

rapide et ne conserve peut-être quelques bulbes de cils. Desmarres nous paraît arriver au même but à moins de frais.

*Procédé de Desmarres.* — Il prolonge la commissure palpébrale externe par une incision presque horizontale AC, un peu inclinée cependant en bas et en dehors; à l'extrémité externe de cette incision va s'en aboucher une autre CB qui tombe d'autre part sur le bord palpébral, comprenant ainsi un triangle dont la base est formée par une portion du bord palpébral aussi étendue qu'il est nécessaire (fig. 396). Deux autres incisions partant des précédentes divisent la muqueuse en V jusqu'au point où elle se

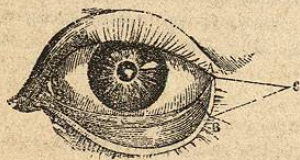


FIG. 396.

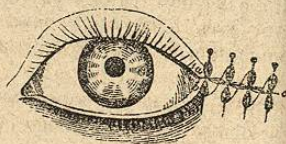


FIG. 397.

Procédé de Desmarres.

replie sur le globe. On enlève le lambeau de muqueuse et de téguments ainsi circonscrit, et l'on réunit la plaie extérieure par la suture entortillée (fig. 397).

Ces procédés s'appliqueraient au besoin à la paupière supérieure; Walther a excisé une portion des deux paupières à la fois, en donnant à cette modification le nom ambitieux de *tar-soraphie*.

4° *Excision des deux bords palpébraux. Procédé de Walther.* — Un individu avait à la tempe gauche une cicatrice avec perte de substance qui tirait en dehors la commissure palpébrale et lui imprimait une forme ronde et irrégulière; les paupières étaient recourbées en dehors et la conjonctive enflammée. Walther comprit la cicatrice entre deux incisions réunies vers la tempe, et qui comprenaient le tiers externe du cartilage tarse de chaque paupière. Deux points de suture réunirent la plaie, et le double ectropion fut complètement guéri.

**SUTURE DES PAUPIÈRES.** — Mirault (d'Angers) paraît avoir eu le premier l'idée ingénieuse de tenir les paupières tendues pendant tout le temps nécessaire pour avoir une cicatrice largement étalée.

*Procédé de Mirault (d'Angers).* — Il l'appliqua d'abord à un ectropion double, consécutif à une brûlure; la paupière supérieure se confondait en haut avec le sourcil, l'inférieure en bas avec la joue. Il excisa les deux bourrelets de la conjonctive; puis, par deux incisions courbes, sépara les paupières du sourcil et de la joue, et, détruisant les adhérences, les ramena dans leur position naturelle; enfin il les réunit ensemble, bord contre bord, par deux points de suture entortillée, qui affrontaient les surfaces excisées de la conjonctive. L'une des épingles tomba le troisième jour, l'autre fut enlevée le cinquième; les deux paupières étaient soudées dans la plus grande partie de leur étendue. Les choses furent laissées en cet état pendant un an; alors les adhérences furent divisées. La paupière supérieure avait repris sa forme et ses dimensions naturelles; l'inférieure était seulement un peu abaissée et écartée, ce qui ne l'empêchait pas de se rapprocher jusqu'au contact de l'autre. Huit ans après le résultat se maintenait encore d'une manière complète.

Mirault a traité de même un ectropion par brûlure de la paupière inférieure, seulement en réunissant les paupières par leur face cutanée; le succès fut presque aussi complet.

Maisonneuve a modifié le procédé en avivant le bord libre des deux paupières, et Huguier a ajouté la précaution de ménager dans cet avivement les cils et le cartilage tarse.

Le plus grave inconvénient de ce procédé est le long temps qu'il faut attendre avant de détruire l'union des paupières. Mirault a attendu un an dans son premier cas, treize mois dans le second; encore dans celui-ci l'ectropion s'est-il reproduit en partie. On évitera cette cause d'insuccès en attendant avec patience que la cicatrice ait perdu sa tendance à la rétraction. Un an, et plus, est nécessaire quand la perte de substance est un peu notable. Toutefois il sera prudent de ne pas appliquer ce procédé à des cicatrices trop étendues et surtout trop profondes. La suture des paupières n'est alors pratiquée que comme un adjuvant des opérations dont quelques-unes, ainsi qu'on vient de le voir, sont de véritables autoplasties; dans ce cas la libération des paupières peut être effectuée beaucoup plus tôt.

## VI. — Blépharoplastie.

Un certain nombre des procédés que nous venons de décrire pour remédier aux inconvénients résultant d'un ectropion sont

de véritables blépharoplasties par glissement. Il nous reste à examiner quelques procédés applicables à la réparation des pertes de substance et qui n'appartiennent pas en propre à la thérapeutique de l'ectropion. Ces procédés sont extrêmement nombreux, car ils se modifient avec les variétés infinies que présentent les pertes de substance qu'il s'agit de combler; je ne décrirai donc que les principaux, qui serviront en quelque sorte

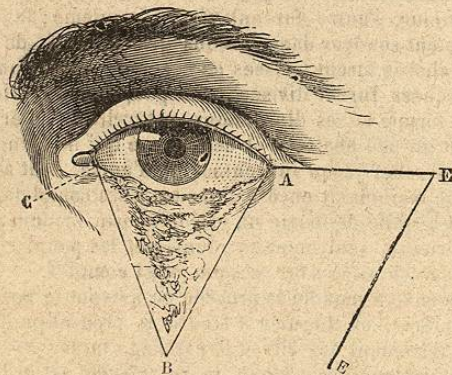


FIG. 398.

Procédé de Dieffenbach.

de types aux blépharoplasties par déplacement, par pivotement ou par échange.

**BLÉPHAROPLASTIE PAR DÉPLACEMENT DU LAMBEAU.** — *Procédé de Dieffenbach.* — On circonscrit la cicatrice ou les tissus à enlever (fig. 398, ABC) par une incision en V dont la base correspond au bord libre de la paupière. On fait ensuite une incision AE dans le prolongement de la base du triangle et de son extrémité externe E, on en fait partir une seconde parallèle à la branche correspondante AB de l'incision en V. On dissèque ce lambeau quadrilatère par sa face profonde et on en recouvre la surface triangulaire avivée: le bord AE formant le nouveau bord libre de la paupière, le bord AB se réunissant au bord CB (fig. 399).

Les lambeaux, complètement détachés jusqu'à leur base, ont

de la tendance à se rétracter et la rétraction que subit le lam-

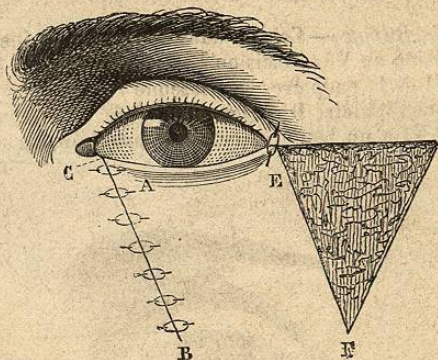


FIG. 399.

Même procédé (réunion).

beau dans ce procédé expose à un abaissement trop considérable

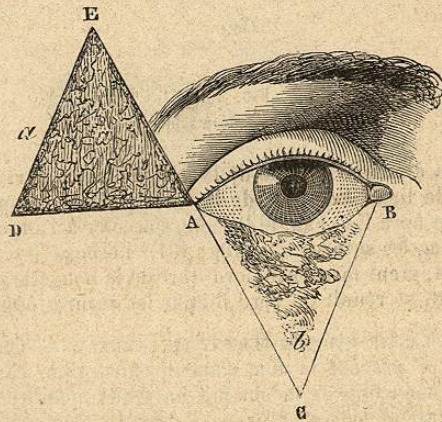


FIG. 400.

Procédé de Burrow.

du bord libre restauré. Afin de contrebalancer cette rétraction

en prenant le lambeau au niveau de la paupière saine et non de la paupière malade, Burow a imaginé le procédé suivant.

*Procédé de Burow.* — Comme dans le procédé de Dieffenbach, on fait l'incision en V et l'incision horizontale externe AD parallèles au bord de la paupière. On dissèque sur sa face profonde le lambeau triangulaire DAC (fig. 400). Puis on circonscrit par les incisions EDA un lambeau cutané triangulaire qu'on enlève.

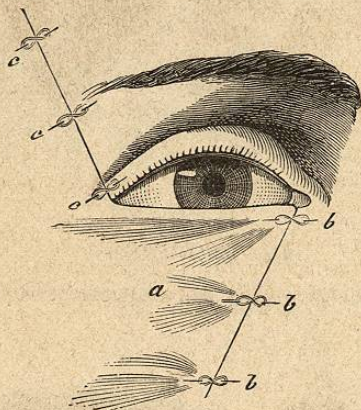


FIG. 401.

Même procédé (réunion).

Cela fait, on dissèque la peau de la tempe dans la partie correspondante à la ligne  $EaD$  afin de la mobiliser; on rapproche le bord  $EaD$  du bord  $EA$ , l'angle  $D$  vient s'accoler à l'angle  $A$  et on les réunit par les sutures  $ccc$  (fig. 401). Le bord  $DA$ , base du triangle  $DEA$ , vient former le bord libre de la nouvelle paupière, et le bord  $AC$  se réunit au bord  $BC$  par les sutures  $bbb$ .

**BLÉPHAROPLASTIE PAR PIVOTEMENT DU LAMBEAU.** — On ne peut rattacher à ce procédé le nom d'aucun chirurgien, car il a été appliqué de beaucoup de façons par un grand nombre d'opérateurs. Ce procédé consiste à prendre dans les régions voisines, sur la tempe, sur le front, sur la pommette (fig. 402, 403), un lambeau qu'on incline, qu'on fait pivoter sur sa base pour l'amener au niveau de la perte de substance qu'il s'agit de combler.

**BLÉPHAROPLASTIE PAR ÉCHANGE.** — *Procédé de Dénonvillers.* Dans un cas où il fallait remonter l'angle externe de l'œil et le sourcil très abaissés par une cicatrice, Dénonvillers a eu recours au procédé suivant. Il circonscrit par les trois incisions  $AB$  —

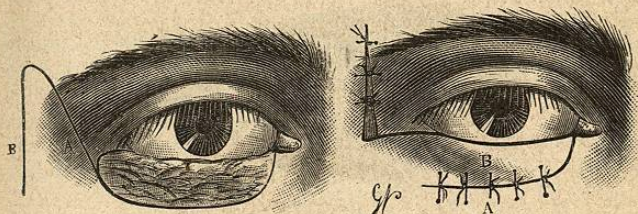


FIG. 402.

Procédé par pivotement.

FIG. 403.

Même procédé (réunion).

$BC - CD$  deux lambeaux  $ABC - CBED$  (fig. 404) qui furent disséqués par leur face profonde afin de les mobiliser. Puis le lambeau  $ABC$  comprenant la commissure externe des paupières et la queue du sourcil fut relevé, tandis qu'on abaissait le lambeau  $E$  qui pivotait sur sa base  $DB$ . Sa pointe  $C$  fut suturée

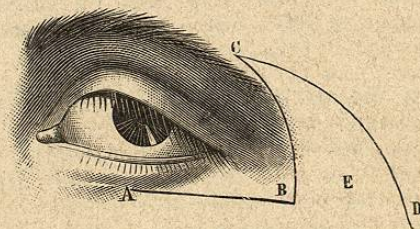


FIG. 404.

Procédé de Dénonvillers (incision).

en  $A$ , comblant la surface cruentée laissée à découvert par l'ascension de l'autre lambeau; le bord  $C'D$  s'unissant au bord palpébral  $AB$ ; le bord  $C'B$  au bord de la lèvre inférieure de l'incision  $AB$  répondant à la joue; le bord  $CB$  se réunissant au bord temporal de l'incision  $CD$  (fig. 405), mais laissant en ce point un petit espace triangulaire non recouvert qui fut facilement

comblé par une cicatrice dont la rétraction ne pouvait que contribuer à élever encore l'angle externe des paupières.

Gayet (de Lyon) a présenté à la Société de chirurgie (mars 1876) une observation dans laquelle il avait mis en usage un

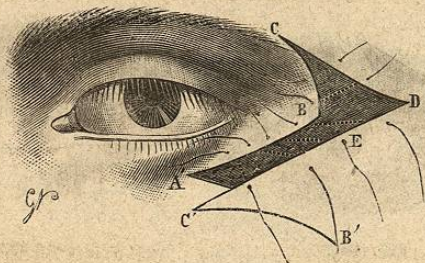


FIG. 405.

Procédé de Dénonvillers (réunion).

procédé analogue pour ramener en place le sourcil abaissé. Un lambeau frontal sert à reconstituer les deux paupières.

MÉTHODE DE L. LE FORT. GREFFE AUTOPLASTIQUE. — Ainsi que je l'ai déjà dit (Tome I, p. 182), j'ai imaginé et employé le premier en 1870 une méthode de greffe dermique pour reconstituer la paupière. J'ai échoué dans cette première tentative; mais j'ai réussi en 1872 à combler une large lacune laissée dans le premier temps d'une opération d'ectropion. Le malade était âgé de soixante-trois ans, et l'ectropion de la paupière inférieure était considérable. Je fis une incision parallèle au bord libre vers son bord adhérent, et aux deux extrémités je fis tomber deux incisions verticales. Je détachai par sa face profonde le lambeau quadrilatère et je pus ainsi remonter la paupière en place; mais il restait à la base de cette paupière une large perte de substance qu'il s'agissait de combler (fig. 406, 407). Je pris sur le bras un lambeau de peau que je découpai à la grandeur voulue après l'avoir essayé à plusieurs reprises en l'appliquant sur l'espace à recouvrir. Lorsque je lui eus donné la forme convenable, je le maintins en place par une simple compression avec un peu de charpie et une bande de flanelle. Le succès fut complet, et lorsqu'un mois après je présentai le malade à l'Académie de médecine, c'est à peine si

l'on pouvait, à une coloration un peu moins foncée, distinguer le lambeau d'avec la peau voisine.

L'exemple que j'avais donné d'abord été suivi par Sichel qui a présenté à la Société de chirurgie, le 31 mars 1874, deux malades guéris par mon procédé. Soit ignorance, soit mauvaise foi: je ne leur laisse le choix qu'entre ces deux hypothèses, les chirurgiens anglais, allemands et américains ont attribué à Wolfe et ont appelé de son nom le procédé qui m'appartient. C'est en 1870 que je fis ma première opération, c'est en 1872 que je fis la seconde suivie d'un succès complet. Le malade fut présenté à l'Académie l'année même. Ma première observation avait été communiquée à la Société de chirurgie le 31 janvier 1872 et avait

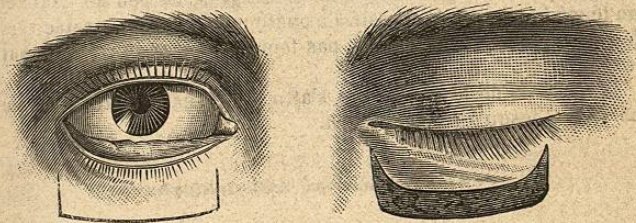


FIG. 406.

Greffe autoplastique (incision).

FIG. 407

(Même procédé (2<sup>e</sup> temps).

été suivie d'une discussion. Il est donc étrange que Wolfe, qui ne fit et publia son observation que trois ans après mon premier succès, cinq ans après ma première observation, soit considéré comme l'inventeur de la méthode.

Dans un remarquable rapport à la Société de chirurgie publié en 1881 (p. 655), Monod a rassemblé 40 cas d'opérations, ayant donné 24 succès, 13 insuccès, 3 résultats inconnus. Examinons les enseignements qui en résultent.

Le lambeau doit être pris sur un point où la peau est mince et dépourvue de poils; la face interne du bras, la face latérale de l'avant-bras sont les points les plus convenables. La peau du thorax serait beaucoup trop épaisse.

Le lambeau doit être taillé très large, car sa rétraction est toujours notable lorsqu'il a été complètement détaché. Il faut abraser sa face profonde avec beaucoup de soin pour enlever tout le tissu cellulaire. On n'est pas encore fixé sur le point de

savoir s'il vaut mieux employer un lambeau unique ou le morceler en deux ou trois petits lambeaux.

J'ai employé un lambeau unique, Sichel avait morcelé les siens. Le morcellement du lambeau semble permettre un insuccès seulement partiel, là où l'insuccès avec un lambeau unique aurait été complet. Cependant le fait est loin d'être prouvé, car, dans une opération récente, j'ai vu une partie seulement du lambeau se sphacéler. Le morcellement, comme le remarque Monod, compromet la vitalité du lambeau en lui faisant subir un nouveau traumatisme. D'ailleurs c'est par la face profonde du lambeau que se fait l'adhésion.

Les sutures sont plus nuisibles qu'utiles. Le meilleur pansement est une lamelle de baudruche gommée au-dessus de laquelle on applique un linge enduit d'un corps gras, un peu de ouate et un léger bandage compressif. La ouate peut être renouvelée vers le cinquième jour, il ne faut pas toucher à la baudruche avant le quinzième.

La greffe a de la tendance à s'atrophier, mais cette atrophie ne va pas jusqu'à sa disparition.

#### VII. — Symbiépharon, Ankyloblépharon.

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

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

Sœlberg Wells dit avoir vu des succès par le procédé suivant qui appartient à Teale. On pratique d'abord une incision à travers la paupière adhérente au niveau de la circonférence de la cornée (A, fig. 408) et l'on dissèque toutes les adhérences pour libérer la paupière et le globe. Cela fait, on taille deux lambeaux conjonctivaux, l'un en dedans (B), l'autre en dehors (C) (fig. 408). On fait pivoter ces lambeaux sur leur base pour amener le lambeau B à

la partie inférieure du globe et le lambeau C près de la cornée (fig. 409). On les fixe avec des points de suture et l'on réunit

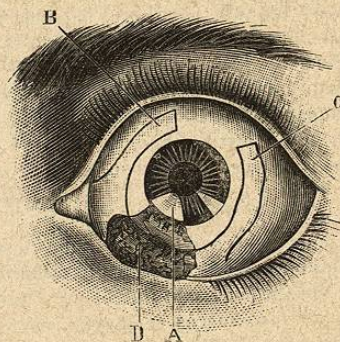


FIG. 408.

Procédé de Teale (incisions).

également les bords de la conjonctive dans la partie où les lambeaux ont été empruntés, et l'on a deux cicatrices linéaires (D et

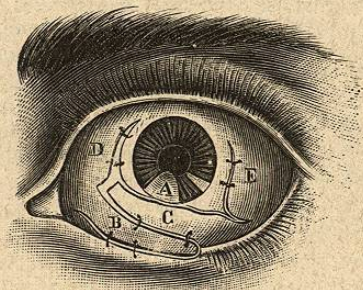


FIG. 409.

Procédé de Teale (réunion).

B). Le fragment de paupière A laissé sur la cornée s'atrophierait d'après Teale.

La personne a modifié de la façon suivante les procédés de Arlt,

Knapp et Alt (de New-York). Il fait sur l'adhérence deux incisions allant du bord de la cornée à la paupière.

On a ainsi un lambeau moyen qu'on dissèque depuis la cornée jusqu'à la paupière à laquelle il adhère. A partir des deux incisions kérato-palpébrales deux incisions horizontales sont faites, les unes près de la cornée, les autres près de la paupière, dessinant ainsi deux lambeaux latéraux. Ces lambeaux sont rapprochés et réunis en les enfonçant profondément dans le cul-de-sac palpébral. Le lambeau moyen est ramené et appliqué contre la face postérieure de la paupière, on oppose ainsi muqueuse contre muqueuse. Wolf, Wecker ont essayé l'hétéroplastie sur la conjonctive.

On a conseillé, pour empêcher les adhérences de se reproduire, lorsqu'on n'a fait qu'une simple incision des adhérences, de faire porter au malade devant l'œil sain une coque d'œil artificiel. J'ai vu Laugier employer sans succès ce moyen, car malgré la présence du corps étranger l'adhérence se reproduisit peu à peu en montant du cul-de-sac au bord libre et repoussant la pièce artificielle.

#### VIII. — Cancer des paupières.

L'excision est ici seule employée, à l'aide des ciseaux plutôt que du bistouri. Tantôt on cerne la tumeur par une incision en V, dont on réunit les bords au moyen de la suture entortillée; ou, si elle s'étend en largeur, on excise le bord palpébral sous forme de demi-lune, et on laisse cicatriser. Laugier, et Gerdy après lui, ont fait voir que l'excision quasi complète des deux paupières n'entraîne pas la perte de l'œil; les téguments et la muqueuse s'allongent assez pour qu'il se dérobe à l'action de l'air en se cachant sous leurs replis. Après ces excisions, on aura recours aux divers procédés de blépharoplastie.

#### ARTICLE III

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

Stromeyer, en 1838, a proposé le premier la section de certains muscles de l'œil pour remédier au strabisme; quelques années plus tard, Bonnet (de Lyon) l'appliquait à la thérapeutique de la myopie. Tous les muscles de l'œil y ont passé à leur tour; on

n'en a coupé qu'un d'abord; puis on en a coupé simultanément deux ou trois; Baudens a été jusqu'à quatre et même cinq. Une forte réaction n'a pas tardé à se manifester contre un tel abus. La section du muscle droit externe, indiquée dans les cas de strabisme divergent, est très rare; celle des muscles droit supérieur et droit inférieur est plus rare encore; elle se fait d'ailleurs suivant les mêmes règles que celle du droit interne. Nous n'aurons à décrire en particulier que deux sections musculaires, l'une portant sur le droit interne, l'autre sur le petit oblique.

#### I. — Section du muscle droit interne.

*Anatomie chirurgicale.* — Ce muscle longe la face interne du globe oculaire, et vient s'insérer sur la sclérotique à 5 ou 6 millimètres de la circonférence de la cornée. Bonnet a noté que cette insertion ne répond pas exactement à l'angle interne des paupières, mais au-dessus et immédiatement en avant de la caroncule lacrymale. Il est recouvert en ce point par la conjonctive d'abord, puis par le *fascia sous-conjonctival*, dépendance de l'aponévrose oculaire. Il faut se rappeler que cette aponévrose est une membrane blanche, élastique, doublant partout la conjonctive oculaire, confondue vers la base de l'orbite avec le ligament palpébral et le périoste, allant d'autre part jusqu'à la cornée, et se repliant alors en arrière pour former à la sclérotique une enveloppe complète jusqu'à ce qu'enfin elle gagne le nerf optique avec le névrilème duquel elle semble se continuer. Sur la sclérotique, où elle prend le nom de *capsule fibreuse de l'œil*, elle est très-mobile, et une couche de tissu cellulaire séreux sépare ces deux membranes. Dans les points d'insertion des tendons au globe de l'œil, elle n'est point interrompue, mais se replie autour de ces tendons de manière à leur former une sorte de fourreau fibreux, qui dégénère en tissu cellulaire sur les fibres charnues. On voit donc qu'on ne peut arriver au muscle sans avoir divisé la conjonctive, le fascia sous-conjonctival et la portion antérieure de la gaine musculieuse — que le muscle n'est en rapport immédiat avec la sclérotique que dans une très petite étendue, au delà de laquelle il en est séparé par la capsule fibreuse et par sa propre gaine; — que si l'on coupe le tendon très près de la sclérotique, on ne divise que la portion antérieure de la gaine; — et que, pour la diviser tout entière, il faut porter l'instrument plus en arrière, et sur le corps charnu même du muscle.

On va généralement à la recherche du muscle par une incision