

- 2° L'allongement de la peau ;
- 3° Le redressement du cartilage tarse ;
- 4° Le raccourcissement du cartilage tarse et du bord palpébral.

PREMIÈRE MÉTHODE. *Raccourcissement de la conjonctive.* — On y arrive par deux procédés, la cautérisation et l'excision.

1° *Cautérisation de la conjonctive.* — Celse recommande le cautère actuel ; Guthrie s'est servi de l'acide sulfurique ; d'autres du nitrate acide de mercure. Le nitrate d'argent est préféré comme moins périlleux, mais il est aussi moins efficace ; et quand la conjonctive doit subir une perte de substance un peu étendue, le plus sûr est de recourir à l'excision.

2° *Excision de la conjonctive.* — Antyllus soulevait le bourrelet avec une anse de fil passée au travers, et l'excisait avec le scalpel. On préfère généralement les ciseaux.

Le malade étant assis, la tête inclinée en arrière, le chirurgien saisit la paupière renversée avec l'index et le pouce de la main gauche, fait saillir au dehors la conjonctive autant que possible, et avec des ciseaux courbes sur le plat il enlève complètement toute la partie fongueuse, en ayant soin de diriger son incision parallèlement au bord libre de la paupière.

Si pourtant la conjonctive ne peut être aisément embrassée par les ciseaux, on la saisit avec une pince ou une double érigne ; on l'élève autant que possible, et avec un petit bistouri à tranchant convexe, on l'incise assez profondément le long du cartilage tarse, en évitant les points lacrymaux. On soulève ensuite avec une pince le lambeau supérieur qu'on veut enlever, et on le détache avec le bistouri, de la face interne de la paupière jusqu'au point où la conjonctive se replie sur le globe oculaire. Alors on résèque le lambeau à sa base avec des ciseaux.

DEUXIÈME MÉTHODE. *Allongement des téguments.* — On a cherché à atteindre ce but de trois manières : ou bien en attirant simplement les paupières l'une contre l'autre à l'aide d'emplâtres agglutinatifs (Fabrice d'Acquapendente) ; ou bien en faisant aux téguments une incision transversale, dont on tâche de maintenir les bords écartés par divers procédés ; ou bien enfin en remplaçant la portion absente des téguments par un lambeau pris ailleurs, c'est-à-dire par la *blépharoplastie*.

Les bandelettes agglutinatives sont un moyen fort innocent, mais fort peu efficace ; la blépharoplastie au contraire va droit au but, et manque rarement de l'atteindre ; mais comme elle s'applique aussi

à d'autres affections, nous en traiterons dans un article spécial. Il ne sera donc question ici que de l'incision et de ses divers procédés.

Celse recommande pour la paupière inférieure une incision courbe à concavité inférieure. Les modernes, n'en comprenant pas le but, ont fait l'incision courbe à concavité supérieure, ou tout simplement transversale. Au reste, cette incision doit se faire au-dessous du cartilage tarse, diviser les téguments jusqu'au muscle orbiculaire ; après quoi, selon le procédé des anciens, on en écarte les bords et on la panse à plat pour obtenir une cicatrice large et étalée. Bien qu'on dise en avoir vu quelquefois de bons résultats, le plus souvent au moins il faut s'attendre que la cicatrice restera linéaire et que le but sera manqué. Tout au plus pourrait-on essayer cette incision cutanée comme addition à l'excision de la conjonctive.

Bonnet (de Lyon) a cherché à réunir en long cette incision faite en travers, ce qui allongerait en effet la paupière.

*Procédé de Bonnet.* — Une incision transversale pratiquée à la peau, on soulève avec une pince le bord libre de la paupière, ce qui, en écartant les lèvres de l'incision, donne à celle-ci une forme losangique ; et l'on réunit par la suture les bords interne et externe du losange. La paupière est alors rétrécie en travers, et Bonnet a vu même ce rétrécissement déterminer un plissement du bord palpébral, si bien qu'il lui a fallu aviver l'intérieur de ce pli, et le réunir par de nouveaux points de suture. Il pense aussi que, si l'ectropion était considérable, il serait nécessaire de faire deux incisions et deux sutures sur la même paupière.

D'autres avaient proposé de circonscrire un lambeau losangique à grand diamètre vertical, pour en rapprocher les bords dans le même sens. Ce serait une nouvelle perte de substance de la peau, et il n'y aurait d'avantage que dans le cas bien rare où toute la cicatrice qui détermine l'ectropion serait comprise dans le losange. La simple incision de Bonnet, plus rationnelle en apparence, n'est elle-même applicable qu'à des cas tout à fait exceptionnels. Pour peu que la suture réunisse des bords écartés, les fils coupent les chairs ; c'est ce qui m'est arrivé en essayant de diviser la paupière en V renversé, et de réunir l'incision au-dessus du lambeau inférieur.

M. 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 M. 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 leurs 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.

M. 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.

M. Maisonneuve a modifié le procédé en avivant le bord libre des deux paupières, et M. 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. M. 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. M. Nélaton dit qu'il s'est également reproduit chez un sujet présenté comme guéri par M. Maisonneuve. Il sera donc prudent de ne pas appliquer ce procédé à des cicatrices trop étendues et surtout trop profondes, et de ne croire à une guérison définitive qu'après l'avoir vue persister au moins au delà d'une année.

**TROISIÈME MÉTHODE. Redressement du cartilage tarse.** — Elle ne comprend qu'un procédé unique, celui de Dieffenbach.

**Procédé de Dieffenbach.** — Avec un bistouri droit à lame étroite, on commence par faire aux téguments, à quelques millimètres au-dessus du bord inférieur de l'orbite, et parallèlement à ce bord, une incision semi-lunaire qui ait en étendue environ les deux tiers de la longueur de la paupière, et qui en occupe parfaitement le milieu. Cette incision peut toujours se faire de droite à gauche et avec la main droite, en prenant son point de départ au-dessus de la commissure interne pour l'œil gauche, et de la commissure externe pour

l'œil droit. Quand l'incision a complètement divisé la peau, on détache celle-ci inférieurement du cartilage tarse dans une certaine étendue; et dans le point où l'on arrête cette dissection, on divise le muscle orbiculaire et la conjonctive parallèlement à l'incision cutanée et dans la même longueur. On attire alors avec des pinces le bord supérieur de la plaie de la conjonctive, avec le tarse qui adhère à cette membrane, dans la plaie des téguments; et après avoir retranché une petite portion de cette muqueuse, on rapproche les lèvres de la plaie extérieure, ayant entre elles la conjonctive et le cartilage tarse. La réunion doit s'en faire avec des épingles à insectes et par la suture entortillée.

Les épingles peuvent s'enlever du troisième au sixième jour; après quoi l'on excise encore un léger lambeau de la conjonctive, tant pour rendre toutes les surfaces saignantes et faciliter la réunion, que pour ne rien laisser qui dépasse le niveau commun des téguments.

Ce procédé est fort ingénieux sans doute; mais la conjonctive comprise entre les deux lèvres de l'incision ne peut guère y contracter d'adhérences, et au total il a peu réussi.

**QUATRIÈME MÉTHODE. Raccourcissement du cartilage tarse et du bord palpébral.** — Cette méthode comprend divers procédés, selon qu'on excise la muqueuse et le cartilage tarse sans entamer la peau de la paupière; ou qu'on excise une portion du bord palpébral dans toute son épaisseur; ou que l'excision se fait en dehors de la paupière; ou enfin qu'elle porte sur les deux bords palpébraux à la fois.

**1° Excision du cartilage tarse.** — Antyllus en excisait un lambeau en V, en y comprenant la conjonctive et laissant seulement les téguments intacts; puis il réunissait les deux branches du V par la suture.

Weller s'y est pris autrement. Après l'excision ordinaire de la conjonctive, à l'aide d'un bistouri, il fait au milieu de la paupière une résection d'une portion du cartilage tarse de la longueur d'environ 4 millimètres, en ayant soin de ne pas intéresser l'arête externe du bord de la paupière. La guérison a suivi dans tous les cas; il n'en résulte qu'un petit sillon du bord palpébral dans le lieu de l'excision.

**2° Excision du bord palpébral.** — Ce procédé revient encore à Antyllus; W. Adams l'a remis en honneur en 1812.

**Procédé de W. Adams.** — On coupe avec les ciseaux droits un

lambeau en V dans toute l'épaisseur de la paupière, à 6 millimètres de distance de la commissure externe. La base du triangle est au bord libre de la paupière, et ne doit pas avoir plus de 3 à 6 millimètres de largeur; le sommet regarde le globe oculaire; les côtés peuvent avoir jusqu'à 12 millimètres de long; toutefois leur longueur dépend de l'étendue de l'ectropion; et M. Velpeau regarde comme inutile de les prolonger au delà du cartilage tarse. Les deux bords de la plaie sont réunis exactement par un point de suture.

Ce procédé a été appliqué avec succès par plusieurs chirurgiens. Toutefois on lui reproche de laisser parfois une petite encochure sur le bord palpébral. Dieffenbach avait d'abord tenté d'éviter cette encochure en donnant une forme concave aux deux bords du V; mais ensuite il a été mieux inspiré en imaginant le procédé suivant.

3° *Excision extra-palpébrale. Procédé de Dieffenbach.* — Il prolonge par une incision horizontale la commissure externe des paupières; et sur la branche inférieure de cette incision, il découpe un lambeau en V à pointe inférieure. Le lambeau enlevé, il rapproche la paupière du bord externe de l'incision et l'y réunit par suture. La portion la plus externe du bord palpébral répond ainsi au bord supérieur de l'incision horizontale; après un avivement convenable, on les réunit de même par suture, en sorte que la paupière conserve un bord libre de l'étendue convenable, qui ne se trouve interrompu par aucune cicatrice.

Toutefois, si ingénieux que soit ce procédé, on peut craindre que le bord palpébral réséqué soit peu propre à une réunion rapide, et ne conserve peut-être quelques bulbes de cils. M. Desmarres nous paraît arriver au même but à moins de frais.

*Procédé de M. Desmarres.* — Il prolonge la commissure palpébrale externe par une incision presque horizontale, un peu inclinée cependant en bas et en dehors; à l'extrémité externe de cette incision va s'en aboucher une autre 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. Deux autres incisions partant des précédentes divisent la muqueuse en V jusqu'au point où elle se 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.

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 *tarsoraphie*.

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 compriment le tiers externe du cartilage tarse de chaque paupière. Deux points de suture réunirent la plaie, et le double ectropion fut complètement guéri.

#### 6° *Blépharoplastie.*

On la pratique, soit pour réparer une perte de substance aux téguments après l'ablation d'une tumeur; soit pour remplacer une cicatrice vicieuse déterminant un ectropion. Dans notre description, nous supposons ce dernier cas.

Le malade assis ou couché, on circonscrit la cicatrice entre deux incisions, et on l'emporte par la dissection. La première incision doit être faite parallèlement au tarse, et autant que possible à quelques millimètres de distance, afin de se ménager près du bord palpébral assez de peau pour y fixer le lambeau. La cicatrice enlevée ou détruite, on fait écarter les bords de la plaie de manière à rendre à la paupière sa longueur naturelle: condition indispensable, et pour laquelle on peut même diviser le muscle orbiculaire jusqu'à la conjonctive.

Ce premier temps achevé, on procède à la formation du lambeau. Pour la paupière supérieure, on le taille aux dépens de cette partie de la peau du front qui se trouve un peu en dehors et à 4 millimètres au-dessus du bord orbitaire. On en prend la mesure sur la plaie elle-même, en donnant toutefois au lambeau un peu plus de longueur et de largeur. Il doit être taillé de telle sorte que sa partie supérieure devienne la partie interne de la paupière nouvelle; son bord interne doit se continuer avec le bord externe de la plaie de la paupière, afin qu'après la dissection il puisse être aisément réuni au bord inférieur de cette plaie; et son bord externe doit être prolongé par l'incision assez loin en bas et en dehors, pour pouvoir s'accoler au bord supérieur de la plaie palpébrale. Cette incision doit permettre au lambeau de recouvrir la plaie, sans que la peau soit plissée ou tirillée; sinon, il faut le prolonger un peu plus en dehors.

On dissèque donc le lambeau ainsi circonscrit, et on l'applique sur la plaie, en retranchant les brides des téguments qui s'opposeraient à la coaptation exacte. On étanche le sang par des lotions d'eau froide; et lorsqu'il a complètement cessé de suinter, on réunit par les épingle à insectes ou par la suture entrecoupée.

Pour la paupière inférieure, on taille le lambeau la pointe en bas sur la région malaire, au côté externe de la paupière, à la même distance du bord de l'orbite, et suivant les principes que nous venons d'établir.

Du reste, on comprend que l'étendue de la cicatrice et l'état de la peau peuvent obliger à prendre le lambeau ailleurs, et à le tailler d'une autre manière. On appliquerait donc ici, selon le besoin, les divers procédés de l'autoplastie (voy. p. 94).

Après la blépharoplastie la mieux réussie en apparence, il est à craindre que le lambeau ne se déforme et ne ramène en partie l'ancienne difformité ou ne la remplace par une difformité nouvelle, toujours moins grave cependant que la première. Tantôt il est bombé et saillant; d'autres fois il se laisse attirer en dehors par la cicatrice qui s'est organisée à son ancienne place; et enfin à la longue il tend à se raccourcir plus ou moins. Pour parer à ces inconvénients, M. Denonvilliers a combiné la blépharoplastie avec l'union temporaire des paupières (p. 375); et il a obtenu ainsi de remarquables résultats.

#### 7° Adhérences vicieuses des paupières.

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.

Au total, nous ne connaissons pas jusqu'à présent un seul cas de succès obtenu par quelque moyen que ce soit.

#### 8° 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. M. 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.

#### Art. 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 et de certaines amauroses. 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. D'abord on ne coupe plus aujourd'hui le grand oblique, dont les fonctions ne sont pas exactement déterminées. 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.

#### 1° 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 névritème duquel elle semble se continuer. Sur la sclérotique, où elle prend le nom de *capsule fibreuse de l'œil*,