau longitudinale et, par la réunion des deux lèvres de la plaie, faire basculer la partie divisée du cartilage tarse.

Dans les cas d'incurvation du cartilage tarse, Streatfield a recours au procédé suivant dans lequel il pratique l'évidement du cartilage : il saisit la paupière avec la pince de Desmarres, de façon que la branche pleine soit du côté de la muqueuse, l'autre branche du côté de la peau, et fait une incision parallèle au bord ciliaire dont elle est éloignée de deux millimètres environ. Cette incision doit mettre à nu les bulbes des cils, sans les intéresser ; au delà du point où s'arrêtent les racines de ceux-ci, le chirurgien pénètre, en soulevant la peau, jusqu'au cartilage tarse. Il pratique ensuite une deuxième incision arrivant jusqu'à ce cartilage et située plus loin que la première du bord palpébral, mais ayant la même direction et venant la rejoindre à ses deux extrémités.

Suivant ces deux incisions, il pénètre obliquement dans l'épaisseur du cartilage tarse de façon à en détacher une lamelle ayant à peu près la forme d'un coin à base dirigée en dehors, qu'il excise ainsi que les parties molles qui la recouvrent, en se gardant d'intéresser la conjonctive. Il ne fait pas de suture, comptant sur le travail cicatriciel pour ramener les parties dans une situation meilleure.

L'ectropion est en somme une maladie assez difficile à guérir, surtout quand le cartilage tarse participe à la difformité. Pour ces cas-là, les opérations qui me paraissent préférables sont celles d'Ammon et de Streatfield. Dans le cas contraire, les procédés de Gaillard et d'Anagnostakis que j'ai étudiés à propos du trichiasis, donnent en général d'assez bons résultats.

§ 3. **Ectropion.** — L'ectropion est constitué par le renversement du bord libre de la paupière en dehors. Il est beaucoup plus fréquent à la paupière inférieure qu'à la supérieure.

Je diviserai les opérations employées pour la cure de l'ectropion en quatre catégories, suivant qu'elles portent sur la peau, sur la

muqueuse, sur le cartilage tarse, sur le bord palpébral et le cartilage tarse tout à la fois.

1° OPÉRATIONS DANS LESQUELLES ON AGIT SUR LA PEAU. — Je ne parlerai pas ici des tentatives faites pour redresser les paupières avec des emplâtres agglutinatifs.

Celse recommandait une incision cutanée courbe à concavité inférieure (pour la paupière inférieure) et non pas supérieure, comme on le répète généralement. Ce moyen est inefficace, car le plus souvent, bien que l'on panse à plat, il donne lieu à une cicatrice linéaire, et la paupière ne gagne rien en hauteur. — Junken et Huguier, au lieu d'une incision, en ont pratiqué trois.

*Procédé de Mirault d'Angers.* — Le chirurgien divise transversalement la peau de la paupière qui est le siège de l'ectropion, et écarte les bords de la plaie de manière à rendre à la paupière sa hauteur normale. Puis il avive les bords libres des deux paupières et les fixe l'un à l'autre par la suture entortillée, en laissant quelques portions béantes près des angles.

Les choses ainsi disposées sont laissées en place un an ou un an et demi ; au bout de ce temps on divise avec le bistouri les adhérences des deux paupières.

On comprend que dans ces conditions la cicatrice ait le temps de se former avec des dimensions suffisantes pour allonger la paupière. Ce procédé a par contre l'inconvénient de priver le malade de son œil pendant un temps fort long. Nélaton a eu recours à la suture entrecoupée. On a depuis employé la blépharoplastie comme opération complémentaire de la blépharoplastie, et cette addition rend en effet les plus grands services.

*Procédé de Dieffenbach modifié par de Græfe* (fig. 151). — Ce procédé est une combinaison de la tarsoraphie avec l'excision d'un lambeau de peau.

On commence par aviver une partie du bord des paupières, afin de rétrécir l'orifice palpébral, c'est-à-dire qu'après avoir mesuré la portion de cet orifice que l'on veut supprimer, et placé sous les pau-



Fig. 151. — Ectropion. Procédé de Dieffenbach, modifié par de Græfe.

pières une plaque d'ivoire, on excise dans cette étendue le bord ciliaire, en ayant soin d'enlever en même temps les bulbes des cils. (On excise le bord libre de la paupière atteinte d'ectropion dans une longueur un peu plus grande que l'autre.) Cela fait, on retranche un lambeau triangulaire de peau, dont la base se trouve au niveau de la commissure externe qu'elle touche par une de ses extrémités, et dont le sommet est dirigé en bas. On dissèque un peu les bords latéraux du triangle pour dégager la peau, et on rapproche ces bords latéraux par la suture. On réunit ensuite la portion avivée des bords palpébraux.

Les dimensions du lambeau que l'on excise doivent être en rapport avec le degré de l'ectropion.

2° OPÉRATIONS DANS LESQUELLES ON AGIT SUR LA CONJONCTIVE. — Celse cautérisait la conjonctive avec le cautère actuel. On a eu recours à des caustiques plus ou moins actifs, à l'acide sulfurique, au nitrate acide de mercure, au nitrate d'argent.

On fait aussi l'excision de la conjonctive. On soulève avec des pinces ou un fil passé à travers la portion de muqueuse que l'on veut enlever, et on la coupe avec un bistouri ou des ciseaux courbes sur le plat.

3° OPÉRATIONS DANS LESQUELLES ON AGIT SUR LE CARTILAGE TARSE. REDRESSEMENT DU CARTILAGE TARSE.

*Procédé de Dieffenbach.* — On fait une incision semi-lunaire parallèle au bord inférieur de l'orbite (pour la paupière inférieure) et située à quelques millimètres au-dessus, incision occupant environ les deux tiers de la paupière, et se terminant à égale distance des deux angles. On sépare inférieurement la peau du cartilage tarse. Puis on divise le muscle orbiculaire et la conjonctive. Avec des pinces on engage le bord inférieur du cartilage et le bord supérieur de la plaie conjonctivale à travers les deux lèvres de la plaie cutanée, on excise une petite portion de la conjonctive, et on rapproche par la suture entortillée les deux lèvres de la plaie de la peau, en comprenant dans la suture la conjonctive et le cartilage tarse.

4° OPÉRATIONS DANS LESQUELLES ON AGIT SUR LE CARTILAGE TARSE ET LE BORD PALPÉBRAL. — Antyllus excisait un lambeau triangulaire de la conjonctive et du cartilage tarse, sans toucher aux téguments. Il rapprochait par la suture les deux branches du V.

*Excision de toute l'épaisseur de la paupière.* — Adams excisait un lambeau de paupière en forme de triangle à base supérieure, en comprenant toute l'épaisseur du repli. Il rapprochait ensuite les bords de la perte de substance à l'aide de la suture entortillée. On reproche à ce procédé d'exposer à la production d'une cicatrice difforme.

Walther, ayant à traiter un malade chez lequel une cicatrice de la tempe tirait en dehors la commissure palpébrale et produisait un ectropion de la partie externe des deux paupières, excisa, à l'aide de deux incisions se rejoignant sur la tempe, la cicatrice et la portion déviée du bord de chaque paupière, y compris une portion du cartilage tarse. Il réunit la plaie par la suture.

On pourrait faire la même opération sans intéresser le cartilage tarse.

Le choix entre les méthodes que je viens d'indiquer ne doit pas être fait au hasard. Il est évident que si c'est un défaut de peau ou une exubérance de la muqueuse qui déterminent l'ectropion, on agira sur la peau dans le premier cas, sur la muqueuse dans le second. Lorsque le renversement est très-prononcé, on agit sur le cartilage tarse, sur le bord palpébral.

Dans les cas enfin où des cicatrices cutanées, des adhérences de la peau avec le rebord de l'orbite déterminent l'éversion de la paupière, c'est à la blépharoplastie que l'on devra recourir.

§ 4. **Blépharoplastie** (autoplastie des paupières). — 1° PAR GLISSEMENT (MÉTHODE FRANÇAISE). — *Procédé de Wharton Jones.* — Ce chirurgien opérant un ectropion de la paupière supérieure fit deux incisions cutanées convergentes, commençant au-dessus des angles de l'œil, et venant se réunir en haut, à un peu plus d'un pouce (anglais) du bord libre de la paupière. En pressant sur le lambeau triangulaire ainsi délimité et en coupant les brides celluluses, mais sans le détacher des parties sous-jacentes, il ramena la paupière à sa position normale. Les bords de la plaie furent réunis par la suture, et la paupière fut maintenue par des bandelettes agglutinatives et un bandage.

Dans un cas d'ectropion de la paupière inférieure produit par une cicatrice adhérente à l'os, Ammon eut recours à l'opération suivante: il circoncrivit par une incision la cicatrice adhérente et disséqua les téguments tout autour de son incision, de manière à

rendre à cette paupière sa mobilité et à lui permettre de venir au contact avec la supérieure. Il aviva ensuite la cicatrice demeurée en place, et par-dessus il réunit les lèvres de la plaie à l'aide de la suture entortillée. Si on pratique cette opération pour des cas où la cicatrice a une certaine étendue, afin de donner plus de mobilité à la paupière on peut, au-dessous de la cicatrice, faire une incision parallèle au rebord orbitaire et disséquer la lèvre supérieure de cette incision.

*Procédé de Dieffenbach.*—Dieffenbach (fig. 152, 153, 154, 155) excisait la cicatrice à l'aide de trois incisions limitant un triangle à base di-

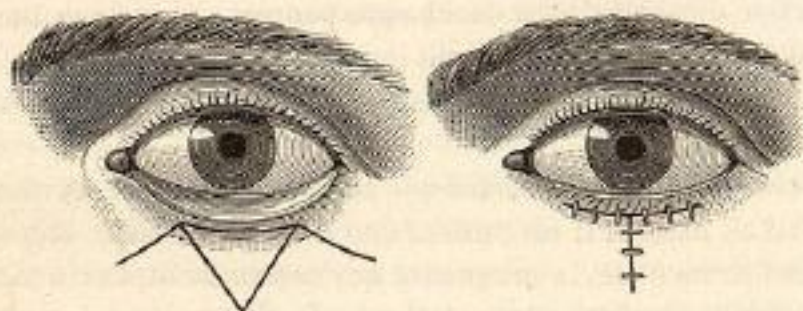


Fig. 152 et 153. — Blépharoplastie. Procédé de Dieffenbach.

rigée vers l'œil ; il prolongeait ensuite de chaque côté et obliquement en bas l'incision formant la base du triangle et disséquait les lambeaux latéraux ainsi obtenus. Les faisant alors glisser, il les rapprochait l'un de l'autre de façon que la plaie prit la forme d'un T. Les trois côtés du T étaient réunis par la suture.

Dans les cas où la cicatrice était plus étendue, Dieffenbach donnait

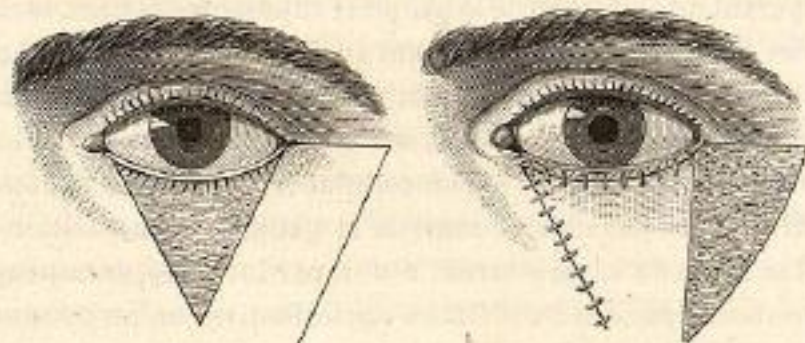


Fig. 154 et 155. — Blépharoplastie. Procédé de Dieffenbach.

à la perte de substance laissée par l'ablation de cette cicatrice la forme d'un triangle à base supérieure (paupière inférieure) : il

prenait un lambeau quadrilatère sur le côté externe de la plaie. Pour cela, il prolongeait en dehors l'incision horizontale, et de l'extrémité externe de cette dernière il conduisait une incision parallèle au côté externe du triangle.

Le lambeau ainsi obtenu était disséqué, porté en dedans de façon à combler le vide produit par l'excision de la cicatrice, et fixé par la suture. La perte de substance laissée par la migration du lambeau était, autant que possible, comblée par la suture. On laissait supputer ce qu'on ne pouvait rapprocher.

Baudens a pris sur la joue (il s'agissait de la paupière inférieure) un lambeau quadrilatère compris entre une incision supérieure transversale, faite au-dessous des cils, et une incision verticale partant de chaque extrémité de la première. La dissection lui permit de remonter ce lambeau et de réunir par la suture son bord supérieur à la lèvre supérieure de la plaie.

Le lambeau ainsi placé doit avoir l'inconvénient de tendre à abaisser la paupière et partant d'exposer à la reproduction de la difformité.

L'opération de Baudens est en effet contraire au précepte si juste de Richet, précepte toujours vrai, mais plus spécialement peut-être applicable à la blépharoplastie, à savoir que tout lambeau, dans les autoplasties, doit être taillé de telle sorte que sa rétraction inévitable soit mise à profit pour corriger la difformité que l'on est appelé à combattre.

Knapp, sur les indications de Pagenstecher, eut recours au pro-

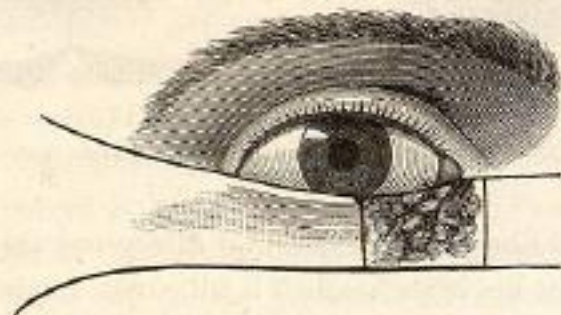


Fig. 156. — Blépharoplastie. Procédé de Knapp.

céde suivant (fig. 156) pour restaurer une paupière inférieure atteinte d'un cancroïde, situé du côté interne et remontant jus-

qu'au bord libre: il circonscrit la partie malade par quatre incisions, deux horizontales et deux verticales formant un rectangle.

Des deux incisions verticales, l'externe arrivant jusqu'au bord libre de la paupière, l'interne s'arrêtait à la hauteur du grand angle de l'œil et plus en dedans. L'incision horizontale inférieure réunissait l'extrémité inférieure des deux incisions verticales; la supérieure, beaucoup plus courte, se dirigeait vers le grand angle de l'œil sans l'atteindre.

La portion ainsi circonscrite une fois excisée, l'opérateur prolongea du côté du nez les deux incisions horizontales et obtint un lambeau quadrilatère qui fut disséqué. En dehors, il prolongea l'incision horizontale inférieure en la faisant légèrement descendre sur la joue, et fit, d'autre part, partir de la commissure externe des paupières une incision se portant en dehors et un peu en haut sur la tempe; il eut ainsi un second lambeau qui fut également disséqué. En faisant glisser ces deux lambeaux, il put alors les amener au contact par leurs bords verticaux et les maintint à l'aide d'un nombre suffisant de points de suture.

*Procédé d'Alph. Guérin (Paupière inférieure) (fig. 157, 158).* — Le chirurgien fait deux incisions se réunissant en V renversé (A) un peu au-

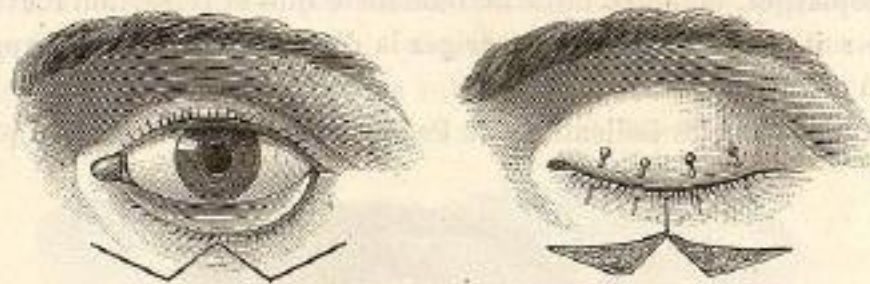


Fig. 157 et 158. — Blépharoplastie. Procédé d'Alph. Guérin.

dessous du bord libre de la paupière et divergeant vers la joue. De chaque extrémité des branches du V il fait partir une incision parallèle au bord ciliaire, incision dont la longueur est en raison directe de l'étendue du déplacement que l'on devra ensuite faire subir aux lambeaux. Ces derniers une fois disséqués, on peut soulever la paupière et relever les lambeaux de façon que leurs bords formant

les côtés de l'incision initiale en V ouvert en bas viennent au contact, et on les fixe par la suture dans une position telle que leur extrémité inférieure se trouve au-dessus du sommet du V renversé demeuré en place.

Pour plus de sûreté, Guérin excise la partie postérieure du bord libre des paupières et les rapproche par la suture.

L'adhérence des paupières doit être maintenue pendant une période qui dure de six mois à un an.

Quant aux plaies produites par la mobilisation des lambeaux, on les laisse suppurer. Ce procédé a aussi été appliqué à la paupière supérieure.

*Procédé de de Græfe (fig. 159).* — Incision longitudinale sur le bord même de la paupière (inférieure), immédiatement en dehors des cils. Cette incision s'étend du point lacrymal inférieur à la commissure externe. Des extrémités de cette incision partent deux incisions verticales de un centimètre et demi à deux centimètres, descendant sur la joue et, comme la première, n'intéressant que la peau. On dissèque le lambeau quadrilatère ainsi obtenu; on le saisit par son bord supérieur à l'aide de deux larges pinces et on le relève vers l'œil. Ce bord supérieur se trouve alors dépasser le bord de la paupière.

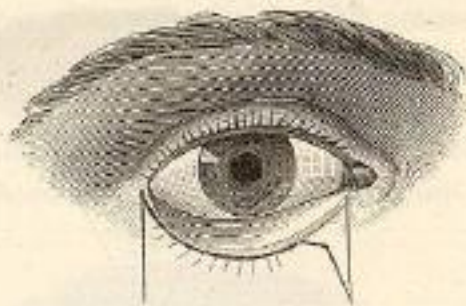


Fig. 159. — Blépharoplastie. Procédé de de Græfe.

On excise l'angle interne du lambeau, non pas suivant une ligne droite, mais suivant une ligne brisée formant un angle dont le sommet est dirigé vers la commissure palpébrale interne; on fait ensuite la suture de la plaie transversale, et l'angle ainsi obtenu est placé dans le point précédemment occupé par l'angle du lambeau. On laisse aux fils des sutures une longueur suffisante pour pouvoir les fixer sur le front du malade. L'excision de l'angle interne a pour but de relever le lambeau et de diminuer l'étendue du bord palpébral; mais ce procédé n'en a pas moins l'inconvénient que je reprochais un peu plus haut à celui de Baudens, c'est-à-



dire d'exposer à une rétraction reproduisant la difformité primitive.

*Procédé de Burow* (fig. 160, 161).— Pour prévenir les fâcheux effets de cette rétraction, Burow a eu recours au procédé suivant (paupière inférieure) : le tissu pathologique développé sur cette paupière est cerné par deux incisions partant des extrémités de son bord libre et venant se réunir au-dessous d'elle, en formant un angle à sommet inférieur. Au niveau de la commissure palpébrale externe commence une incision qui se dirige horizontalement vers la tempe et dont la longueur doit être égale à celle de la base du triangle excisé. Cette incision temporale devient la base d'un triangle à sommet supérieur que l'on achève de circonscrire par deux autres

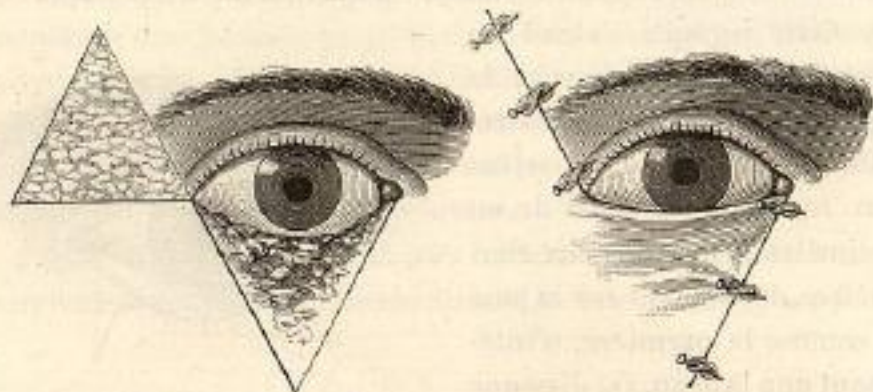


Fig. 160 et 161. — Blépharoplastie. Procédé de Burow.

incisions. On excise la portion de peau ainsi délimitée, et on réunit à l'aide de la suture entortillée les bords des deux pertes de substance. Si c'est la paupière supérieure que l'on a à restaurer, le triangle temporal doit avoir son sommet dirigé en bas.

Burow a apporté la modification suivante à la suture entortillée. Chaque extrémité des points de suture est recouverte d'une couche de collodion et, dès que ce dernier est solidifié, on retire les aiguilles. (Burow se sert d'aiguilles anglaises.) Quand les parties sont fortement tirillées, on n'imbibe de collodion que les points de suture au niveau desquels la traction est moindre, et on ne retire de prime abord que ces aiguilles. Les autres sont laissées en place vingt-quatre heures et enlevées après qu'on a ajouté à chacune d'elles une certaine longueur de fil. La suture est faite

avec de la soie ou du coton, destiné à recevoir une couche de collodion qui ne pourrait s'appliquer sur le fil primitif mouillé par la sérosité qui s'échappe de la plaie.

Pour prévenir le tiraillement du lambeau, Burow enfonce parallèlement à chacun des bords de la plaie palpébrale amenés au contact et à une distance d'un pouce et demi à deux pouces de ce bord une épingle dont les points d'entrée et de sortie sont éloignés d'un centimètre et demi environ. Les deux épingles sont rapprochées à l'aide d'un fil de soie, qui forme des huit de chiffre de l'une à l'autre.

Le procédé de Burow présente de notables avantages au point de vue des inconvénients dus aux tractions que le tissu cicatriciel exerce sur le lambeau. L'application du collodion qui permet d'enlever les aiguilles et qu'il considère comme favorisant la réunion par première intention, a, en outre, pour effet d'éviter les petites cicatrices qui peuvent se former au niveau des points où les aiguilles perforent la peau.

*Procédé de Richet*.— (Paupière inférieure) (fig. 162, 163). Richet fait une incision courbe parallèle au bord ciliaire, passant à deux mil-

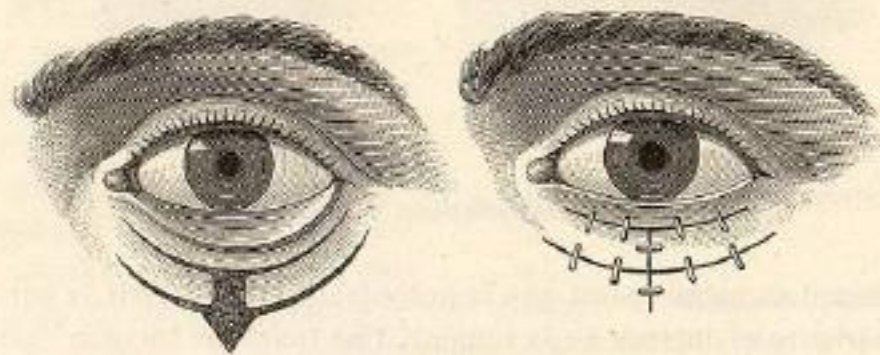


Fig. 162 et 163. — Blépharoplastie. Procédé de Richet.

limètres au-dessous de l'ectropion et se terminant près des angles de l'œil. La paupière inférieure dégagée par cette incision, on procède à l'avivement du bord libre des deux paupières que l'on réunit par la suture.

Le chirurgien fait ensuite une seconde incision courbe située à un centimètre au-dessous de la précédente à laquelle elle est concentrique; il dissèque le lambeau de peau ainsi intercepté et le

divise par une section verticale qui réunit le milieu des deux incisions courbes. Il remonte les deux moitiés de ce lambeau, retranche la portion exubérante et fait une incision cutanée en V à pointe inférieure, au-dessous de l'incision médiane. Enfin il réunit par la suture les bords affrontés des lambeaux, ainsi que les lèvres des incisions supérieure et inférieure et les deux branches du V.

Hasner d'Artha (fig. 164, 65) a eu recours au procédé suivant dans un cas où l'envahissement par une tumeur de la commissure et de la portion interne des deux paupières nécessitait l'ablation de ces parties : il fit une première incision courbe *a*, partant du bord libre de la paupière supérieure en dehors de la tumeur, remontant sur le front en passant sur le sourcil pour redescendre et finir au voisinage de la racine du nez. Une seconde incision courbe *c*, com-

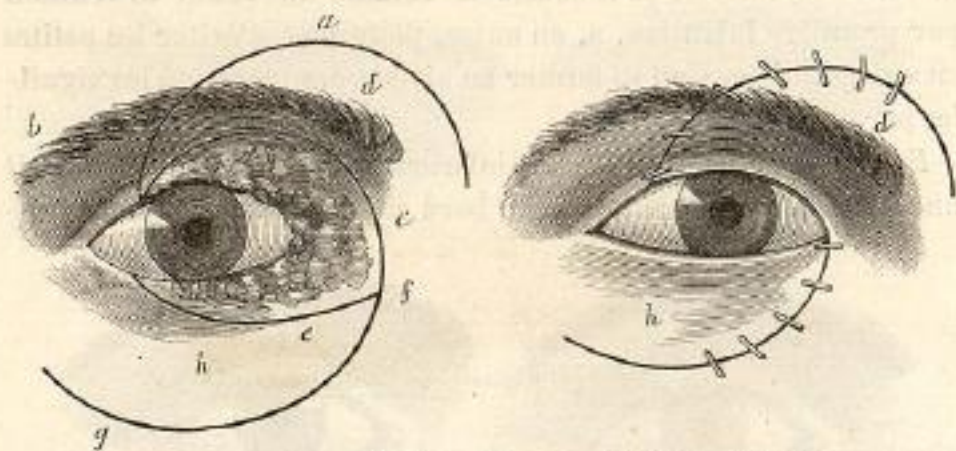


Fig. 164 et 165. — Blépharoplastie. Procédé d'Hasner d'Artha.

mençant au même point que la précédente, circonscrit la partie supérieure et interne de la tumeur. Une troisième incision également courbe *e*, prenant naissance sur le bord libre de la paupière inférieure en dehors du produit pathologique, vint passer en dessous de la partie inférieure de la tumeur et se terminer en *f* comme la seconde. Les tissus à enlever furent ainsi délimités entre les deux incisions *c* et *e*.

Enfin l'opérateur pratiqua une quatrième et dernière incision *g*, concentrique au bord adhérent de la paupière inférieure, allant du point *f* à la partie supérieure et externe de la joue. La portion des paupières circonscrite par les incisions *c* et *e* fut enlevée ; les

lambeaux *d* et *h* furent disséqués jusqu'à leur base. Le premier fut abaissé, le second relevé, et leur sommet fut reséqué dans une étendue convenable. Le bord supérieur *e* du lambeau *h* vint former le bord libre de la paupière inférieure, tandis que le bord inférieur *c* du lambeau supérieur *d* vint former le bord libre de la paupière supérieure. Au niveau de la commissure palpébrale interne se trouvèrent le sommet préalablement raccourci du lambeau *h* et la base du lambeau *d*. Les téguments du front et de la joue furent, à l'aide de la dissection, rapprochés des bords des lambeaux ainsi mobilisés, et il ne resta plus qu'à placer les sutures.

C'est là une opération des plus ingénieuses, applicable à des pertes de substance étendues des deux paupières.

2<sup>e</sup> BLÉPHAROPLASTIE PAR TORSION DU PÉDICULE DU LAMBEAU (METHODE INDIENNE).

Voici comment procédait Fricke (fig. 166) : quand il existait une cicatrice, il l'excisait en la comprenant entre deux incisions semi-elliptiques transversalement dirigées ; s'il n'y avait pas cicatrice, il se contentait d'une seule incision dans le même sens.

Il disséquait ensuite la peau, de façon à mobiliser la paupière et à la replacer dans sa position normale. Puis il traçait sur la tempe pour la paupière supérieure, sur la joue pour l'inférieure, un lambeau configuré de façon à combler le vide existant. Ce lambeau disséqué était appliqué sur la plaie palpébrale et fixé par la suture, et le chirurgien cherchait à rapprocher autant que possible à l'aide de la suture les bords de la perte de substance résultant de la dissection du lambeau.

Tel était le procédé originel de blépharoplastie par la méthode indienne. On comprend qu'au bout de quelques jours il fallait pratiquer la section du pédicule du lambeau. Ammon le premier, selon Velpeau, aurait apporté à cette méthode une modification importante consistant à choisir l'emplacement du lambeau de telle



Fig. 166. — Blépharoplastie. Procédé de Fricke.

sorte que le bord interne de son pédicule forme une des extrémités de la plaie laissée par l'excision de la cicatrice. La torsion du lambeau est ainsi moindre et, en outre, on n'a pas besoin de diviser plus tard le pédicule.

*Lambeau en fourche.* — Dans les cas où l'on a à réparer une perte de substance siégeant au niveau d'une des commissures palpébrales et empiétant sur les deux paupières, on peut user d'un procédé dû à Hasner d'Artha, qui taille un lambeau dont le sommet présente deux pointes, séparées par un angle rentrant qui vient s'adapter à la commissure, tandis que les deux pointes s'appliquent l'une sur la paupière supérieure et l'autre sur l'inférieure.

Denonvilliers a posé en précepte que la région où l'on prend le lambeau ne doit jamais faire plus d'un angle droit avec la perte de substance. On arrive ainsi à n'imprimer au lambeau qu'une rotation qui ne dépasse pas quarante-cinq degrés.

C'est ce que Denonvilliers appelait la méthode par pivotement, laquelle lui a donné de si magnifiques résultats. Il faisait en même temps l'avivement et la suture des paupières.

*Procédé par échange* (fig. 167, 168). — Dans un cas d'ectropion de la pau-

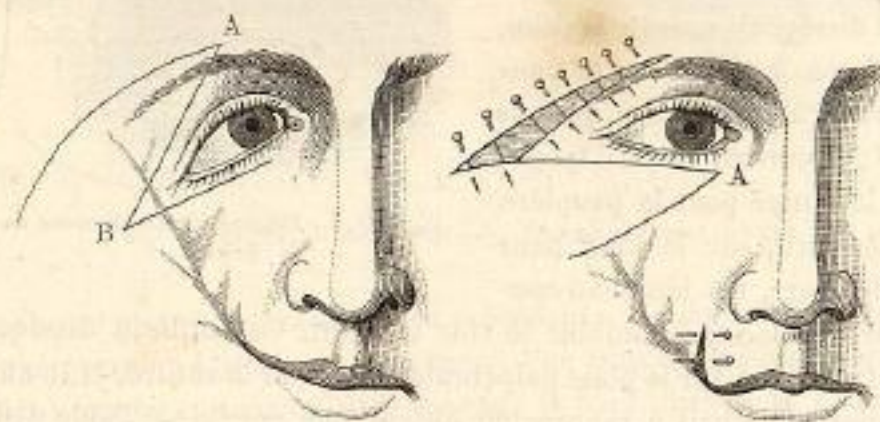


Fig. 167 et 168. — Blépharoplastie. Procédé par échange de Denonvilliers.

pière inférieure, l'angle externe de l'œil étant dévié en bas, Denonvilliers a exécuté le procédé suivant : à l'aide de trois incisions figurant un Z il forma deux lambeaux triangulaires à direction croisée ; l'un de ces lambeaux avait son sommet A au-dessus de l'œil, l'autre en bas et en dehors, B. Les lambeaux disséqués et les paupières re-

mises dans leur position normale, le chirurgien fit glisser les lambeaux en sens inverse, de façon que le supérieur vint combler le vide laissé par l'incision inférieure, et l'inférieur le vide laissé par l'incision supérieure.

On ne peut juger d'une façon générale les procédés de blépharoplastie. Tel procédé qui convient très-bien à un cas donné ne peut être appliqué à un autre. C'est à l'opérateur à faire le choix.

Quand le bord libre de la paupière n'existe pas et que ce voile membraneux a été détruit en entier, la méthode indienne peut seule servir pour reconstituer une paupière qui, si elle n'est pas régulière, a du moins l'avantage de protéger le globe de l'œil.

§ 5. **Blépharoptose ou ptosis (chute de la paupière supérieure).** — Quand les moyens médicaux de traitement et l'application de la petite pince de Sichel destinée à faciliter le soulèvement de la paupière n'ont pas donné de bons résultats, on peut recourir à l'excision d'une portion de peau et employer, si l'on veut, pour cela la pince à béquille, mais seulement dans les cas où le ptosis est dû à une exubérance des téguments.

Dans les cas où, sans que le releveur soit paralysé, la chute de la paupière est due à un défaut d'équilibre entre ce muscle et l'orbiculaire, le mode de traitement le plus efficace est l'opération de de Graefe.

La voici : incision cutanée faite transversalement d'un angle de la paupière supérieure à l'autre, en passant à cinq ou six millimètres du bord libre. Les lèvres de la plaie écartées et légèrement disséquées, on saisit avec des pinces à griffe la portion du muscle orbiculaire ainsi mise à nu, et on excise une bandelette musculaire de près d'un centimètre de largeur, sans intéresser l'aponévrose sous-jacente.

On coud ensuite l'une à l'autre les deux lèvres de la plaie en ayant soin de comprendre dans la suture la plaie musculaire en même temps que la plaie cutanée.

Cette opération a l'avantage de raccourcir la portion sous-cutanée de la paupière et d'affaiblir le sphincter palpébral.

§ 6. **Blépharophimosis.** — Le blépharophimosis ou rétrécis-

sement de la fente palpébrale sera combattu par l'opération de la canthoplastie que j'ai déjà exposée (page 370 et suiv.).

§ 7. **Epicanthus.** — Pour faire disparaître le repli cutané qui existe au niveau du grand angle de l'œil dans l'épicanthus, on excise une portion verticale et elliptique de la peau du dos du nez et on fait ensuite la suture.

§ 8. **Tumeurs des paupières.** — Je n'insiste pas sur l'ablation des tumeurs qui se développent au niveau des paupières. On pourra, dans ces opérations, se servir de la pince de Desmarres (fig. 169



Fig. 169. — Pince de Desmarres.

qui a, entre autres avantages, celui d'intercepter la circulation, et partant de prévenir l'écoulement sanguin dans les parties qu'elle embrasse.

Les chalazions ou kystes des glandes de Meibomius seront traités par l'incision et la cautérisation, ou mieux encore par l'extirpation faite par la peau ou la conjonctive, selon que la tumeur fait plus de saillie du côté de l'une ou de l'autre de ces membranes.

On rencontre dans la région de la paupière supérieure et du sourcil une variété particulière de kystes, kystes congénitaux, renfermant une matière visqueuse et souvent des poils. Ce qu'il y a de mieux pour leur cure, c'est l'ablation totale.

## ARTICLE II

### OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'APPAREIL LACRYMAL.

Cet appareil se compose de la glande lacrymale divisée en portion orbitaire et portion palpébrale, placées à la partie supérieure

de l'œil et versant le produit de leur sécrétion sur la conjonctive par des conduits multiples.

Au niveau du grand angle de l'œil, dans cette portion arrondie du rebord palpébral qui limite l'espace occupé par la caroncule et désigné sous le nom de lac lacrymal, se trouvent les conduits lacrymaux, qui prennent naissance au niveau des points lacrymaux et viennent s'ouvrir généralement en commun dans le sac lacrymal. Le conduit lacrymal supérieur se porte d'abord en haut, puis en bas et en dedans, l'inférieur, d'abord en bas, puis horizontalement en dedans.

Le sac lacrymal, pyriforme, avec sa petite extrémité placée en bas et se continuant avec le canal nasal, est situé au niveau de la partie antérieure de la paroi interne de l'orbite et dirigé un peu obliquement en bas, en avant et en dehors. Sa paroi antéro-externe répond aux parties molles et notamment au tendon de l'orbiculaire, tandis que la paroi postéro-interne est en rapport avec la gouttière lacrymale formée en arrière par l'os unguis, en avant par l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

Le canal nasal a d'abord la même direction que le sac lacrymal avec lequel il se continue, puis il s'infléchit pour se porter en bas, en dehors et en arrière. Constitué par une membrane fibro-muqueuse qui souvent forme des replis, il est logé dans un canal osseux limité par la face interne du maxillaire en dehors et en dedans par la partie inférieure de l'os unguis en haut et l'apophyse unguéale du cornet inférieur en bas.

L'orifice supérieur du canal nasal ou plutôt son point de jonction avec le sac se trouve immédiatement en arrière de la crête osseuse que l'on rencontre dans le point où le bord inférieur de l'orbite se continue avec le bord interne, et à cinq ou six millimètres au-dessous du relief que fait le tendon de l'orbiculaire, quand on attire les paupières en dehors. Son orifice inférieur est placé au niveau du méat moyen des fosses nasales, à l'union de son quart antérieur avec ses trois quarts postérieurs, à deux centimètres et demi environ en arrière de l'extrémité postérieure de l'orifice des narines, et à une distance du plancher des fosses nasales qui est en moyenne de deux centimètres et quelquefois un peu plus grande. Cet orifice varie dans sa configuration depuis la forme d'un cercle jusqu'à celle

d'une simple fente. Il existe en général au niveau de l'ouverture inférieure de ce conduit un repli muqueux, tantôt valvulaire, tantôt circulaire.

§ 1. **Glande lacrymale. Extirpation.** — On enlève la glande lacrymale, soit pour tarir la source des larmes, soit lorsqu'elle est affectée de dégénérescence.

*Procédé d'Anel.* — Il incisait la paupière dans toute son épaisseur et parallèlement à ses plis, saisissait la glande et la disséquait, en commençant par la partie inférieure, pour être plus sûr de ne pas blesser l'œil.

*Procédé de Poul Bernard et de Textor.* — Incision de quatre à cinq centimètres dirigée en bas et en dehors et située entre la moitié externe du rebord orbitaire et la paupière supérieure.

*Procédé de Velpeau.* — Velpeau prolongeait horizontalement en dehors la fente palpébrale et pouvait ainsi enlever la glande, soit en cheminant dans le tissu cellulaire, soit en incisant la muqueuse.

*Procédé de Halpin.* — La paupière supérieure étant fortement abaissée, le chirurgien pratique, pour arriver sur la glande, une incision qui se trouve dans le sourcil. Il termine en réunissant la plaie par la suture.

Laurence de Londres, qui conseille l'ablation de la glande lacrymale comme moyen de cure radicale des maladies de l'appareil lacrymal, fait une incision placée immédiatement au-dessous du bord supérieur de l'orbite et correspondant à son tiers externe. Il divise le tissu fibreux qui relie le cartilage tarse au périoste orbitaire et pénètre dans l'orbite; il introduit ensuite le bout du petit doigt dans la plaie pour reconnaître le siège de la glande. Au besoin il sectionne la commissure palpébrale externe, et cette incision prolongée en dehors jusqu'à la rencontre de l'incision initiale lui donne un lambeau qu'il porte en dedans. L'hémorrhagie arrêtée par des irrigations d'eau fraîche, on réunit la plaie, s'il y a lieu, avec quelques points de suture métallique.

Le procédé de Halpin offre sur les précédents l'avantage de laisser une cicatrice non apparente, cachée qu'elle est dans les poils du sourcil.

§ 2. **Retrécissement et obstruction des points et des con-**

**duits lacrymaux.** — Quand les conduits lacrymaux sont rétrécis, on peut essayer les injections avec la seringue d'Anel ou la dilatation avec le dilateur de Galezowski; mais ce qu'il y a de mieux à faire, c'est d'inciser le conduit rétréci.

Des instruments multiples ont été employés dans ce but.

Bowman se sert d'une très-fine sonde cannelée (fig. 470) qu'il

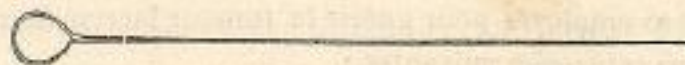


Fig. 470. — Sonde cannelée de Bowman.

introduit dans le conduit et sur laquelle il fait glisser un bistouri étroit et petit.

Il faut, pour faciliter l'opération, tendre la peau des paupières vers l'angle externe et renverser un peu en dehors le point lacrymal.



Fig. 471. — Couteau de Weber.

On peut également se servir de ciseaux coudés sur les bords et dont les lames sont terminées par de petits boutons dont l'un est introduit dans le canal.

Weber emploie un petit couteau boutonné (fig. 471), qui est très-commode.

Je citerai en dernier lieu le couteau à gaine de Giraud-Teulon composé d'une sonde et d'une lame qui rentre à volonté.

Quel que soit l'instrument employé, il faut diriger l'incision de façon que la fente regarde le globe de l'œil, c'est-à-dire en dedans, et soit baignée dans le sac lacrymal.

Dans le cas où c'est au niveau de l'ouverture des conduits dans le sac qu'existe l'obstruction et où le larmolement persiste après l'opération que je viens de signaler, on peut recourir au petit trocart recommandé par Meyer pour perforer l'oblitération.

Lorsqu'un point lacrymal est complètement oblitéré, on excise

avec des ciseaux la portion de conjonctive où il doit se trouver, et avec une sonde on cherche le canal dans la plaie.

§ 3. **Opérations employées pour la cure de la tumeur et de la fistule lacrymales.** — Les moyens chirurgicaux par lesquels on combat ces deux périodes d'une même maladie sont identiques. En tant que perte de substance, la fistule réclame quelquefois des soins spéciaux que j'indiquerai plus tard.

Les moyens employés pour guérir la tumeur lacrymale rentrent dans les trois catégories suivantes :

- 1° Rétablissement de la voie naturelle des larmes;
- 2° Création d'une voie artificielle;
- 3° Destruction de l'appareil lacrymal.

1° RÉTABLISSEMENT DE LA VOIE NATURELLE DES LARMES.

La première méthode compte de très-nombreux procédés (je ne citerai que pour mémoire la compression du sac).

Ces procédés peuvent se ranger sous les chefs suivants :

- A. Injection et cathétérisme;
- B. Dilatation par les voies naturelles;
- C. Dilatation par une ouverture artificielle;
- D. Section du rétrécissement;
- E. Cautérisation.

A. *Injection et cathétérisme.* — A l'aide de sa seringue, pourvue d'une canule propre à s'engager dans les conduits lacrymaux, Anel injectait de l'eau tiède par le point lacrymal inférieur. Si le liquide ne pénétrait pas dans les fosses nasales, il introduisait un petit stylet par le point lacrymal supérieur et le faisait arriver dans les fosses nasales; il revenait alors à l'injection.

Je rapprocherai de la façon d'agir d'Anel, bien qu'elle en diffère notablement sous certains rapports, celle de Boinet qui injecte de la teinture d'iode dans le sac lacrymal.

Verneuil emploie aussi l'injection iodée, mais il le fait en perforant la paroi antéro-externe du sac avec la canule-trocart de la seringue de Pravaz. Il est bon d'employer de la teinture d'iode étendue d'eau.

B. *Dilatation par les voies naturelles.* — a. *Par les conduits lacrymaux.* — Méjan introduisait, par le point lacrymal supérieur, un fin stylet aiguillé muni d'un fil de soie dans le canal lacrymo-nasal

et jusque dans les fosses nasales. L'extrémité inférieure du stylet était saisie avec tel ou tel instrument (on en a inventé plusieurs pour cet usage), on le retirait et on laissait en place le fil dont un des chefs sortait par le nez, l'autre par le point lacrymal. Ce fil servait à introduire de bas en haut dans le canal nasal des mèches dilatatrices.

b. *Par le canal nasal.* — Ce procédé a été mis en usage par Laforest et Allouel.

Laforest commençait par introduire un cathéter plein, courbé en arc, et dont le pavillon était muni d'un anneau latéral. Le malade étant assis, la tête un peu renversée et maintenue par un aide, le chirurgien cherchait à introduire la sonde en engageant la pointe sous le cornet inférieur, la concavité regardant en haut et le pavillon porté en bas. La sonde ayant pénétré dans le sac et faisant alors saillie par son bec au niveau de l'angle interne de l'œil était fixée à l'aide de rubans passés dans l'anneau dont elle était pourvue. Au bout de quelques jours, la sonde pleine était remplacée par une sonde creuse, qui permettait de faire des injections, et qui était aussi laissée en place.

Gensoul a fait subir à la sonde une modification importante en courbant davantage l'extrémité nasale, la raccourcissant, et lui donnant en outre une courbure latérale dont la convexité regarde en dehors quand l'instrument est en place. Il faut, par conséquent, une sonde spéciale pour chaque côté.

On introduit l'instrument de la façon suivante, en se servant de la main gauche pour le côté droit et *vice versa*, et le tenant comme une plume à écrire : la convexité de la courbure est dirigée en haut, la concavité en bas, le bec appuyé sur le plancher des fosses nasales. Lorsque la sonde a pénétré à trois ou quatre centimètres de profondeur, on lui imprime un mouvement de rotation sur son axe, de façon que le bec se dirige de bas en haut. Il est alors dans le méat inférieur.

On fait ensuite exécuter à l'instrument des mouvements de va-et-vient en avant et en arrière, jusqu'à ce que le bec soit engagé dans le canal nasal, ce qu'on reconnaît à ce qu'il est fixé. Il ne reste plus qu'à abaisser le pavillon, en le rapprochant de la ligne médiane.

On peut laisser la sonde en place et s'en servir pour faire des injections et même des cautérisations.

Verpillat, Pirondi ont fait fabriquer des sondes de gomme élastique moins irritantes que celles en métal,

C. Dilatation par une ouverture artificielle. — a. Ouverture du sac lacrymal (fig. 172). — C'est J.-L. Petit qui est l'inventeur de cette méthode qui, pendant longtemps, a été une des plus employées. J.-L. Petit coupait couche par couche la paroi antéro-externe du sac.

Aujourd'hui on procède de la façon suivante : le malade est assis, la tête maintenue par un aide qui attire les paupières en dehors en appliquant son indicateur sur la commissure externe. Le chirurgien (je suppose qu'il opère sur l'œil gauche) place son index gauche sur le bord inférieur de la paupière pour la tendre et marquer avec son ongle la partie antérieure de l'orifice supérieur du canal nasal. Cela fait, il enfonce le bistouri, un petit bistouri droit, dans le

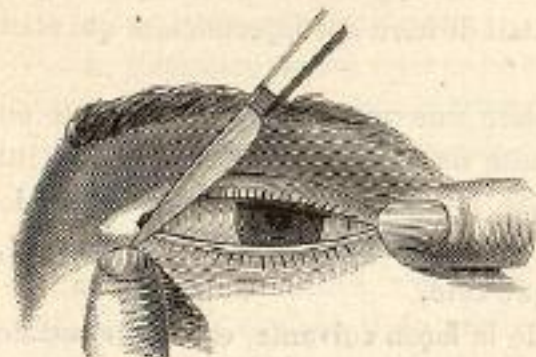


Fig. 172. — Ouverture du sac lacrymal.

sac lacrymal à deux ou trois millimètres au-dessous du tendon de l'orbiculaire, la pointe en bas, le dos de la lame regardant le nez, et l'axe de l'instrument faisant avec le sourcil un angle de quarante-cinq degrés environ à sinus externe. Lorsque la pointe a pénétré dans le sac, l'opérateur redresse ver-

ticalement le bistouri et l'enfonce dans le canal nasal, sans toutefois le faire pénétrer très-avant.

Quand on opère sur l'œil droit, il faut tenir le bistouri de la main gauche, ou bien, si l'on n'est pas ambidextre, se placer derrière le malade.

J.-L. Petit lorsqu'il avait ouvert le sac et pénétré dans le canal nasal avec son bistouri dont la lame présentait une rainure, faisait glisser sur cette rainure une bougie qu'il laissait à demeure, et qu'il renouvelait tous les jours ou tous les deux jours pendant un mois.

ticalement le bistouri et l'enfonce dans le canal nasal, sans toutefois le faire pénétrer très-avant.

Afin d'éviter la cicatrice de l'incision faite sur la peau, Pouteau pénétrait dans le sac par la face interne de la paupière.

Pour dilater le canal, on a eu recours à des moyens divers, parmi lesquels je ne mentionnerai que ceux qui sont restés dans la pratique.

Scarpa, après avoir détergé le canal nasal par l'introduction de mèches enduites d'une pommade irritante, y enfonçait un clou en plomb terminé par une extrémité supérieure aplatie et disposée de façon à s'accommoder à la configuration de l'angle interne de l'œil. Il retirait le clou de temps en temps, faisait une injection dans le canal et remettait le clou. Il ne cessait le traitement que quand le clou, lorsqu'on le retirait, n'était plus couvert de matière purulente.

Richet se sert d'un clou, mais il l'a fait munir d'une rainure suivant la longueur pour laisser couler les larmes (fig. 173).

Dupuytren a, sinon inventé, du moins vulgarisé la canule placée à demeure dans le canal nasal. La canule de Dupuytren (fig. 174) se



Fig. 173. — Clou de Richet.

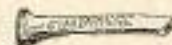


Fig. 174. — Canule de Dupuytren.

termine à la partie supérieure par un bourrelet destiné à l'empêcher de descendre. On se servait autrefois pour l'introduire d'un mandrin (fig. 175) coudé présentant un épaulement destiné à fixer la canule.

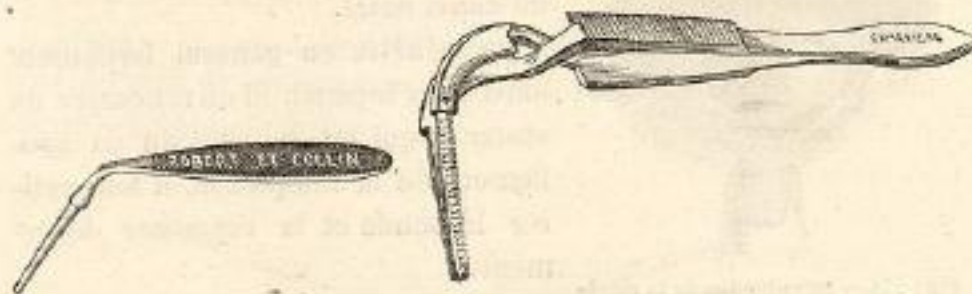


Fig. 175. — Mandrin de Dupuytren. Fig. 176. — Pince de Charrière pour extraire la canule.

On emploie maintenant un mandrin formé d'une pince croisée à branches recourbées (fig. 176). On s'assure que la canule est bien

dans le canal nasal, en faisant moucher le malade; il sort alors du sang mêlé d'air par la plaie du sac lacrymal.

b. *Dilatation par les conduits lacrymaux. — Méthode de Bowman*



Fig. 177. — Sondes de Bowman.

(fig. 177, 178). — On fend le conduit lacrymal inférieur, comme je l'ai indiqué plus haut, et on vide le sac lacrymal en le comprimant. On introduit alors dans le canal nasal par le conduit lacrymal incisé une sonde de Bowman (fig. 177). Ces sondes de calibre gradué depuis la grosseur d'un crin très-fort jusqu'au diamètre d'un millimètre sont en argent, et on peut les courber à volonté.

Voici comment on introduit la sonde : les paupières étant tirées

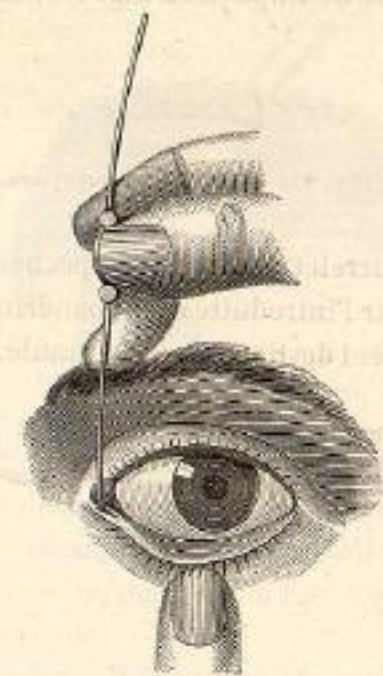


Fig. 178. — Introduction de la sonde de Bowman.

en dehors, le chirurgien enfonce doucement la sonde dans le conduit lacrymal incisé en la dirigeant en dedans et un peu en haut. Il avance jusqu'à ce qu'il sente une résistance qui est celle de la paroi interne du sac, et fait alors basculer l'extrémité libre de la sonde de bas en haut et de dehors en dedans, jusqu'à ce que l'instrument se trouve dans la direction du canal nasal.

On pénètre en général facilement ainsi dans le canal. Si on rencontre un obstacle qui est souvent dû au gonflement de la muqueuse, il faut retirer la sonde et la repousser doucement.

La sonde introduite dans le canal est poussée de haut en bas, jusqu'à ce qu'elle ait pénétré dans les fosses nasales. Quand on ne peut du premier coup franchir le canal, il vaut mieux remettre l'opération

au lendemain. On ne doit jamais user de violence. On commence avec une sonde du n° 2 ou 3 (voire même n° 1), et on introduit des numéros successivement croissants, jusqu'à ce que le canal ait recouvré son calibre normal.

On revient tous les deux jours au cathétérisme, tous les jours au besoin, et chaque fois on laisse la sonde en place pendant un quart d'heure à une demi-heure. Cela dure plusieurs semaines.

Chez les malades qu'on ne peut avoir tous les jours sous la main, on peut introduire et laisser plusieurs jours en place une petite sonde à bout olivaire, dont l'autre extrémité recourbée à angle droit se place dans le conduit lacrymal inférieur.

On peut aider au traitement en faisant des injections par le conduit lacrymal incisé. On a préconisé dans ce but des solutions de sulfate de cuivre, de potasse caustique, d'hyposulfite de soude; certains chirurgiens préfèrent la teinture d'iode étendue.

Quelques ophthalmologistes, entre autres Warlomont, se servent pour pratiquer ces injections d'une seringue pourvue d'une canule assez longue. On introduit d'abord dans le canal nasal la canule sur laquelle on adapte ensuite la seringue, et enfin on retire graduellement l'instrument en même temps qu'on abaisse peu à peu le piston.

Weber incise le conduit lacrymal supérieur et non l'inférieur, et cette conduite est préférable, car en somme le point lacrymal inférieur contribue plus à l'absorption des larmes que le supérieur, et l'absorption se fait mieux par un conduit normal que par un conduit incisé.

Il pratique en outre le débridement du ligament palpébral interne, à l'aide de son couteau introduit par le conduit lacrymal supérieur largement incisé.



Fig. 179. — Sonde de Weber.

Weber se sert pour pratiquer le cathétérisme de bougies élastiques de forme conique et beaucoup plus grosses que les sondes



de Bowman. Au début, si les bougies ne peuvent passer, il force le passage avec une sonde en argent (fig. 179).

D. *Section du rétrécissement.* — Avec un scalpel étroit, recourbé en serpette à son extrémité et introduit dans le canal nasal, Gerdy divisait l'os unguis au niveau de son bord antérieur et de son bord postérieur. A l'aide de mèches, il maintenait ensuite écartées les parois du canal.

Stilling a recommandé les sections multiples du rétrécissement qu'il pratique à l'aide d'un petit couteau à pointe mousse in-

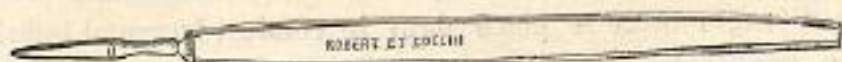


Fig. 180. — Couteau de Stilling.

troduit dans le canal nasal à travers le conduit lacrymal incisé. Il a renoncé au cathétérisme pratiqué après la section du rétrécissement. Certains chirurgiens, entre autres Jœsche de Moscou, font suivre cette dernière de la dilatation.

E. *CAUTÉRISATION.* — a. *De haut en bas.* — Après l'ouverture du sac, Harveng cautérisait le canal nasal avec un petit cautère actuel ou une mèche enduite de nitrate d'argent. Deslandes se servait d'un mandrin cannelé et armé de nitrate d'argent. On se sert généralement d'un porte-caustique formé d'un stylet terminé par une cuvette et contenu dans une sonde. Il est bon de déterminer préalablement le siège du rétrécissement avec une bougie de laminaria introduite dans le canal nasal pour savoir exactement sur quel point il faut porter le caustique.

b. *De bas en haut.* — Gensoul cautérisait de bas en haut le canal nasal avec un cathéter muni de nitrate d'argent.

2° *CRÉATION D'UNE VOIE ARTIFICIELLE.* — A. *Perforation de l'os unguis.* — Woolhouse a remis en honneur cette méthode employée par les anciens et consistant à perforer l'os unguis pour ouvrir aux larmes un passage dans les fosses nasales. Il ouvrait le sac lacrymal par une incision en demi-lune, comprenant le tendon de l'orbiculaire, mettait à nu l'os unguis, et, vingt-quatre ou quarante-huit heures après, le perforait avec une tige pointue.

Pour empêcher la cicatrisation de cet orifice, il y plaçait d'a-

bord une mèche, puis une canule d'or étranglée au milieu et qu'il laissait à demeure.

D'autres chirurgiens ont respecté dans leur incision le tendon de l'orbiculaire. Pour perforer l'os unguis, St-Yves avait recours au cautère actuel, Monro à un trocart, Hunter à un emporte-pièce. Heybard et Foltz (fig. 181) se sont servis d'un emporte-pièce.

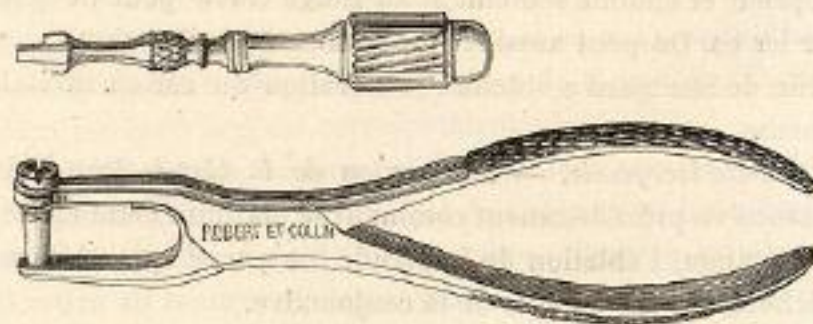


Fig. 181. — Emporte-pièce de Foltz.

Dupuytren a mis en pratique un procédé imaginé par Wathen et consistant à tarauder, avec une espèce de petit trépan, l'os maxillaire dans la direction du conduit nasal.

B. *Perforation du sinus maxillaire.* — Laugier, après avoir ouvert le sac d'un coup de bistouri, introduisait un petit trocart dans la partie supérieure du canal nasal, en inclinait la pointe en dehors vers le sinus maxillaire, perçait la paroi du canal et établissait ainsi la communication avec le sinus, espérant que les larmes passeraient du sinus dans les fosses nasales.

3° *DESTRUCTION DE L'APPAREIL LACRYMAL.* — A. *Points et conduits lacrymaux.* — Certains chirurgiens ont agi sur les points lacrymaux qu'ils ont cautérisés avec des caustiques ou le fer rouge, ou bien qu'ils ont excisés (Velpeau), afin d'en obtenir l'oblitération.

B. *Sac lacrymal.* — Mais c'est surtout le sac lacrymal qu'on a cherché à oblitérer.

Nannoni, après avoir ouvert le sac, y plaçait une boulette de charpie enduite d'une pommade à l'alun et au précipité rouge. Il cautérisait en outre avec le nitrate d'argent. Delpech introduisait dans le sac un fragment de nitrate d'argent.

Magne ouvrait et vidait le sac lacrymal, écartait les bords de la plaie à l'aide d'un petit spéculum spécial qu'il confiait à un aide,

puis il introduisait et laissait à demeure un petit morceau de pâte de Canquoin n° 2.

Manfredi, qui a modifié le spéculum de Magne, de façon à protéger la peau plus efficacement, se sert du beurre d'antimoine. Delgado de Madrid a imaginé un spéculum auquel est adapté un porte-caustique. Desmarres emploie un cautère actuel de forme appropriée et chauffé seulement au rouge cerise pour ne pas nécroser les os. On peut aussi recourir au cautère électrique.

Berlin de Stuttgart a obtenu l'oblitération du sac en excisant la muqueuse.

*C. Glande lacrymale. — Extirpation de la glande lacrymale.* — Nous avons vu précédemment comment se pratique cette opération. Chose étrange, l'ablation de la glande ne paraît pas déterminer de sécheresse bien notable de la conjonctive.

Des méthodes que je viens de passer en revue pour la cure des tumeurs lacrymales, il en est deux qui priment les autres : c'est le rétablissement des voies lacrymales et l'oblitération de ces voies.

Pour le rétablissement des voies lacrymales, le procédé de Bowman a fait abandonner celui d'Anel, de Laforest, de Dupuytren dont la canule susceptible de s'obstruer, de se déplacer, exerçait souvent une influence irritante sur les parties avec lesquelles elle était en contact.

C'est en somme à la méthode de Bowman qu'ont recours les ophthalmologistes, et ce n'est que dans les cas bien rares où elle échoue, dans les cas où les débridements de Stilling ne procurent pas non plus la guérison, ce n'est, dis-je, que dans ces cas-là qu'il est permis de songer à une autre méthode. Celle à laquelle il faut alors avoir recours, ce n'est ni la création d'une voie nouvelle pour les larmes, ni l'ablation de la glande, mais bien la destruction du sac lacrymal, et le procédé de Magne est ici celui qui me paraît le meilleur.

**§ 4. Opérations destinées à oblitérer la fistule persistant après le rétablissement des voies naturelles.** — Dans les cas où il existe une fistule lacrymale et où le rétablissement des voies naturelles aidé de la compression, de pansements appropriés et au besoin de l'excision des bords amincis, ne suffit pas, on doit avoir recours à une petite opération. On a proposé d'exciser les bords de la fistule de façon à lui donner la forme d'une

ellipse terminée en angle aux deux extrémités de son grand diamètre verticalement dirigé, de disséquer la peau tout autour et de réunir par la suture.

Dieffenbach a modifié ce procédé de la façon suivante : à une certaine distance de la lèvre interne de l'ellipse, il fait, du côté du nez, une incision de même longueur et de même direction. Il détache des parties profondes la peau comprise entre ces deux incisions, en la laissant adhérente en haut et en bas ; cette dissection donne un lambeau en pont, qui permet de rapprocher facilement les deux bords de la plaie correspondant à la fistule.

Pour empêcher le lambeau d'être soulevé par les liquides du sac, ce chirurgien passe au-dessous de ce lambeau un mince fil de plomb qui pénètre dans le sac et jusque dans le canal nasal, et qu'il retire au bout de quelques jours.

### ARTICLE III

#### OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LA CONJONCTIVE.

La scarification de la conjonctive ne me paraît pas mériter une description spéciale, pas plus que l'excision des granulations, qui n'est du reste applicable qu'aux granulations saillantes et isolées. L'excision de la conjonctive, qu'on enlève la conjonctive bulbaire ou la conjonctive rétro-tarsienne pour combattre les granulations, me semble une opération d'un succès bien douteux.

**§ 1. Section, excision, cautérisation des vaisseaux.** — Dans les cas de pannus très-développé de la cornée, on peut employer la section, l'excision, la cautérisation des vaisseaux conjonctivaux et sous-conjonctivaux dans le point où ils vont passer sur la cornée.

La section se fait à l'aide d'un scarificateur, l'excision avec une pince à griffes et des ciseaux. Furnari excise tout autour de la cornée la conjonctive et le tissu sous-conjonctival sur une bande de trois millimètres de large.

On peut cautériser les vaisseaux avec la pointe d'un crayon de nitrate d'argent bien pointu.

Sanson avait fait fabriquer un anneau d'un diamètre un peu plus grand que celui de la cornée, supporté par un manche et

pourvu d'une rigole qu'il garnissait de nitrate d'argent. Il pouvait ainsi cautériser d'un seul coup tous les vaisseaux péricératiques.

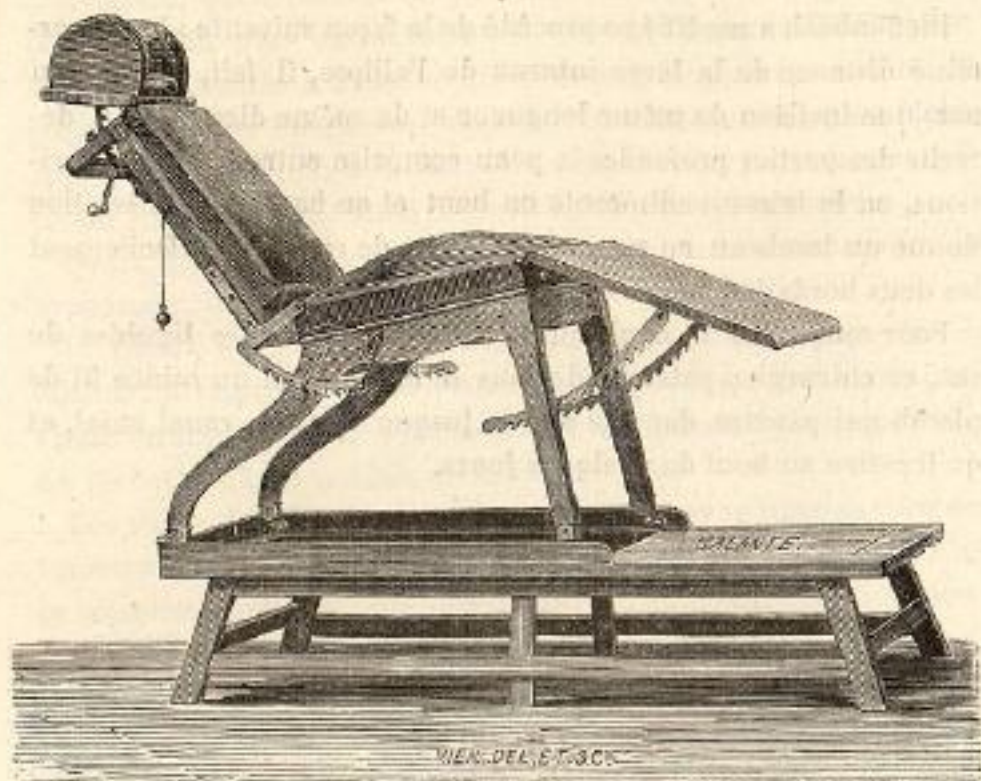


Fig. 182 — Fauteuil de Calante pour les opérations faites sur les yeux.

§ 2. **Ptérygion.** — On peut traiter le ptérygion par l'excision, la transplantation, la ligature.

Quel que soit le procédé que l'on emploie, il est bon de main-



Fig. 183. — Pince à fixation de Waldau.

tenir les paupières avec un blépharostat ou avec des écarteurs tenus par un aide.

L'œil est fixé avec une pince de Waldau (à griffe et à pression), que l'on confie à un aide.

A. **Excision.** — Je commencerai par établir qu'il n'est pas néces-

saire de faire l'excision au delà d'une distance de quatre millimètres du bord de la cornée. Cette excision peut se pratiquer avec un couteau à cataracte ou des ciseaux. Quand on se sert du couteau à cataracte, on soulève la tumeur avec des pinces ou un fil passé à travers. On introduit au-dessous et à plat le couteau à cataracte, le tranchant tourné vers la cornée, et, le dirigeant vers cette membrane, on enlève la portion de ptérygion qui lui correspond; puis on détache le bord du ptérygion à la distance que j'ai indiquée. Si l'on se sert des ciseaux, on commence l'excision par la pointe du ptérygion, et on va du centre à la périphérie. Quel que soit l'instrument employé, l'excision faite, on réunit par la suture les bords de la plaie conjonctivale, après les avoir un peu mobilisés par la dissection.

Pagenstecher détachait le ptérygion comme ci-dessus, réunissait la plaie conjonctivale, mais laissait le ptérygion adhérent par sa base, sans l'exciser. Il ne tarde pas à s'atrophier.

B. **Transplantation** (Desmarres). — Le ptérygion détaché de la cornée, ainsi que de la partie péricératique de la sclérotique, et n'étant plus adhérent que par sa base, l'opérateur fait à environ quatre millimètres de la cornée une incision partant du bord inférieur de la plaie conjonctivale produite par l'excision du ptérygion, incision longue de six à huit millimètres et parallèle au bord de la cornée. Les deux lèvres de l'incision s'écartent spontanément, et le ptérygion est logé dans cet écartement; on réunit ensuite les bords de la plaie au-dessus du ptérygion, à l'aide de quelques points de suture.

C. **Ligature** (Szokalski) (fig. 184, 185). — Le chirurgien prend un fil

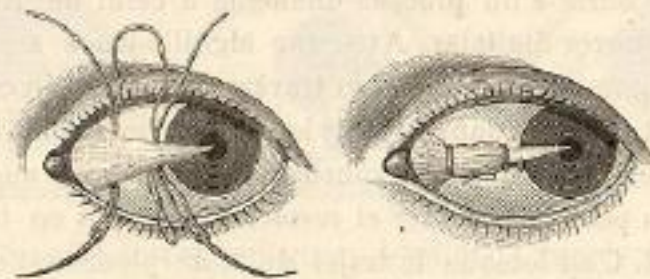


Fig. 184 et 185. — Ligature du ptérygion (Szokalski).

sur lequel sont enfilées deux aiguilles courbes et les fait passer toutes deux au-dessous du ptérygion, l'une près de la cornée, l'autre près de

l'angle de l'œil. Il coupe les deux chefs du fil sur un point rapproché des aiguilles qu'il retire. Il a ainsi trois ligatures : deux extrêmes qui étranglent le ptérygion perpendiculairement à sa longueur, et celle du milieu étreignant les insertions scléroticales de la tumeur. Au bout de quatre jours, on peut enlever les portions étranglées.

L'excision et la ligature sont plus simples et tout aussi efficaces que le procédé de Desmarres.

§ 3. **Symlépharon.** — Le symlépharon est constitué par l'adhérence de la conjonctive bulbaire et de la conjonctive palpébrale.

Les procédés opératoires destinés à remédier à cet état doivent varier suivant l'étendue de la bride qui unit la paupière à l'œil.

Je ne parlerai pas de la section de la bride faite avec un bistouri ou des ciseaux, suivie d'applications dessiccatives ou de l'interposition d'un corps étranger (œil artificiel, coque d'ivoire ramolli) ; ces moyens sont d'une efficacité plus que douteuse.

A. *Ligature.* — Pour les brides peu étendues et incomplètes, c'est-à-dire n'allant pas jusqu'au cul-de-sac conjonctival, il suffit d'une simple ligature avec un fil de soie, d'argent ou de plomb. On peut, pour les adhérences un peu plus larges, se servir d'une double ligature dont chaque portion étreint la moitié de la bride. La section une fois opérée par la ligature, on excise la portion de la bride fixée à l'œil, et quand la plaie bulbaire est entièrement cicatrisée, on resèque la portion palpébrale de l'adhérence.

Dans les cas de symlépharon complet, c'est-à-dire s'étendant jusqu'au cul-de-sac conjonctival, on peut, à l'exemple de Brulé, de Dijon, recourir à un procédé analogue à celui de Rudtorffer pour les palmures digitales. Avec une aiguille-lance armée d'un fil de plomb, on perce la bride en travers au niveau du cul-de-sac palpébral, et on laisse dans la plaie le fil de plomb dont les deux extrémités ressortent et sont recourbées au niveau des angles palpébraux. On peut aussi nouer et resserrer de temps en temps les bouts du fil. C'est lorsque le trajet du fil de plomb est cicatrisé, qu'il faut diviser l'adhérence.

B. *Procédé de Arlt.* — Un aide écartant la paupière du globe de l'œil, on passe un fil de soie à travers la partie du symlépharon la plus rapprochée de la cornée, et ensuite on sépare le symlépharon

du globe oculaire jusqu'à la partie inférieure. Chaque extrémité du fil est alors armée d'une aiguille qui vient traverser la paupière de dedans en dehors, au voisinage de son bord orbitaire. Les extrémités du fil sont tirées et nouées du côté de la peau, et les tissus qui constituaient l'adhérence sont maintenus déprimés au fond du cul-de-sac oculo-palpébral. On réunit par la suture la plaie de la conjonctive, et, lorsqu'elle est cicatrisée, on excise le petit lambeau qui formait le symlépharon.

C. *Autoplastie.* — Ammon a employé un procédé qui tient de la blépharoplastie.

Il circonscrit entre deux incisions réunies en V, à base dirigée vers le bord libre, la portion adhérente de la paupière, et, laissant la bride adhérente à l'œil, il réunit par la suture entortillée les deux bords de la section palpébrale. La réunion consolidée, il excise la bride.

On peut faire l'inverse, c'est-à-dire circonscire et disséquer par une section en forme de V, l'implantation sur l'œil de la bride que l'on laisse adhérente à la paupière. On réunit ensuite les bords de la plaie conjonctivale, après avoir favorisé leur mobilisation par des incisions parallèles à la circonférence de la cornée.

L'opération d'Ammon et celle que je viens de décrire sont applicables au symlépharon complet, mais peu étendu. C'est au symlépharon plus étendu que Teale a cherché à remédier par le procédé suivant, dans lequel il pratique une transplantation de la conjonctive bulbaire : il commence par faire sur la paupière adhé-

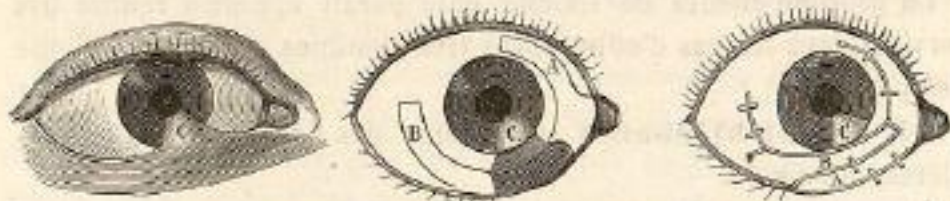


Fig. 186, 187, 188. — Symlépharon. Procédé de Teale.

rente une incision correspondant au bord de la cornée et divisant dans toute son épaisseur la bride qu'il détache ensuite entièrement de la conjonctive bulbaire. Il reste ainsi à la surface de la sclérotique une perte de substance de la conjonctive.

Pour la combler, Teale prend sur la conjonctive oculaire (fig. 186,

187, 188), deux lambeaux A et B disposés de façon que leur base confronte à la perte de substance et que leur sommet soit placé en dedans pour l'un, en dehors pour l'autre. Les lambeaux disséqués sont renversés et appliqués sur la perte de substance, l'un à la partie supérieure, l'autre à l'inférieure, et maintenus par des points de suture. L'opérateur rapproche ensuite par la suture les bords des plaies laissées par la migration des lambeaux. Ces lambeaux doivent comprendre la conjonctive, mais non le tissu sous-conjonctival.

La portion de bride laissée adhérente à la cornée s'atrophie au bout de quelque temps.

Teale rapporte un certain nombre de cas de succès obtenus par ce procédé, très-ingénieux sans doute, mais un peu compliqué.

Pour les cas de symblépharon complet où des adhérences anormales unissent une moitié du globe oculaire à la paupière correspondante, Ledentu a imaginé le procédé suivant : il commence par diviser les adhérences jusqu'au point où doit exister normalement le cul-de-sac conjonctival. Cela fait, il taille un lambeau en pont aux dépens de la conjonctive qui recouvre la portion saine du globe oculaire (la portion supérieure si le symblépharon siège en bas) ; ce lambeau, complètement séparé du globe par sa face profonde, reste adhérent par ses deux extrémités. On le fait passer par-dessus la cornée, et on le fixe sur la surface avivée du globe oculaire primitivement adhérente à la face postérieure de la paupière.

Le lambeau ainsi mobilisé doit avoir au moins huit millimètres de largeur. Il est maintenu par des points de suture.

Ce procédé encore de fraîche date paraît appelé à rendre des services dans les cas d'adhérences très-étendues du globe et d'une des paupières.

§ 4. **Ankyloblépharon** (adhérence des bords libres des paupières entre eux).

Plus ou moins étendu, l'ankyloblépharon est traité par la section des adhérences avec le bistouri ou les ciseaux. On peut, pour plus de sûreté, passer une sonde cannelée entre l'adhérence et l'œil, avant de la diviser. Mais la section simple ne suffit pas ; il faut ensuite s'opposer à la reproduction des adhérences. On a eu recours, dans ce but, à l'interposition de corps étrangers, à des applications de collodion, à des cautérisations avec le nitrate d'argent

faites sur une seule paupière ; ce qu'il y a encore de plus sûr, surtout quand l'ankyloblépharon avoisine une des commissures, c'est la suture de la peau et de la conjonctive suffisamment disséquée et renversée en dehors.

La réunion est facile à obtenir et prévient sûrement la récurrence.

#### ARTICLE IV

##### OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LES MUSCLES DE L'ŒIL.

§ 1. **Strabotomie ou opération du strabisme** (fig. 189, 190, 191, 192). — Le strabisme est, on le sait, le défaut de concordance dans les mouvements des deux yeux qui fait que les axes optiques ne s'entrecroisent pas au niveau du point regardé. Je n'ai à m'occuper ici que des strabismes d'origine musculaire ; on en distingue deux, l'un dû à la prépondérance d'action d'un muscle suivie de raccourcissement, sans perte de la faculté motrice (et la preuve, c'est que l'œil qui louche se redresse quand l'autre est fermé), et l'autre qui est l'effet d'un défaut de motilité, d'une paralysie ou d'une parésie musculaire. Le premier est le strabisme concomitant, le second le strabisme paralytique.

Je ne parlerai pas ici du traitement orthopédique ou plutôt gymnastique du strabisme, mais seulement du traitement opératoire. Avant d'entrer en matière, il ne sera pas, je crois, hors de propos de rappeler sommairement la disposition de l'aponévrose orbitaire et des muscles de l'œil.

L'aponévrose orbitaire, émanation du périoste de l'orbite avec lequel elle se continue au niveau de la base de cette cavité, tapisse d'abord la face postérieure des ligaments suspenseurs des paupières, de la conjonctive, puis la partie du globe oculaire qui est en arrière de la conjonctive. Arrivée sur le nerf optique, l'aponévrose se confond avec son névrlème. Au niveau des extrémités des diamètres transverse et vertical de la base de l'orbite, surtout du transverse, elle présente un épaississement notable. En somme, recevant l'œil dans sa concavité, l'aponévrose partage l'orbite en deux parties, l'antérieure ou oculaire, la postérieure ou rétro-oculaire. Elle est traversée par chacun des muscles de l'œil qui,

au moment où ils la pénètrent, en reçoivent une gaine celluleuse qui recouvre leur partie postérieure.

Les muscles de l'œil, au nombre de six, quatre droits et trois obliques, s'insèrent tous au voisinage du sommet de l'orbite, sauf le petit oblique qui s'attache à la partie antérieure du plancher de cette cavité. En avant ils vont se fixer sur la sclérotique, mais les muscles droits ont en outre une insertion orbitaire ; dans le point en effet où ils perforent la capsule, ils se divisent en deux parties : l'une scléroticale sur laquelle nous allons revenir, et l'autre orbitaire. Cette dernière correspond aux épaisissements de la capsule que j'ai signalés au niveau des diamètres transverse et vertical de la base de l'orbite.

L'insertion des muscles droits sur la sclérotique se fait sur les points correspondants aux extrémités des diamètres transverse et vertical du globe oculaire, à une distance de la cornée variable pour chacun d'eux. Voici ces distances d'après Sappey :

Le droit interne s'insère à cinq ou six millimètres en arrière de la cornée.

Le droit inférieur à six ou sept,

Le droit externe à sept ou huit,

Le droit supérieur à huit ou neuf.

Le grand oblique s'insère à la partie postérieure et externe du globe oculaire, et le petit oblique au-dessous de l'attache du précédent.

Le strabisme est dit convergent quand l'œil est porté en dedans, divergent lorsqu'il est porté en dehors. Le strabisme convergent est de beaucoup le plus fréquent.

L'opération du strabisme ou strabotomie consiste à sectionner à son insertion sur la sclérotique le tendon du muscle dont on veut affaiblir l'action, diminution d'action qui résulte de l'insertion du tendon divisé sur une partie plus reculée de la sclérotique.

Avant d'opérer, il faut mesurer de combien de millimètres est le strabisme, c'est-à-dire le déplacement du centre de la cornée dans le sens dans lequel l'œil est dévié ; on se sert pour cela d'un des strabomètres en usage. Celui de Laurence est le plus simple.

Nous verrons plus tard l'utilité de cette mensuration.

J'en viens maintenant à l'opération, et je la suppose pratiquée

pour un strabisme convergent ; c'est donc le muscle droit interne qu'il faut sectionner. Le chirurgien doit avoir à sa disposition

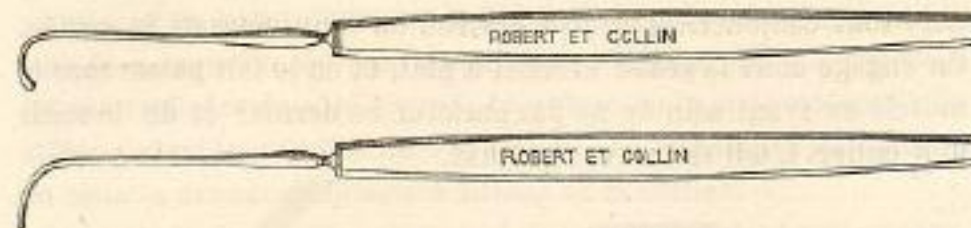


Fig. 189. — Crochets à strabisme.

deux écarteurs des paupières ou mieux un blépharostat, une pince à fixation de Waldau, une autre pince, deux crochets à strabisme (fig. 189) de grandeur différente, des ciseaux courbes à pointe mousse (fig. 190) et enfin une aiguille fine enfilée d'un fil de soie, pour le cas où il faudrait faire la suture de la conjonctive.



Fig. 190. — Ciseaux courbes à pointe mousse.

Si l'on a affaire à un enfant, il est prudent de le chloroformer.

Le patient étant couché et les paupières écartées par le blépharostat, le chirurgien se place en face de lui pour l'œil gauche, derrière pour l'œil droit. Des aides maintiennent l'opéré ; au besoin l'un d'eux fixe l'œil avec la pince de Waldau appliquée du côté opposé au muscle que l'on va couper.

On commence par diviser la conjonctive (fig. 191). Pour cela, le chirurgien saisit avec la pince un petit pli de cette membrane tout près du bord interne de la cornée. Quelques opérateurs soulèvent en outre avec une autre pince l'extrémité du pli voisin de la caroncule, et confient ensuite une des pinces à un aide, mais en somme il suffit de former le pli près de la cornée, avec une seule pince ; ce pli est divisé perpendiculairement à sa direction, c'est-à-dire verticalement, en dedans de la pince, avec les ciseaux courbes dirigés

de façon que leur pointe mousse regarde l'angle interne de l'œil, et leur concavité le globe oculaire.

A l'aide des ciseaux introduits dans l'ouverture, on débride le tissu sous-conjonctival jusqu'à environ un centimètre de la cornée. On engage alors le grand crochet à plat, et on le fait passer sous le muscle en ayant soin de ne pas perforer ce dernier et de le saisir tout entier. L'œil se trouve ainsi fixé.

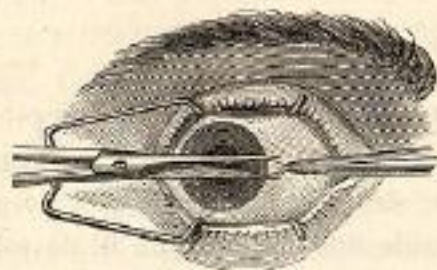


Fig. 191. — Opération du strabisme, section de la conjonctive.

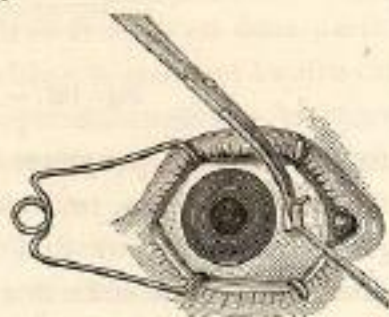


Fig. 192. — Opération du strabisme, section du tendon.

Le chirurgien saisit le crochet de la main gauche et le tient de telle façon que la convexité de sa courbure soit dirigée vers la cornée. Avec les ciseaux, il divise entièrement le tendon du muscle, le plus près possible de son insertion (fig. 192). Reste encore à s'assurer s'il n'y a pas quelques fibres demeurées intactes; pour ce faire, maintenant béante l'ouverture de la conjonctive avec le crochet qui a servi à soulever le muscle, on en introduit un plus petit, et en le promenant sur la sclérotique, on cherche s'il n'y a pas encore quelques adhérences. Si on en trouve, on les divise.

Pour le droit externe dont l'insertion est, comme nous l'avons vu, plus éloignée que celle du droit interne de la circonférence de la cornée, on incise la conjonctive à deux ou trois millimètres en dehors de cette circonférence.

Quand on pratique la ténotomie des droits supérieur et inférieur, ils est de règle de faire l'incision de la conjonctive très-près de la cornée et de lui donner très-peu d'étendue, ainsi qu'au débridement sous-conjonctival.

Après l'opération, il faut juger de son effet immédiat et, pour cela, constater, d'une part, l'étendue du redressement et, d'autre part, la perte de la mobilité dans le sens du muscle sectionné.

Suivant que le strabisme est plus ou moins prononcé, il est né-

cessaire de modifier l'opération; or, l'effet obtenu varie en raison directe de l'étendue du débridement des adhérences celluluses qui relie le tendon à la sclérotique.

On peut en outre diminuer l'effet de l'opération en engageant le malade à regarder du côté du muscle divisé, et on l'exagère en le faisant regarder du côté opposé. La suture de la plaie conjonctivale atténue aussi le résultat de l'opération, en raison des adhérences du muscle avec la conjonctive autour de la cornée.

Reste à dire un mot maintenant de la manière dont doit se comporter le chirurgien dans les différents degrés du strabisme.

Si la déviation est de moins de trois millimètres, on fera une très-petite incision conjonctivale et un débridement des adhérences celluluses du muscle aussi peu étendu que possible.

Pour un strabisme de trois ou quatre millimètres, l'opération telle que je l'ai décrite est parfaitement de mise, mais quand la déviation est au-dessus de cinq millimètres, il faut, après avoir sectionné le droit interne de l'œil strabique, en faire autant sur l'œil opposé, car la section de ce muscle du côté de l'œil strabique ne suffirait pas pour corriger la déviation.

L'opération terminée, après avoir rafraîchi l'œil avec des compresses mouillées, on applique un bandage légèrement compressif qu'on laisse quelques jours en place, en le réappliquant deux fois dans les vingt-quatre heures.

Les accidents inflammatoires que l'on a vu arriver dans un très-petit nombre de cas, ainsi que l'enfoncement exagéré de la caroncule lacrymale, sont le fait de débridements trop étendus. Il survient quelquefois, après l'opération du strabisme, un petit tubercule fongueux qui se développe au niveau de la plaie de la conjonctive; on le détruit par la cautérisation ou mieux par l'excision.

La ténotomie a été aussi appliquée au strabisme paralytique, à l'asthénopie musculaire. Je ne reviendrai pas sur le manuel opératoire; il est tel que je l'ai décrit. Quant aux indications, ce n'est pas ici le lieu de les discuter.

J. Guérin a préconisé la section sous-conjonctivale des tendons des muscles de l'œil, mais cette méthode qui a l'inconvénient fondamental de ne pas permettre au chirurgien de voir ce qu'il fait, n'a pas passé dans la pratique.