FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1884 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 3 Juillet 1884, à 1 heure,

PAR FERNAND BEAUVOIS
Né aux Essarts (Vendée), le 9 février 1859.

DU PTOSIS

ET EN PARTICULIER

DE SON TRAITEMENT CHIRURGICAL PAR LA MÉTHODE DE SUPPLÉANCE DU MUSCLE RELEVEUR DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE PAR LE FRONTAL.

Président : M. PANAS, *professeur.*

Juges : MM. { PROUST, *professeur,*
BOUILLY, PEYROT, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
A. DAVY, Successeur
52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1884

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs.....	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	N.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	PETER. DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies de femmes en couche et des enfants nouveau-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.). JACCOUD. HARDY. POTAIN.
Clinique des maladies des enfants	N.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. LE FORT. VERNEUIL. TRELAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	PAJOT.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	HALLOPEAU.	PEYROT.	RIBEMONT.
BOUILLY.	HANOT.	PINARD.	RICHELOT.
BUDIN.	HANRIOT.	POUCHET.	RICHET.
CAMPENON.	HENNINGER.	QUINQUAUD.	ROBIN (Albert).
DEBOVE.	HUMBERT.	RAYMOND.	SEGOND.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	HUTINEL.	RECLUS.	STRAUS.
	JOFFROY.	REMY.	TERRILLON.
	KIRMISSON.	R NDU.	TROISIER.
GUEBHARD.	LANDOUZY.	REYNIER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE LIBRE
DE LILLE.

A MON PRSIDÉENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PANAS

Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

DU PTOSIS

ET EN PARTICULIER

DE SON TRAITEMENT CHIRURGICAL

PAR LA

MÉTHODE DE SUPPLÉANCE DU MUSCLE RELEVEUR DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE PAR LE FRONTAL.

INTRODUCTION.

Une paralysie de notre paupière supérieure gauche, un ptosis congénital, a été le point de départ du modeste travail qui fait le sujet de notre thèse.

Les divers procédés opératoires, basés sur l'excision, qui ont été dirigés contre cette affection jusqu'à ces dernières années, n'ont pas toujours donné un résultat aussi parfait qu'on pouvait le désirer. Il était difficile, en effet, de bien limiter le lambeau qu'il fallait enlever, et le chirurgien avait à craindre ou de ne pas assez diminuer la paupière et de la voir encore retomber, ou de dépasser le but et de rendre l'occlusion de l'œil difficile.

En 1880, le Dr Dransart (de Somain) a fait connaître une nouvelle méthode de traitement du ptosis, qu'il avait expérimentée l'année précédente avec

succès, et qui s'appuie sur le principe tout différent de la suppléance musculaire; elle n'exige, le plus souvent, aucun raccourcissement de la paupière, et à l'aide de petits tendons cicatriciels qui relient cette paupière au sourcil, remplace l'action du muscle releveur devenu inerte par celle du frontal; elle permet de graduer l'élévation de la paupière et d'obtenir un succès certain, sans faire courir aucun danger.

Ce mode de traitement nous a paru atteindre le but cherché, d'une façon si simple et si inoffensive, que nous avons prié son auteur, le Dr Dransart, de l'appliquer sur nous-même. L'opération a été faite le 11 mai 1884, et suivie de succès.

Nous avons voulu, dans ce travail, signaler surtout cette méthode nouvelle, qui nous paraît appelée à remplacer avantageusement les anciennes; nous consacrerons aussi quelques lignes à celles-ci, et nous commencerons par donner un aperçu rapide de nos connaissances sur les diverses variétés de ptosis.

Qu'il nous soit permis de remercier ici le Dr Dransart de la gracieuse hospitalité et des soins habiles qu'il nous a donnés à Somain, il y a quelques semaines.

Nous adressons également nos remercîments à M. le professeur Panas, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Définition. — On désigne sous le nom de ptosis ou de blépharoptose la chute de la paupière supérieure, sans adhérence de celle-ci avec le globe oculaire ou la paupière inférieure, et sans contraction exagérée du muscle orbiculaire.

Nous séparons ainsi du ptosis le symblépharon, l'ankyloblépharon et le blépharospasme, dont l'étiologie, les signes cliniques et les indications thérapeutiques sont tout différents, et que quelques auteurs font entrer dans sa description.

Un individu atteint de ptosis doit pouvoir relever facilement avec le doigt sa paupière abaissée, de façon à découvrir au moins une grande partie du champ cornéen.

Cette affection peut être unilatérale ou bilatérale, complète ou incomplète : tantôt, la paupière recouvre entièrement le globe oculaire; tantôt elle laisse à découvert une partie plus ou moins grande de la cornée.

Elle peut exister à l'état de symptôme isolé, ou bien être associée à d'autres troubles oculaires, en général sous la dépendance du moteur oculaire commun; elle peut encore accompagner des troubles généraux de la motilité et de la sensibilité, ainsi qu'il arrive dans le cas de lésions cérébrales.

Variétés. — La chute de la paupière supérieure peut être produite par les causes les plus diverses, et souvent chacune d'elles imprime à la maladie une physionomie particulière qui en fait une va-

riété à part. Plusieurs de ces variétés peuvent cependant se réunir sous des dénominations communes.

Ainsi que le fait M. le professeur Panas dans ses leçons cliniques, nous distinguerons le ptosis dû à la paralysie du releveur de la paupière, du ptosis dû à d'autres causes, telles que l'hypertrophie de la paupière, l'œdème inflammatoire, etc..., et nous aurons à décrire :

1° Le *ptosis paralytique*, dû à un défaut d'action du releveur.

2° Le *ptosis organique* (Galezowski), comprenant tous les cas dans lesquels l'activité fonctionnelle du releveur est conservée, mais est *insuffisante* à relever la paupière.

La première classe, formée par le *ptosis paralytique*, peut être subdivisée en six variétés :

1° Le *ptosis congénital*, qui reconnaît pour cause un vice de développement.

2° Le *ptosis dissocié cérébral* ou paralysie dissociée de la troisième paire (Landouzy), sans autres phénomènes paralytiques dans la sphère de distribution du moteur oculaire commun, et lié à une lésion du cerveau.

3° Le *ptosis associé* (paralysie du moteur oculaire commun).

4° Le *ptosis dissocié périphérique*, produit par une lésion du muscle releveur ou du rameau nerveux qui l'innerve, et qui se détache du tronc du moteur oculaire commun.

5° Le *ptosis constitutionnel*, qui se développe sous l'influence d'un mauvais état général.

6° Le *ptosis sympathique* (Horner).

PTOSIS

1° Paralytique	congénital. dissocié cérébral. associé. dissocié périphérique. constitutionnel. sympathique.
2° Organique.	

PTOSIS PARALYTIQUE.

1° Ptosis congénital.

Le ptosis congénital, qui n'est en réalité qu'une forme du ptosis paralytique, mérite, par son étiologie, de former un groupe à part.

On l'attribue généralement à un vice de développement, qui porte soit sur le muscle releveur de la paupière supérieure, soit sur le rameau nerveux qui l'anime, et dont la conséquence est la suppression du mouvement d'élévation de la paupière.

Quelques autopsies, où l'absence du muscle releveur aurait été constatée, viennent à l'appui de cette théorie.

M. Landouzy émet l'opinion que cette paralysie

pourrait être due quelquefois à une lésion circonscrite du cerveau, semblable à celle qui produit le ptosis cérébral accidentel et isolé.

D'ordinaire, rien ne peut faire prévoir la production de cette chute congénitale de la paupière ; quelquefois, cependant, l'hérédité joue un rôle important dans son développement : tantôt, tous les membres d'une même famille en sont atteints ; tantôt, ce sont les hommes seulement ou bien les femmes. « Chez une famille sicilienne, dont le Dr Alessi a publié l'histoire (Annales d'oculistique, 1er vol. supplémentaire, p. 39), les hommes seuls offrent un ptosis incomplet, unilatéral, plus développé vers l'angle externe que vers l'angle interne. Chose singulière, la lésion change d'œil à chaque génération. L'aplatissement des deux tiers externes de l'arcade sourcilière a paru à M. Alessi la cause de la difformité sur les personnes de cette famille qu'il eut occasion d'observer (Deval, chirurgie oculaire).

La paupière peut être plus ou moins abaissée : certains individus peuvent encore la relever jusqu'au milieu de la pupille ; d'autres sont à peine capables de lui imprimer quelques légers mouvements ; dans ce dernier cas, l'arcade sourcilière manque elle-même de développement.

Ordinairement, la paupière est très abaissée à la naissance, mais elle se relève un peu à mesure que les enfants grandissent, de façon à laisser à découvert une plus grande étendue de la cornée.

Cet agrandissement de l'ouverture palpébrale se

rattache aux efforts que font instinctivement les enfants pour faciliter leur vision. Les contractions du muscle frontal viennent suppléer l'inertie du releveur en élevant le sourcil et, par suite, le bord libre de la paupière. En raison de ce fonctionnement plus considérable, le frontal s'hypertrophie, et la région qu'il fait mouvoir se modifie avec la croissance, c'est-à-dire que *l'élévation du sourcil* et du bord libre de la paupière, qui ne se produisait au commencement que par intervalles et sous l'effort des contractions, devient *permanente*.

Le sourcil a ordinairement une forme arquée, oblique en haut et en dehors, et dépasse le rebord orbitaire.

L'hypertrophie du frontal, dont nous venons de parler, peut se constater lorsque le ptosis est unilatéral, en saisissant un pli de la peau entre deux doigts, au-dessus du sourcil. Le pli ainsi formé est plus épais du côté où la paupière est paralysée.

Cette différence existe, du moins sur nous, d'une façon assez nette.

L'élévation du sourcil s'accompagne de plis transversaux sur le front, analogues aux rides de la vieillesse ; si le ptosis est unilatéral, ces plis n'existent que du côté correspondant.

La paupière est pendante, unie ; le sillon orbito-palpébral fait défaut ; quelquefois elle est courte et mince, mais le plus souvent elle a conservé sa longueur et son épaisseur normales.

On pourrait même la croire d'une grandeur exa-

gérée, puisque le sourcil est plus élevé qu'à l'état normal, et le bord libre plus abaissé ; mais cet excès de longueur n'est pas réel ; il est dû au déplissement de la paupière, et surtout à la disparition de la gouttière orbito-palpébrale.

Dans les cas de ptosis unilatéral, où l'asymétrie des deux paupières ressort d'une façon très manifeste, et où la paupière paralysée paraît plus longue il suffit de faire élever les deux sourcils à la fois pour faire cesser toute différence de longueur.

Lorsque le ptosis est double, l'élévation des deux sourcils est très peu apparente, parce que la symétrie est conservée; mais il est facile de constater par la mensuration *l'allongement relatif* des deux paupières. Pendant notre séjour à Somain, nous avons vu, chez le Dr Dransart, le fils d'un avocat d'une ville du Nord, âgé de 7 ans, et atteint d'un ptosis congénital double. Le bord libre palpébral arrive à peu près au milieu de ses deux pupilles. Chez lui, la distance entre le bord ciliaire des paupières et les sourcils est de 30 millimètres, tandis que chez son père elle n'atteint que 20 millimètres. Cette différence doit être attribuée au déplissement des paupières, et non à un allongement réel.

Les individus atteints de ptosis congénital peuvent, en faisant des efforts, relever encore un peu leur paupière. Ce petit mouvement d'ascension est produit par la contraction du frontal et non par celle du releveur. Il suffit, pour s'en convaincre, d'immobiliser avec le doigt le sourcil, après l'avoir

légèrement attiré en bas; tandis que sur un œil sain, le releveur conserve toute son action; si ce muscle est paralysé, la paupière reste complètement inerte, parce que le frontal n'a plus de contraction efficace.

Suivant M. de Wecker, la paralysie congénitale de la paupière supérieure coïncide souvent avec une légère diminution de la distance qui sépare les deux commissures du même œil.

Elle s'accompagne parfois d'épicanthus, et d'un écartement anormal des cavités orbitaires dû à un aplatissement des os du nez.

M. Dujardin a observé chez une dame un ptosis double qui coïncidait avec une faiblesse congénitale de l'ensemble des muscles de l'œil. Les yeux étaient en légère divergence avec tant soit peu d'exorbitisme et avaient très peu de mobilité. Les cas semblables à ce dernier sont très rares.

Troubles fonctionnels. — Il y a lieu de distinguer le ptosis simple du ptosis bilatéral. Lorsque la chute de la paupière n'existe que d'un côté, les troubles fonctionnels sont peu importants, l'œil normal supplée l'imperfection de la vision de l'autre œil.

Lorsque le prolapsus est double, la gêne qu'il occasionne est bien plus grande. Dans les cas les plus heureux, le bord libre de la paupière arrive à peu près au milieu de la pupille et l'individu se sert efficacement de ses yeux pour la vision des objets situés au-dessous de l'horizon; mais la vue des ob-

jets placés au-dessus de ce plan devient très difficile. Pour y remédier, l'individu fait avec la tête le mouvement que devraient accomplir les paupières, c'est-à-dire qu'il la renverse fortement en arrière ; mais cette attitude devient avec le temps des plus pénibles; elle est en outre très disgracieuse et donne à la personne une physionomie spéciale.

Lorsque le prolapsus est plus prononcé, l'individu, pour y voir, est obligé de relever ses paupières avec ses doigts.

A un autre point de vue, la chute de la paupière donne une certaine timidité, et porte à baisser les yeux, parce qu'alors le ptosis disparaît. Nous avons pu observer ce fait sur le petit garçon dont nous avons déjà parlé. Il présentait aussi d'une façon très nette l'attitude spéciale que donne la tête renversée en arrière.

2 Ptosis dissocié cérébral.

M. Landouzy a publié il y a quelques années, dans les *Archives générales de médecine* (août 1877, p. 145), une étude sur une variété de ptosis intéressante surtout par sa pathogénie et par la gravité qu'elle comporte.

Dans cette variété, la chute de la paupière « offre cette particularité d'apparaître soit isolément, soit en même temps qu'une monoplégie ou une hémiplégie ; de plus, ces cas de blépharoptose isolée ou jointe à des troubles hémiplégiques sont associés à

des lésions exclusivement centrales et groupées sur un même hémisphère; c'est-à-dire que la chute de la paupière, envisagée au point de vue du siège de sa cause, se trouve dans les mêmes conditions que l'hémiplégie coïncidente; c'est-à-dire que ptose, hémiplégie et lésions sont croisées, les unes par rapport aux autres » (Landouzy).

Dans cette paralysie de la paupière supérieure, les lésions nerveuses périphériques font défaut, et la lésion centrale est sur l'hémisphère opposé, à un point que les autopsies ne permettent pas encore de délimiter avec précision.

Jamais, dans les faits cités par M. Landouzy, la paralysie n'a intéressé les autres rameaux de la troisième paire; et comme une lésion du nerf ne saurait produire cette dissociation symptomatique, il faut remonter, pour l'expliquer, jusqu'à l'origine même du nerf. Puisque les troubles moteurs apparaissent isolément sur le releveur palpébral, « on est en droit de conclure que l'origine du nerf moteur oculaire commun n'est pas une, que cette origine se fait dans l'encéphale en des points divers, et par des racines multiples qui semblent n'avoir de commun que le *tronc vers lequel elles convergent* ». Peut-être les faisceaux destinés à l'élévateur palpébral sont-ils seuls à avoir des connexions avec les hémisphères, ou du moins, les autres faisceaux du nerf n'ont aucun rapport de voisinage avec les premiers, puisque jamais les lésions qui se sont accompagnées de ptosis n'ont produit d'autres troubles

dans la sphère du moteur oculaire commun. La dissociation anatomique qui existe pour le facial aurait aussi lieu pour le moteur oculaire commun.

Il semble d'après les faits rassemblés par M. Landouzy :

« 1° Que l'origine du centre moteur du releveur de la paupière doive être cherchée dans la région postérieure du lobe pariétal.

2° Que cette origine ne confine pas immédiatement aux centres moteurs des membres, puisque le ptosis semble avoir une origine aussi souvent isolée qu'associée aux troubles hémiplégiques ».

Le ptosis cérébral débute d'une manière soudaine ou lente, et est ordinairement unilatéral ; son pronostic est très grave, puisqu'il est sous la dépendance d'une lésion cérébrale.

A l'appui de ces faits, M. Landouzy cite dix observations dont la relation clinique a été donnée complète, et qui, presque toutes ont été suivies d'autopsie. Dans tous les cas, la paralysie a été croisée par rapport aux lésions, et a été partielle, c'est-à-dire limitée au rameau du releveur.

Les lésions (exsudats, foyers d'encéphalite, tumeurs, abcès, etc.) étaient enfermées dans une aire correspondant aux limites mêmes du lobe pariétal et convergeant surtout vers les parties postérieures de ce lobe (pli courbe et lobule du pli courbe).

En présence d'une chute de la paupière isolée, « on devra donc rechercher si elle ne s'accompagne pas soit de troubles moteurs de la face et des mem-

bres siégeant du même côté que le ptosis, soit de troubles intellectuels ou sensitifs, et si l'existence en est démontrée, la gravité du pronostic ne saurait être méconnue ».

3° Ptosis paralytique associé.

Nous désignons sous ce titre, par opposition au ptosis paralytique dissocié cérébral de M. Landouzy, la chute de la paupière supérieure produite par une lésion siégeant sur un point du tronc du moteur oculaire commun, depuis son noyau d'origine jusqu'à sa division dans l'orbite.

Ce ptosis n'est en réalité qu'un symptôme de la paralysie totale du nerf moteur oculaire commun, et doit être décrit avec cette dernière. Nous en dirons cependant quelques mots.

Le moteur oculaire commun, après s'être divisé dans l'orbite, anime les muscles droit supérieur, droit inférieur, droit interne et petit oblique, ainsi que l'élévateur de la paupière supérieure.

Le rameau destiné au petit oblique envoie aussi au ganglion ophthalmique des filets qui en constituent la *racine motrice*, et qui, après avoir contribué à la formation des nerfs ciliaires, vont innerver le sphincter de l'iris.

Ce court résumé anatomique suffit à montrer quels sont les symptômes fournis par une lésion du tronc nerveux de la troisième paire et associés à la chute de la paupière.

Si l'on soulève la paupière qui, tantôt est complètement abaissée, tantôt recouvre à moitié seulement la cornée, « on trouve la pupille déviée en strabisme externe, par suite de la paralysie du droit interne et de la prépondérance fonctionnelle de son antagoniste. L'œil est en abduction, tourné du côté de la tempe, et si vous engagez le malade à regarder en haut, en bas ou en dedans, il s'efforce, mais en vain, de vous obéir. »

Les mouvements d'élévation de l'œil ne sont plus possibles, en effet ; les deux élévateurs de la pupille, le droit supérieur et le petit oblique étant tous deux paralysés.

« Il arrive, par contre, que le malade conserve encore un certain mouvement d'abaissement de la pupille, puisque le grand oblique ou oblique supérieur, l'un des muscles abaisseurs, a toute sa force de contraction, animé qu'il est par le nerf pathétique.

« Je vous signale encore ce fait que la pupille de l'œil paralytique n'est pas située sur le même plan horizontal que celle de l'œil sain. Elle est placée plus bas, par suite de l'action prédominante du grand oblique qui, libre de toute résistance antagoniste, porte celle-ci en bas et en dehors.

Si vous examinez la pupille de l'œil malade, vous la trouverez généralement dilatée et plus ou moins immobile. » (Panas, *Des paralysies oculaires*).

Ce dernier signe de la dilatation de la pupille peut cependant manquer; son absence est due, soit à ce

que les filets ciliaires sympathiques qui sont dilatateurs de l'iris sont, eux aussi, paralysés, soit à ce que les filets nerveux qui font contracter la pupille au lieu de tirer leur origine de la troisième paire (branche motrice du ganglion ophthalmique) viennent par anomalie de la sixième paire.

Dans cette paralysie de la troisième paire, à la difficulté de la vision occasionnée par l'immobilité du voile palpébral au devant de l'œil, s'ajoute la diplopie, qui est croisée et un peu supérieure, « croisée puisque nous avons affaire à un strabisme externe; supérieure, c'est-à-dire que l'image fautive sera placée plus haut que l'image correcte, parce que cette image se peindra sur la rétine en un point inférieur à la tache jaune. Ce phénomène résulte de l'action du grand oblique qui n'a pas été touché par la paralysie. » (Panas.)

La dilatation de la pupille rendra aussi la vision moins nette.

Etiologie. — Les causes les plus fréquentes de ce ptosis paralytique associé sont la syphilis et l'ataxie locomotrice.

Six fois sur dix, la maladie reconnaît pour cause la syphilis, et celle-ci intervient comme agent producteur, soit pendant la période tertiaire, soit même à l'époque des plaques muqueuses, durant la période secondaire; dans ce cas, c'est un symptôme grave, parce qu'il dénote une infection générale rapide. La syphilis devient cause effective de la ma-

ladie par la production de gommes ou d'exostoses qui occupent la base de l'encéphale ou la base du crâne, et compriment le nerf de la troisième paire. D'autres fois, le nerf est atteint d'une hyperplasie du tissu conjonctif, d'une véritable névrite interstitielle et spécifique qui a été constatée à l'autopsie (Esmarck et Gesson, Virchow, Dixon).

L'ataxie donne lieu à deux variétés de paralysie associée, celle du début de la maladie qui en est souvent le premier symptôme, et sert à préciser le diagnostic, lorsque les autres manifestations sont encore vagues et fugaces. Elle est essentiellement éphémère, sujette quelquefois aux récidives et disparaît sans traitement. Ces caractères semblent indiquer sa nature congestive.

L'ataxie, une fois établie, peut se compliquer à sa période terminale d'une paralysie du moteur oculaire commun, due à une sclérose du nerf, compliquant la sclérose des cordons postérieurs; celle-ci est définitive.

Le rhumatisme, la sclérose en plaques, les dégénérescences des centres nerveux, les exsudats, les productions tuberculeuses ou cancéreuses, sont aussi quelquefois la cause de ce ptosis associé.

Le nerf de la troisième paire émergeant du cerveau entre l'artère cérébrale postérieure et l'artère cérébelleuse supérieure peut devoir sa paralysie à la dilatation de ces vaisseaux. Hirigoyen cite un cas où la compression et la paralysie du moteur oculaire commun avaient été produites par un ané-

vrysme du volume d'un pois, siégeant sur l'artère communiquante gauche.

4° Ptosis dissocié périphérique.

Ce ptosis reconnaît pour cause, soit l'altération du rameau nerveux qui, du tronc de la troisième paire va au releveur de la paupière, soit celle du muscle lui-même,

Il est ordinairement indépendant de toute autre paralysie oculaire. On comprend cependant que si la lésion qui produit la chute de la paupière a une certaine étendue, si c'est une tumeur, par exemple, agissant par compression sur le rameau nerveux du releveur, un ou plusieurs autres filets nerveux de la cavité orbitaire puissent être aussi intéressés ; mais les troubles qui en résultent, et qui varient suivant les rameaux lésés, ne sont que des symptômes de voisinage, et ils ne sont pas nécessairement et invariablement associés au ptosis, comme dans le cas où la lésion porte sur le tronc de la troisième paire. Ce sont ces raisons qui nous ont fait établir la distinction du ptosis périphérique dissocié.

L'état de la paupière abaissée ne diffère pas, dans ce cas, de celui qui accompagne la paralysie du moteur oculaire commun. Le releveur étant paralysé, le muscle antagoniste, l'orbiculaire des paupières animé par le facial, agit seul et devient prépondérant. Cependant, cette paralysie palpébrale n'est pas la même dans tous les cas; tantôt la chute

de la paupière est absolue et complète; d'autres fois, elle est moins prononcée et la cornée se trouve à moitié recouverte.

Certains individus peuvent, en faisant un grand effort, relever un peu la paupière paralysée, mais elle retombe immédiatement après la contraction. Si le cas est de date ancienne, les efforts que le malade a faits pour relever la paupière ont déterminé l'élévation du sourcil et sa forme arquée; mais cette élévation du sourcil n'est jamais aussi considérable que dans le ptosis congénital.

Etiologie. — Toute tumeur développée au niveau de la voûte orbitaire, ou sur la paupière, peut produire cette paralysie par compression du nerf du releveur. Les gommes, les exostoses syphilitiques ou non, les abcès, les périostites sont les lésions le plus fréquemment observées.

Streatfield (British medical Journal, sept. 1882) a observé un cas de ptosis produit par l'action mécanique de la glande lacrymale, dont la syphilis avait occasionné l'inflammation et l'induration. L'œil et les os de l'orbite n'étaient pas affectés. La guérison fut obtenue assez rapidement à l'aide des préparations mercurielles et de l'iodure de potassium.

Parmi les causes de cette variété de ptosis, il ne faut pas oublier les traumatismes qui intéressent, soit la branche nerveuse du releveur, soit le muscle lui-même. M. le professeur Gosselin a eu dans son service, à la Pitié, un homme qui, après avoir été

blessé à la paupière supérieure par une cheville de bois, entrée par cette paupière jusque dans l'orbite, avait eu une paralysie complète du releveur. Cet individu guérit presque complètement après quelques séances d'électrisation.

Le rhumatisme, que nous avons vu au rang des causes de la paralysie totale du moteur oculaire commun, peut, au lieu d'étendre son action sur tout le nerf, la limiter au rameau du releveur. Il est probable que dans ces conditions le rhumatisme s'attaque à la gaine fibreuse du nerf qui se gonfle et comprime par ce fait même les tubes nerveux.

A côté de ces cas, où la chute de la paupière est très caractérisée, il en est d'autres où il existe une sorte d'atonie et de paresse de l'élévateur, ayant pour conséquence de laisser les yeux à demi-fermés (ptosis atonique, sénile de certains auteurs). Cette paresse de la paupière existe ordinairement sur les deux yeux à la fois.

Le releveur a seulement perdu de sa puissance, mais il n'est pas paralysé : on s'en assure en immobilisant les sourcils et en faisant regarder fortement en haut; les paupières se relèvent presque autant qu'à l'état normal.

Cette faiblesse des paupières peut être congénitale ou accidentelle ; elle s'observe surtout chez certains vieillards affaiblis.

Pendant notre séjour à Somain, M. Dransart nous a montré la femme d'un mineur d'Aniches

qui, depuis sa naissance, ouvre incomplètement les yeux ; le bord libre de deux paupières arrive au tiers supérieur de la pupille, mais, sous l'influence de la volonté, le releveur fait remonter ce bord palpébral à 1 mm. au-dessous du bord supérieur de la cornée.

Cette petite difformité, qui est légèrement disgracieuse, gêne rarement la vision et ne réclame pas de soins chirurgicaux lorsque les moyens médicaux ont échoué.

Marie-Thérèse d'Autriche, affectée de cette faiblesse des paupières, fut guérie par Wenzel, qui dut son succès à l'emploi de compresses imbibées d'eau de chaux et d'ammoniaque liquide.

5° Ptosis paralytique constitutionnel.

Nous rangeons sous ce titre toutes les paralysies de la paupière supérieure qui ne reconnaissent aucune lésion matérielle bien définie du système nerveux ou du muscle releveur de la paupière, et qui se produisent sous l'influence d'un mauvais état général.

Cette paralysie existe d'ordinaire à l'état de symptôme isolé ; sa bénignité, son début brusque, la façon rapide avec laquelle elle disparaît le plus souvent sous l'influence d'une médication appropriée ou d'une cause parfois inattendue, suffisent pour justifier sa séparation des autres variétés.

La plupart des maladies générales, la fièvre typhoïde, la rougeole, la variole, la diphthérie, etc.,

peuvent, à leur déclin, se compliquer d'une chute de la paupière.

La chloro-anémie, l'aménorrhée, la masturbation, l'hystérie peuvent aussi produire ce désordre oculaire.

Cooke rapporte l'histoire d'une jeune fille affectée d'aménorrhée, présentant une double blépharoptose qui cessait dès qu'on parvenait à ramener le flux menstruel, et qui devint de plus en plus légère et rare à mesure que la menstruation fut plus régulière. (*London medical Society*, 1850.)

Mavel (*Gazette des hôpitaux*, 1853, n° 5) cite le cas d'une enfant de 13 ans atteinte d'une paralysie de la paupière supérieure gauche, survenue à la suite de la masturbation. L'enfant se corrigea de sa mauvaise habitude et guérit au bout de neuf jours.

Canton a observé un cas de ptosis chez une jeune fille de 19 ans, hystérique, irrégulièrement réglée, chez qui la blépharoptose se produisit soudainement avec des douleurs lancinantes dans l'œil et dans la tempe.

Après avoir été traitée sans succès, la blépharoptose disparut aussi subitement qu'elle s'était développée. Deux semaines plus tard parurent les règles, qui durèrent dix jours.

Le Dr Dusmani (*Gaz. hôp.*, 14 mars 1862) a publié une observation de ptosis, intéressante surtout par la circonstance qui en amena la disparition :

« Le 23 janvier 1862, se présenta au dispensaire de M. Chassaignac une jeune fille de 12 ans, ayant

une blépharoptose complète du côté gauche qui datait de huit jours.

« Elle a eu des atteintes de somnambulisme, qui ont cessé il y a six mois. Depuis quatre ans, elle éprouve fréquemment la sensation d'une boule qui lui monte de l'estomac à la gorge.

« Voici quel est l'état actuel de cette jeune fille : elle ressent habituellement de la céphalalgie, mais sans aucune douleur circumorbitaire ou faciale. On constate une chute complète de la paupière supérieure de l'œil gauche avec impossibilité de la relever spontanément. L'œil conserve tous ses mouvements; la pupille, un peu dilatée, est insensible à la lumière diffuse du jour.

« L'examen à l'ophthalmoscope n'a rien offert de particulier.

« Le diagnostic porté est le suivant : paralysie hystérique de la paupière supérieure.

« Traitement : sirop de quinquina ferrugineux, douches oculaires à l'eau froide.

« Le surlendemain, l'enfant se présenta à la consultation, la paupière relevée et toute joyeuse, elle disait que depuis le moment de l'examen à l'ophthalmoscope, elle a pu ouvrir l'œil.

« Le 17 février, l'enfant vint de nouveau avec sa blépharoptose. La chute se présentait avec les mêmes caractères que la première fois. On continua le traitement.

« Cinq jours s'étaient écoulés et la blépharoptose se maintenait toujours, lorsque, le 23 février,

M. Dusmani procéda à une nouvelle application de l'ophthalmoscope, dans le but de s'assurer si la lumière pouvait agir par action réflexe et animer le releveur de la paupière.

« Il advint, en effet, qu'après avoir projeté la lumière dans l'œil pendant deux ou trois minutes à différentes reprises, l'enfant put ouvrir son œil.

« Le 5 mars, la jeune fille revient au dispensaire avec une blépharoptose double datant du même jour. Nouvelle excitation à l'ophthalmoscope, suivie cette fois encore de l'élévation spontanée des paupières. »

M. Dusmani est porté à attribuer le résultat observé à l'intervention active de la lumière.

M. Galezowski attribue au blépharospasme l'abaissement de la paupière dans les cas analogues à ceux que nous venons de passer en revue.

L'observation prise au dispensaire de M. Chassaignac nous paraît cependant concluante; et, si cette petite fille avait eu du blépharospasme, il eût été difficile, sinon impossible, de l'examiner à l'ophthalmoscope, ainsi qu'on l'a fait.

6° Ptosis sympathique.

Le releveur de la paupière supérieure, dans sa portion descendante qui va s'insérer au bord supérieur du cartilage tarse, a la forme d'une lame mince, d'apparence fibreuse; mais il est en réalité composé de fibres musculaires lisses.

Ce muscle lisse tenant lieu de tendon au muscle strié qui constitue le releveur proprement dit a été décrit par M. Sappey, sous le nom de muscle orbito-palpébral, et appelé plus tard, par Muller, muscle palpébral supérieur.

Il est innervé par le sympathique cervical.

Horner a, le premier, décrit une forme spéciale de ptosis liée à la paralysie de ce muscle, et s'accompagnant de désordres sympathiques.

Le ptosis est léger, et n'empêche pas le malade de relever spontanément la paupière en faisant un petit effort.

Il existe en même temps un myosis de la pupille du même côté, et une turgescence manifeste des capillaires de la moitié correspondante du visage. La rougeur s'arrête nettement sur la ligne médiane, et s'accompagne d'une légère élévation de température.

Horner attribue avec raison ces symptômes à une paralysie de la portion cervicale du grand sympathique. Personne n'ignore, en effet, que l'irritation du grand sympathique provoque les phénomènes inverses; c'est-à-dire le rétrécissement des capillaires, l'élévation de la paupière supérieure et la dilatation de la pupille.

Cette forme de ptosis à été observée chez des femmes après une abondante hémorrhagie utérine, et dans le cas de tumeurs cervicales comprimant le sympathique (goitre, par exemple).

PTOSIS ORGANIQUE.

L'action physiologique du releveur consiste à tirer le bord supérieur du cartilage tarse, sur lequel il s'insère, à la fois en haut et en arrière. Sous l'influence de cette traction, la moitié transversale inférieure de la paupière s'enfonce derrière la moitié transversale supérieure. Il en résulte donc un plissement du voile palpébral et la formation d'une gouttière appelée gouttière orbito-palpébrale.

Que le muscle élévateur, bien que doué de toute sa puisance fonctionnelle, soit incapable d'écarter suffisamment la paupière devenue trop longue, que celle-ci, par sa grande épaisseur, s'oppose au plissement qui met l'œil à découvert, et le ptosis organique sera constitué.

Cette insuffisance relative du releveur s'observe fréquemment; la modification de la paupière peut être permanente; mais le plus souvent elle existe d'une façon temporaire, et les causes de ce ptosis temporaire sont les infiltrations, quelle que soit leur nature (sérosité, sang air, exsudat).

Ces différents corps s'infiltrent dans le tissu cellulaire des paupières et le distendent, et celles-ci, devenues incapables de se plisser, conservent forcément la hauteur qui leur est assignée par l'état pathologique.

Les contusions, l'œdème inflammatoire, l'œdème simple lié à l'anasarque ou à une obstruction vei-

neuse du système vasculaire des paupières, l'emphysème sous-cutané, dû par exemple à une fracture des os du nez, telles sont les causes qui rendent momentanément le releveur impuissant.

Dans tous ces cas, la paupière dont la coloration varie évidemment, suivant la nature de l'infiltration, est pendante, lisse, sans plis transversaux, gonflée et saillante devant le rebord orbitaire.

Il suffit d'un simple orgelet pour amener tout ce cortège symptomatique,

Mais que l'affection générale ou locale qui a produit l'infiltration du tissu cellulaire disparaisse, la paupière reprend de suite son fonctionnement normal, et la vision qui était très gênée se fait avec facilité. A côté de ces faits, il en est d'autres moins heureux qui laissent à leur suite une difformité permanente.

Le ptosis organique, qu'on a fréquemment l'occasion d'observer, est celui qui se rattache à l'ophthalmie purulente ou à la conjonctivite granuleuse. « Plusieurs causes tendent en effet, dans ces cas, à contrebalancer l'action physiologique du releveur : c'est d'abord le poids insolite qu'acquiert la paupière supérieure dont la muqueuse turgescente a souvent pris un volume considérable, et, d'un autre côté, l'hypertrophie du tissu cellulaire sous-cutané qui succède à une tuméfaction prolongée » (De Wecker et Landolt). Ce tissu nouveau s'indure, subit la rétraction cicatricielle et gêne encore le mouvement ascensionnel de la paupière en en rétrécissant l'ou-

verture. Ajoutons que l'antagoniste du releveur, l'orbiculaire, que la douleur fait entrer en contraction, peut acquérir un développement inaccoutumé.

Une autre cause de blépharoptose organique réside dans le développement exagéré du tissu adipeux des paupières (ptosis lipomateux de Sichel); cette graisse, ordinairement en continuité avec le tissu cellulo-adipeux orbitaire, finit par dissocier les fibres de l'orbiculaire et par soulever la peau de la paupière qui devient globuleuse, lisse, et un peu élastique sous le doigt. Le plus souvent, la tumeur ainsi formée est circonscrite entre le bord adhérent de la paupière et sa gouttière transversale; quelquefois, elle pend au devant du tarse, en forme de bourrelet.

Le relâchement, l'allongement de la paupière, produisent un résultat analogue. La peau de la paupière qui est en excès est flasque, ridée, parfois même plissée transversalement, et un de ces plis peut descendre jusqu'au bord libre palpébral.

Cet état se rencontre chez certains vieillards et chez des personnes qui ont eu longtemps la paupière distendue par une infiltration œdémateuse.

L'action du releveur est conservée, et si on soutient un pli transversal entre deux doigts, on rend au muscle élévateur la faculté d'élever la paupière ainsi diminuée.

On peut rapprocher de ce ptosis par excès de peau, celui qui est dû à un état éléphantiasique, c'est-à-dire à l'hypertrophie du derme et du tissu

sous-cutané de la paupière. Il y a dans ce dernier cas à la fois allongement et épaississement du voile palpébral.

Cet éléphantiasis des paupières est rare, il est congénital ou acquis ; une contusion, un érysipèle ou un eczéma à récidives fréquentes peuvent le développer ; il empiète très peu sur les parties voisines.

L'hypertrophie congénitale peut encore être sous la dépendance d'un névrome fibro-plexiforme.

Le globe oculaire se trouve plus ou moins caché, suivant le degré d'altération de la paupière.

TRAITEMENT.

Le traitement est évidemment subordonné à la cause qui a produit la chute de la paupière : il peut être médical, palliatif ou chirurgical.

1° Traitement médical.

Il varie lui-même suivant les cas. Si le ptosis reconnaît une origine syphilitique, ce qui est assez fréquent, il faût recourir à la médication spécifique. Lorsque la paralysie apparaît à la seconde période de la syphilis, en même temps que les plaques muqueuses, il faut faire usage des préparations mercurielles ; tandis que si elle est une complication tardive, il faut surtout s'adresser à l'iodure de potassium ou au traitement mixte.

Il convient d'ajouter à ce mode de traitement un régime reconstituant et tonique.

Le ptosis est-il de nature rhumatismale? On doit instituer une médication antiphlogistique : saignée locale, vésicatoires, frictions mercurielles au pourtour de l'orbite. Lorsqu'il est sous la dépendance d'un mauvais état constitutionnel, c'est à celui-ci qu'il faut s'adresser : il faut soutenir les forces du malade par un régime fortifiant, du sirop d'iodure de fer, du vin de quinquina, de l'huile de foie de morue, etc.

Dans les cas d'amnorrhée, de chloro-anémie, il

suffit quelquefois de la réapparition des règles pour faire cesser la chute de la paupière.

A cette thérapeutique générale, il convient d'ajouter les moyens locaux : il faut faire des frictions stimulantes avec des pommades ammoniacales, le baume de Fioraventi, la pommade de Gondret, ou à la vératrine (10 centigr. pour 15 gr. d'axonge); quelques vésicatoires volants ou de la teinture d'iode, peuvent être appliqués au pourtour de l'orbite.

L'électricité est souvent très efficace ; dans les paralysies d'origine périphérique, les courants continus donnent, en effet, des résultats surprenants ; le pôle positif est appliqué sur le front, pendant qu'on promène le pôle négatif sur les paupières, les yeux étant fermés. L'excitation doit être supportable ; huit à dix couples suffisent ; les séances seront faites chaque jour et devront durer cinq minutes.

Pour électriser plus sûrement le releveur, M. Gosselin conseille l'emploi d'une aiguille à acupuncture, conduite à travers le milieu de la paupière, jusqu'au point où nos connaissances anatomiques nous indiquent la présence du releveur; et cette aiguille est mise en communication avec un des conducteurs de la pile.

Nous ne faisons que rappeler le cas de cette jeune fille, qui fut guérie d'une chute de la paupière par la projection de la lumière dans son œil, à l'aide d'un ophthalmoscope.

2° Traitement palliatif.

Lorsque les moyens médicaux ont échoué, et que l'individu se refuse à toute intervention chirurgicale, ou s'il est atteint d'une maladie grave qui ne permet pas une petite opération, il convient de relever la paupière à l'aide d'un léger appareil. On se sert ordinairement d'une petite pince analogue aux serres-fines et appelée pince à ptosis.

Mackness se servait d'un ressort de montre appliqué sur la tête depuis l'occiput jusqu'à l'œil. L'extrémité antérieure était munie d'une petite cheville d'ivoire qui relevait la paupière. Des lunettes modifiées pour la circonstance peuvent aussi remplir cet usage.

M. Constantin Paul a proposé d'ajouter à la partie postérieure du segment supérieur du cadre qui soutient les verres, un appendice en forme de lame mince qui, au moment où s'appliquent les lunettes, s'introduit entre le globe et la paroi orbitaire supérieure, refoulant la paupière et dégageant la pupille.

Ces lunettes modifiées nous semblent préférables aux autres instruments.

3° Traitement chirurgical.

Il y a des cas où le procédé chirurgical à employer se présente d'une façon très précise, et est presque toujours couronné d'un succès complet. C'est lors-

qu'il s'agit d'un ptosis organique, sans altération fonctionnelle du releveur.

En effet, la chute de la paupière est due alors à un allongement, à une hypertrophie des téguments ou encore à une accumulation de tissu adipeux ; et il suffit de raccourcir la paupière où d'enlever cette masse graisseuse en excès pour que le releveur reprenne toute son activité et dégage la cornée.

L'opération est très simple. Dans le cas de ptosis par excès de peau, par exemple, on commence par saisir un pli de la partie *moyenne* des paupières entre les deux branches d'une pince à faces convexes ; on s'assure que le pli ainsi formé n'est ni trop grand ni trop petit, en priant le malade de faire faire des mouvements à sa paupière ; il doit pouvoir ouvrir et fermer l'œil aisément.

Dès que la pince est convenablement appliquée, on en serre les branches l'une contre l'autre et on excise avec des ciseaux ou un bistouri la portion exubérante des téguments. On réunit les deux lèvres de la plaie par quelques points de suture, et la cicatrice qui en résulte est à peine apparente. Il faut faire la section à la partie moyenne des paupières, pour ne pas être gêné par le cartilage tarse.

S'agit-il d'un ptosis lipomateux ? Le procédé opératoire est absolument le même, car il y a toujours une certaine distension des téguments. Après l'excision du repli cutané, les pelotons graisseux se montrent à découvert : on les enlève, puis on fait la suture comme précédemment.

Il faut éviter de laisser des bourrelets graisseux entre les lèvres de la plaie, parce qu'alors la réunion n'aurait pas lieu.

D'autres fois, l'indication opératoire ressort des circonstances variées qui ont produit ou accompagné le ptosis, tantôt c'est un abcès qu'il faut ouvrir ; tantôt c'est une tumeur qu'il faut enlever.

Green rapporte le cas d'un enfant de 5 ans, fils d'un médecin de l'Illinois, chez lequel une vache, d'un coup de corne, produisit la chute de la paupière. La plaie, réunie immédiatement par des sutures, ne comprit pas dans sa cicatrice le bord libre de l'élévateur, et la paupière demeura ultérieurement sans mouvement. Le Dr Green, consulté deux années plus tard, conçut la pensée de rouvrir la cicatrice et d'aller à la recherche de l'extrémité libre du tendon de l'élévateur, comme dans les cas de strabismes secondaires. Il y réussit pleinement, réunit cette extrémité au bord supérieur du tarse, et, deux mois après, la paupière avait repris tous ses mouvements.

Mais l'intervention chirurgicale est loin de présenter la même netteté, la même simplicité lorsqu'il s'agit du ptosis paralytique : témoins les nombreux procédés qui ont été mis en usage contre cette affection.

Historique du traitement chirurgical.

On n'a vu d'abord dans la paupière inerte devant l'œil qu'un voile trop long qu'il fallait raccourcir,

et, comme pour le ptosis organique, on excisait un pli plus ou moins considérable de la peau de la paupière; Heidenreich, dans un cas, a pris son lambeau au-dessus du sourcil.

Ce procédé ne donne aucun succès dans cette variété de ptosis, parce que, à moins de la raccourcir d'une façon considérable, la paupière demeure toujours trop longue lorsque l'individu veut regarder au-dessus de l'horizon.

Si la vision se fait bien, c'est souvent au prix de l'impossibilité de fermer l'œil, et cette lagophthalmie est aussi gênante que le ptosis lui-même. Taylor, dans un cas de ce genre, a été obligé de transplanter un lambeau de peau pour corriger une défectuosité de la paupière supérieure due à une excision de peau trop étendue.

Procédé de Hunt. — Constatant l'insuffisance de cette méthode, Hunt (de Manchester) entra le premier dans la voie physiologique. Il se proposa, par une large excision des téguments au-dessous du sourcil, de mettre sous la *dépendance des tractions de l'occipito-frontal* la paupière privée de l'assistance de son muscle releveur. Une première incision supérieure se fait immédiatement au-dessous du sourcil, et s'étend de chaque côté jusqu'au delà des commissures de la paupière. Quant à l'incision inférieure, elle doit s'approcher jusqu'à une petite distance du bord tarsal de la paupière, et rejoindre l'incision supérieure à chacune de ses extrémités :

le lambeau de peau enlevé a la forme d'une feuille d'olivier. On réunit les bords de la plaie à l'aide de trois points de suture au moins. Le résultat obtenu, c'est l'insertion de la portion tarsale de la paupière à la peau du sourcil, sur laquelle agit le muscle occipito-frontal, et lorsque le sourcil s'élève, le bord libre palpébral se soulève aussi.

On a reproché à ce procédé de raccourcir, dans une trop grande étendue, le voile palpébral, et d'exposer ainsi au lagophthalmos et à l'ectropion. Hunt en a cependant obtenu de bons résultats.

L'ablation presque totale de la paupière supérieure doit forcément s'accompagner de difficulté dans la fermeture des yeux; en outre, si la vision était très améliorée, ce petit moignon de paupière, qui n'avait plus que la largeur du cartilage tarse, devait être bien disgracieux.

Procédé de de Græfe. — Suivant un autre ordre d'idées physiologiques, de Græfe se proposa d'affaiblir le muscle antagoniste du releveur, c'est-à-dire l'orbiculaire, en retranchant une portion de ce muscle.

Une incision courbe, comprenant toute l'étendue de la paupière supérieure, est pratiquée à 5 ou 6 millimètres au-dessus de son bord ciliaire : les lèvres de la plaie cutanée sont écartées et disséquées de façon à mettre à nu l'orbiculaire. Le chirurgien saisit les fibres de ce muscle et les excise avec des ciseaux courbes dans toute l'étendue de la plaie ; le

nombre des fibres excisées est plus ou moins considérable, suivant le degré d'affaiblissement qu'on veut obtenir. Les aiguilles et les fils de suture, au nombre de quatre ou cinq, doivent traverser de dehors en dedans la lèvre inférieure de la plaie cutanée et la lèvre inférieure de la plaie musculaire, puis de dedans en dehors les lèvres supérieures de la plaie musculaire et cutanée. Le rapprochement des fils amène alors en contact les bords du muscle ainsi que ceux de la plaie cutanée.

M. Gosselin « doute que cette opération ait jamais donné de bons résultats : ce qui reste de l'orbiculaire suffit toujours pour maintenir l'occlusion que ne peut faire cesser le releveur entièrement paralysé. »

Procédé de Bowman. — Ce chirurgien suivit un procédé en partie différent. L'incision de la peau était semblable à celle de de Græfe ; mais, au lieu d'exciser l'orbiculaire, il le décollait au loin sous la peau, puis le tirait et l'élevait en haut, en exécutant un pli musculaire qu'il suturait.

Le procédé de Bowman diffère de celui de de Græfe, en ce qu'il ne sacrifie pas le muscle orbiculaire ; il le raccourcit simplement.

M. Panas se servit avec avantage d'une méthode opératoire, qui consiste dans l'association des deux procédés de Hunt et de de Græfe. L'application de cette méthode a été faite à l'hôpital Saint-Louis, sur une femme de 24 ans, atteinte d'un ptosis congénital de la paupière supérieure gauche, et l'opération a pleinement réussi.

« Voici comment je fis l'opération : à l'aide d'une pince à serres-fines, je fis à la peau un pli suffisant que j'excisai d'une commissure à l'autre, et dont la hauteur s'étendait du bord supérieur du cartilage tarse jusqu'au sillon orbito-palpébral supérieur. J'enlevai de la sorte un lambeau de peau, de forme ovalaire ; les fibres superficielles du muscle orbiculaire étant alors apparues, je les excisai avec soin, non seulement dans toute l'étendue de la plaie cutanée, mais encore au loin sous la peau, de façon à mettre largement à découvert le ligament suspenseur du cartilage tarse. J'ai réuni ensuite les deux lèvres de la plaie avec des sutures métalliques comprenant toute l'épaisseur de la paupière (peau, muscle orbiculaire, ligament palpébral et conjonctive).

En opérant de la sorte, on affaiblit considérablement le muscle orbiculaire au profit de son antagoniste, le releveur, et l'on n'a point à craindre l'ectropion, puisqu'on raccourcit dans une égale mesure toutes les couches constituantes de la paupière supérieure.

Le résultat a complètement répondu à mon attente. Aujourd'hui, c'est-à-dire six mois après l'opération, la malade se sert librement de cet œil pour travailler. La paupière supérieure, jouit d'une élévation, à peu de chose près complète, grâce à l'action prépondérante et directe du muscle occipito-frontal sur ce voile membraneux (Panas). »

M. Galezowski a employé avec succès un procédé qui diffère peu de celui de M. Panas. Il enlève

aussi, lui, un lambeau ovalaire de peau et de muscle orbiculaire ; mais il excise en plus une portion du cartilage tarse et de son ligament suspenseur. La suture se fait comme dans le procédé de M. Panas.

Procédé basé sur la suppléance du frontal. — Un dernier progrès considérable a été ajouté au précédent par M. Dransart (de Somain), à l'aide d'une méthode qui réalise d'une façon complète la suppléance cherchée, depuis Hunt, du releveur par le frontal, tout en laissant dans leur intégrité la peau de la paupière et le muscle orbiculaire.

Ce nouveau mode de traitement, désigné à tort sous le nom de méthode de Pagenstecher, a été pratiqué pour la première fois par le Dr Dransart, en 1879, et communiqué à la Société de médecine du Nord, en juin 1880. La description en a paru immédiatement après dans le Bulletin médical du Nord et dans les Annales d'oculistique (nos de juillet et août 1880).

C'est seulement au Congrès de Londres, en août 1881, que M. Pagenstecher a fait connaître un procédé basé sur le même principe. — La priorité appartient donc bien à notre compatriote le Dr Dransart, à qui nous empruntons les deux observations suivantes.

Obs. I. — Détails de l'opération (Bulletin médical du Nord, juin, 1880).

Un jeune garçon de 15 ans, le nommé Busigny (Eugène), de Villerspol, était atteint de blépharoptose (œil droit). La paupière supérieure recouvrait le globe oculaire presque entièrement, et l'absence absolue de contraction du releveur rendait impossible le fonctionnement de l'œil droit. En outre, la chute de la paupière produisait une difformité choquante. L'affection, qui était la conséquence d'une fièvre typhoïde, avait résisté à tous les moyens; aussi, les parents nous amenaient-ils leur enfant pour le guérir par une opération. Avant de tenter cette opération, je soumis le sujet à l'électricité et aux douches oculaires durant deux mois sans obtenir de résultat. J'eus alors recours au procédé opératoire, dont voici la description :

1° Incision de la peau de la paupière supérieure, tout le long du bord supérieur du cartilage tarse ;

2° Dissection de la peau jusque sous le muscle sourcilier, de façon à mettre à nu la partie supérieure du muscle orbiculaire ;

3° Une aiguille armée d'un fil de catgut, traverse le bord supérieur du cartilage tarse à sa partie moyenne, de sa face superficielle vers sa face profonde; quand le cartilage est traversé dans presque toute son épaisseur, l'aiguille est dirigée vers le muscle sourcilier, en ayant soin de la faire voyager sous une certaine épaisseur de fibres musculaires et de tissu cellulaire. Arrivée sous le sourcil, l'aiguille retirée entraîne le fil de catgut dans le trajet qu'elle vient de parcourir.

On passe de la même façon deux autres fils à droite et à gauche du fil médian, à une distance de 6 à 8 millimètres, puis on noue fortement les fils de catgut, on coupe ces fils au ras du nœud et on laisse retomber le lambeau de peau disséqué, qui vient reprendre sa place tout naturellement. L'opération se trouve alors terminée ; le pansement se fait à l'eau fraîche. Le résultat obtenu fut des plus satisfaisants, ains qu'en fait foi la photographie annexée à cette communication.

L'écartement des paupières n'est pas encore aussi considé-

rable à droite qu'à gauche, mais il est suffisant pour permettre la vision binoculaire, sans que le malade ait besoin de fléchir la tête sur le dos. En outre, la physionomie a repris en grande partie son aspect naturel. L'enfant est infiniment mieux, et c'est ce dernier résultat qui donne surtout de la satisfaction à l'intéressé ainsi qu'à ses parents.

En somme, l'opération que nous avons faite, a eu pour but de relier par trois fils le cartilage tarse et le muscle frontal. Ces fils laissent chacun une traînée cicatricielle (sous-cutanée) qui remplace ultérieurement l'action des fils quand la plaie a digéré ces derniers. Ces traînées cicatricielles *servent d'intermédiaire* entre le cartilage tarse et les fibres du muscle frontal dont elles constituent, pour ainsi dire, *le tendon d'attache.* Le frontal devient par le fait le muscle élévateur de la paupière supérieure. Le beau résultat que nous avons obtenu m'a engagé à en faire l'objet de cette première communication à la Société de médecine du Nord.

Il n'est pas sans intérêt de savoir que l'opération date d'un an et que l'effet produit s'est plutôt accentué dans un sens favorable.

M. Dransart a été, dans ce cas, obligé de faire une incision de la peau et de la relever sous forme de lambeau jusqu'au-dessus du sourcil, parce que la paupière était excessivement enfoncée dans l'orbite, et qu'il eût été impossible de faire avec l'aiguille un trajet sous-cutané, depuis le bord supérieur du tarse jusq'au sourcil. La partie supérieure de la paupière était tellement excavée qu'il était impossible de la saisir dans un pli et de l'attirer en dehors du rebord orbitaire.

La suture du cartilage tarse a déterminé une conjonctivite intense qui a duré une quinzaine de jours.

Obs. II. — (Annales d'oculistique.)

« J'ai actuellement dans ma clinique un jeune homme qui était atteint de blépharoptose absolue, et chez qui le muscle frontal remplit admirablement l'office d'élévateur de la paupière supérieure.... Chez ce malade, l'élévation de la paupière se fait au même degré que sur l'œil sain.

J'ai modifié, dans ce cas, mon procédé de la façon suivante : j'ai supprimé le premier et le deuxième temps du procédé opératoire ci-dessus décrit. Je me suis servi de fils de soie munis de deux fortes aiguilles courbes et, sans *incision préalable* de la peau, j'ai introduit une première aiguille à travers la partie supérieure et médiane du cartilage tarse ; après avoir traversé ce cartilage, l'aiguille fut dirigée en haut, à travers le tissu cellulaire sous-cutané des paupières et sous le muscle sourcilier, puis vint sortir dans la peau du front à 3 ou 4 millimètres au-dessus du milieu du sourcil. La seconde aiguille fut introduite dans le cartilage tarse, à quelques millimètres de la première; je lui fis parcourir le même chemin et la fis sortir à côté de sa congénère. Cela fait, je posai un fil à droite et à gauche de ce premier, absolument dans les mêmes conditions, et j'obtins ainsi trois voies de traction, reliant le cartilage tarse au muscle frontal. J'interposai un peu de peau de gant, au niveau des trois anses, puis je nouai ces fils en nœud de cravate, en ayant soin de mettre à ce niveau un petit rouleau de peau de gant, comme au niveau des anses. Il ne faut pas craindre de serrer les nœuds et de relever ainsi la paupière, un peu au-dessus du but que l'on se propose : l'excès de correction tend toujours à diminuer naturellement. Dans le cas présent, j'ai laissé les fils pendant huit jours dans la même position, puis j'ai enlevé la peau de gant au niveau de l'anse, et j'ai serré les nœuds chaque jour de plus en plus et progressivement, jusqu'à ce que l'anse arrivât à sortir au-dessus du sourcil, coupant ainsi les tissus et établissant une traînée cicatricielle solide : il se produisit pendant cette période un gonflement des paupières ; il y eut même un peu d'exstrophie de la conjonctive, mais tous ces petits accidents disparurent d'eux-mêmes, aussitôt que les fils furent enlevés.

Ce procédé, je le répète, m'a donné un résultat tout à fait remarquable, qui démontre l'efficacité de la méthode. »

M. Dransart attribue la conjonctivite intense qui s'est développée dans ce cas, comme dans le précédent, à l'enserrement dans l'anse de fil du cartilage tarse. La troisième opération analogue, qu'il a faite sur nous, semble lui donner raison, car, ainsi qu'on le verra plus loin, M. Dransart n'a pas touché sur nous au cartilage tarse, et la conjonctivite a été insignifiante.

Obs. III. — Prise sur nous-même.

25 ans. Ptosis congénital gauche. Les deux paupières supérieures ont exactement les mêmes dimensions; à l'état de repos, la fente palpébrale est *deux fois plus grande* à droite qu'à gauche. De ce dernier côté, le bord libre de la paupière supérieure arrive au tiers inférieur de la pupille; mais il peut en atteindre le milieu, lorsque le regard est fortement porté en haut. Cette petite différence est due à la contraction de l'occipito-frontal, car il est facile de s'assurer, en fixant le sourcil, que le muscle releveur (s'il existe) ne développe aucune action élévatrice.

Paupière pendante, sans plis transversaux; forme arquée du sourcil, plus élevé que le droit et ayant une direction oblique en haut et en dehors; rides sur le front du côté gauche seulement.

En saisissant successivement, entre deux doigts, la peau au-dessus du sourcil, on sent que le pli ainsi formé est plus épais à gauche qu'à droite, ce qui est dû à l'hypertrophie fonctionnelle du muscle frontal.

Nous ne connaissons personne dans notre famille atteint de cette petite difformité.

Bien que notre ptosis soit peu gênant, comme la méthode de traitement qui repose sur la suppléance du frontal est aussi simple qu'inoffensive, nous avons recours à l'obligeance de M. Dransart, qui nous opère le 11 mai 1884.

M. Dransart, sans faire *aucune incision*, se borne à intro-

duire dans notre pauupière deux anses de fils de catgut n° 1. de la même manière que dans l'observation II. Mais, cette fois-ci, il ne touche pas au cartilage tarse; les aiguilles sont introduites juste au-dessus du bord adhérent de ce cartilage et vont sortir au bord supérieur du sourcil, après avoir suivi une direction légèrement oblique en haut et en dehors.

On glisse ensuite un tube de Galli sur un fil de chaque anse et on les lie à la manière d'un nœud de cravate, après avoir exercé une légère traction, telle que la paupière supérieure gauche soit un peu plus élevée que la droite.

Cette traction reforme très bien la gouttière orbito-palpébrale effacée.

Le 12. Un peu de tension dans la paupière légèrement tuméfiée; une légère infiltration sanguine existe à la racine du nez et aux deux paupières.

La conjonctive est congestionnée. Larmoiement assez abondant.

Le 13, soir. La douleur, qui était légère, a presque disparu; le larmoiement est presque nul, une gouttelette de pus existe au niveau du tarse sur l'anse interne.

Le 14. La tension et le larmoiement ont disparu; les fils sont très bien tolérés.

Le 16. La paupière est légèrement retombée. Cet abaissement est dû à ce que les fils de catgut se sont coupés au niveau du sourcil. M. Dransart laisse les anses dans la paupière et enlève les bouts qui dépassent la peau. Dans ces conditions, la paupière, dans la vision horizontale arrive au milieu de la pupille et dans les efforts d'élévation à 1 millimètre au-dessous du bord supérieur de la cornée. M. Dransart passe une nouvelle anse de catgut n° 2, entre les deux précédentes et relève la paupière jusqu'à 1/2 millimètre au-dessus de la cornée.

Le 17. La tension et le larmoiement léger produits par la petite opération de la veille ont déjà disparu. Ce fil est encore mieux toléré que les autres. Pas de suppuration, ni de conjonctivite; c'est au point que M. Dransart désirerait un peu plus de réaction inflammatoire.

Le 19. La paupière gauche qui, la veille, était un peu plus ouverte que la droite, est légèrement retombée. On veut resserrer le dernier nœud, mais les tractions sur le fil n'amènent

aucune élévation de la paupière. La raison en est dans ce que l'anse a ulcéré la peau au-dessus du cartilage tarse et se trouve dans le tissu cellulaire.

Bien que le fil n'élève plus la peau, on le laisse en place pour faire une cicatrice solide.

Le 20. On resserre le nœud, et l'anse remonte encore un peu.

Le 22. Le fil de catgut a complètement ulcéré les tissus jusqu'à la peau du sourcil, dont il ne reste plus qu'un petit pont. Ce fil ne servant plus à rien, on le retire. A l'état de repos, la tête étant droite, le bord ciliaire de la paupière dépasse un peu la pupille, et les deux ouvertures palpébrales sont à peu près égales. Sous l'influence des contractions du frontal, l'ouverture palpébrale devient aussi grande que du côté opposé.

15 juin. La rétraction cicatricielle des petits tendons artificiels a agrandi un peu la fente palpébrale. Celle-ci, dans les efforts, devient un peu plus grande à gauche qu'à droite.

Outre le dégagement de la cornée, l'opération a eu pour résultats d'abaisser le sourcil et de reformer en partie la gouttière orbito-palpébrale. On sent très nettement, en touchant la paupière, le petit cordon fibreux qui la relie au muscle frontal gauche. La faculté que nous avons acquise de pouvoir contracter ce muscle *indépendamment du frontal droit*, nous est très avantageuse pour la vision.

Notre observation nous a inspiré les quelques réflexions suivantes :

Il y a eu dans notre cas une grande tolérance pour les fils de catgut. Peut-être cette tolérance, qui n'est pas avantageuse, serait-elle moins grande avec les fils de soie ? Ceux-ci étant plus solides, on éviterait aussi le petit inconvénient de rupture des fils qui nous est arrivé.

Comme la peau de la paupière a une grande finesse, il arrive un moment où l'anse de fil l'ulcère, passe dans le tissu cellulaire, et n'exerce plus de

tractions efficaces. Et, si les adhérences n'ont pas eu le temps de s'établir; le bord libre palpébral retombe un peu ; on pourrait éviter cet abaissement en plaçant une anse surnuméraire, qu'on laisserait complètement lâche, pour ne pas ulcérer le petit pont cutané compris entre les fils, et on s'en servirait pour faire les tractions lorsque les autres anses seraient passées dans le tissu cellulaire.

MANUEL OPÉRATOIRE. — AVANTAGES.

L'opération, telle qu'elle a été pratiquée sur nous, se fait sans piqûre du cartilage tarse ; elle a l'avantage de ne nécessiter aucune incision et de laisser intacts tous les éléments constitutifs de la paupière.

On se borne à faire passer des anses de fil dont la convexité est au-dessus du cartilage tarse, et dont les extrémités sont au niveau de l'arcade sourcilière. (Le passage de ces fils a été décrit à l'observation II.)

Quelquefois cependant, lorsque la paupière est très excavée, et qu'on ne peut en saisir un pli pour passer l'aiguille, il est nécessaire de faire une incision et de suivre le procédé opératoire qui a été employé dans l'observation I.

Lorsque le cartilage tarse est épargné, la conjonctivite développée est beaucoup moins intense ; de plus, les petits tendons cicatriciels qui viennent aboutir juste au-dessus de ce cartilage reforment, par leurs tractions, la gouttière orbito-palpébrale.

La paupière n'est pas pendante et sans plis comme auparavant.

Ce procédé a encore sur les autres l'avantage de permettre le dosage de l'effet à obtenir. Dans l'opération par excision, si les mesures du lambeau sont trop petites ou trop grandes, la retouche est

impossible. Ici, il suffit de relâcher ou de resserrer les fils pour *modifier à volonté* la fente palpébrale.

Nous sommes de l'avis de M. Dransart, qui croit qu'il ne faut pas exagérer l'ouverture palpébrale, parce qu'alors la fermeture de l'œil devient difficile. — Bien qu'à l'état de repos, la cornée de notre œil ne soit pas complètement dégagée, nous arrivons juste à fermer la paupière avec facilité. Il faut aussi tenir compte de la rétraction cicatricielle, dont l'action se continue après l'opération.

Un an après M. Dransart, M. Pagenstecher a décrit le procédé suivant, basé sur le même principe.

Pour reporter l'action du muscle frontal sur la paupière, « le moyen le plus simple consiste à introduire une forte suture au-dessus de l'arc sourcilier, à la faire sortir au bord de la paupière, à lier les deux bouts ensemble, et à laisser les fils tomber d'eux-mêmes. La suture sous-cutanée peut empêcher les cicatrices défigurantes ». (Annales d'oculistique, t. 86, p. 95.)

M. de Wecker a modifié de la façon suivante le procédé de M. Dransart : « on résèque un lambeau ovalaire comprenant la peau et le muscle orbiculaire, à l'aide d'une incision courant de quatre à cinq millimètres le long du bord libre de la paupière (procédé de Graefe), et on applique deux sutures de la façon suivante : on pénètre, avec une aiguille munie d'un fil de soie, en un point situé

au-dessus du sourcil, à une largeur de doigt plus haut que le rebord orbitaire supérieur, et juste au-dessus de la commissure externe de la fente palpébrale, glissant sous la peau et le tissu musculaire, on ressort à la partie supérieure de la plaie, au-dessous du muscle orbiculaire coupé. On pénètre alors de nouveau au-dessous du muscle orbiculaire, près de la plaie inférieure, et l'on ressort à deux ou trois millimètres du bord ciliaire. Un pont de cinq à six millimètres étant ménagé, on suit la marche inverse avec l'aiguille pour sortir à un demi-centimètre du point d'entrée au-dessus du sourcil. Une seconde suture semblable est placée à une distance d'un centimètre à peu près. En exerçant sur les fils une douce traction, on ferme la plaie et on relève la paupière suivant le besoin, puis on lie, à la manière d'un nœud de cravate, leurs extrémités autour d'un petit rouleau de peau de gant. M. de Wecker laisse les sutures en place pendant des semaines et les enlève lorsque leur séjour devient irritant. Il les resserre de temps en temps sur le petit rouleau de peau, jusqu'à ce qu'elles aient coupé le petit pont de peau au-dessus de la section. (Revue générale d'ophthalmologie; Dor et Meyer, 31 janvier 1883.)

Ce procédé peut avoir son utilité dans les cas où le ptosis paralytique s'accompagne d'allongement, d'hypertrophie de la paupière; mais pour tous les autres cas, qui sont de beaucoup les plus nom-

breux, nous adoptons le jugement de M. Meyer : « Ce procédé me paraît inutilement compliqué, et l'excision d'un lambeau cutané serait même nuisible, lorsqu'il n'y a pas réellement excès de peau. »

Procédé d'Everbusch. — Il nous reste à parler d'une dernière méthode de traitement du ptosis proposée par Everbusch, dont l'analyse a paru récemment dans les Annales d'oculistique, t. XC, p. 141. « Le sujet étant anesthésié, Everbusch glisse sous la paupière supérieure le blépharostat de Snellen, dont la plaque doit remonter haut sous la paupière ; mais, avant de serrer la paupière dans le demi-anneau, on fait descendre au-dessous de celui-ci autant de peau palpébrale que faire se peut, de sorte qu'en serrant la vis, l'instrument comprend dans l'anneau la portion tarsale de la paupière supérieure et ses prolongements vers le cul-de-sac conjonctival et la peau du front. L'opérateur incise ensuite la peau et les couches de l'orbiculaire dans toute la largeur de la paupière, parallèlement au bord palpébral, à distance égale de ce dernier et du sourcil. Il dissèque ensuite la peau et le muscle sous-jacent, en haut et en bas, sur une étendue de 4 millimètres, de sorte que le cul-de-sac supérieur et l'attache de l'élévateur sont accessibles sur la lame tarsale de la paupière et le muscle peut être mis à découvert. L'extrémité du releveur est saisie dans trois ligatures séparées (soie phéniquée) dont les fils sont glissés entre l'orbiculaire et

le tarse pour ressortir dans le bord libre de la paupière où on les noue sur des perles de verre. La plaie cutanée est réunie par trois sutures verticales, et le compresseur enlevé avant le dernier acte de l'opération.

Le principe de l'opération a beaucoup de rapport avec l'avancement d'un tendon musculaire, mais en diffère en ce sens que l'insertion musculaire n'est pas détachée pour être avancée, mais attirée par les sutures en avant et en bas. » (Annales d'oculistique, t. XC, p. 141.)

Ce procédé compliqué qui raccourcit, en somme, le muscle orbito-palpébral et le ligament suspenseur du tarse, pourrait convenir dans le cas de ptosis atonique, de paresse du releveur, mais il nous paraît préférable de passer un simple fil, comme le font MM. Dransart et Pagenstecher. Lorsqu'il y a paralysie complète, la fente palpébrale garde les dimensions que lui a assignées l'opération, et ne peut être agrandie par l'élévation du sourcil, ainsi qu'il arrive lorsque la suppléance du frontal a été obtenue.

CONCLUSIONS THERAPEUTIQUES

1° Dans les cas de ptosis paralytique simple, la méthode de M. Dransart, qui, à l'aide de petits tendons cicatriciels, fait suppléer le releveur par le frontal, se recommande par ses bons résultats.

Le ptosis, grâce à cette méthode nouvelle, qui a été aussi appliquée avec succès par M. Pagenstecher, devient une affection dont la curabilité est certaine, facile, et, en outre, exempte de tout danger. Cette méthode a surtout comme principal avantage de respecter tous les éléments constitutifs de la paupière supérieure.

2° Il convient de ne pas toucher au cartilage tarse dans l'opération, et de passer les anses de fil juste au niveau de la gouttière orbito-palpébrale, de façon à reformer cette gouttière.

3° La modification de M. de Wecker, qui résèque un lambeau de peau, peut être avantageuse lorsque, à la paralysie, s'ajoute un excès de longueur de la paupière, mais dans ces cas-là seulement.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

HUNT. — Du ptosis, London Med. Gaz., avril 1841.
CURLING. — Observation de ptosis, ibid., avril.
HALL. — Observation de ptosis, ibid., mai.
HEIDENREICH. — Blépharoptose spasmodique, Ann. d'oculistique, t. 20, p. 138.
ALESSI. — Chute de la paupière supérieure. Ann. d'oculistique, t. I, sommaire, p. 39.
PÉTREQUIN. — Paralysie des paupières, ibid., t. I, p. 4 et 25.
LISTON. — Hypertrophie congénitale de la paupière, The Lancet, oct. 1844.
BÉRARD. — De la chute de la paupière et de son traitement, Bulletin de thérapeutique, oct. 1845.
LAURENT. — Paralysie de la paupière supérieure dépendant d'une syphilis constitutionnelle. Ann. d'ocul., t. I, p. 253.
SAINT-MARTIN DE NIORT. — Paralysie de la paupière supérieure guérie par les inoculations de strychnine, ibid., t. XXIII, p. 177.
SICHEL. — Des différentes formes de ptosis, ibid., t. XII, p. 187.
HIRIGOYEN. — Paralysie de la paupière supérieure. Anévrysme de l'artère communiquante comprimant le nerf moteur oculaire commun, ibid., t. XXVI, p. 197.
SZOKALSKI. — Paralysie de la paupière supérieure, résultats nécroscopiques, ibid., t. XXVI, p. 213.
FRANCE. — Observation sur le ptosis. Guy's Hosp. Report, IV.
MAVEL. — Paralysie de la paupière supérieure ; suite de la masturbation, Ann. d'oculistique, t. 34, p. 274.
HARE. — Paralysie complète du nerf oculo-moteur causée par la pression d'un anévrysme de l'artère cérébreuse commune postérieure, ibid., t. 34, p 283.
HARPE (DE LA). — Prolapsus de la paupière supérieure et amaurose intermittente, ibid., t. 32, p. 179.
CANTON. — Ptosis hystérique, ibid., t. 36, p. 88.
COOKE. — Ptosis des deux paupières coïncidant avec une aménorrhée, ibid., t. 38, p. 102; — London Med. Soc., 1855.
BADER. — Du ptosis. Ophthalmic Hosp. Report, 1860.
LUCA. — Deux cas de blépharoptose. Gaz. hebd., 1862, p. 312.
GRAEFE (DE). — Opérations du ptosis, Arch. für Ophthalm., 1863; Ann. d'ocul., t. 54, p. 119.
DUSMANI. — Cas de blépharoptose guéri par la lumière projetée par l'ophthalmoscope, t. 49, p. 268.

LAURENCE. — Ptosis de la paupière supérieure. Entropion de l'inférieure. Ligature. Guérison. Ophtalmic Revue, oct. 1865, Ann. d'ocul., t. 55, p. 163.

MICHEL. — Paralysie de l'oculo-moteur, rhumatisme aigu, t. 70, p. 254.

GREEN. — Prolapsus de la paupière supérieure, suture du tendon de l'élévateur au cartilage tarse, ibid., t. 68, p. 155.

HORNER. — Une forme de ptosis, ibid., t. 64, p. 154.

JEAFFRESON. — Syphilitical ptosis and paraplegia. Lancet, 1872, p. 252.

PANAS. — Leçons sur les paralysies oculaires, etc., 1873.

HUTCHINSON. — Ptosis symétrique à la suite d'ophthalmie purulente. Ophthalmic Hospital Report, V. VII, p. 43, 1873.

STREATFIELD. — Ptosis produit par l'inflammation syphilitique de la glande lacrymale, British Medical Journal, septembre 1882.

CONSTANTIN PAUL. — Sur un appareil prothétique pour le prolapsus double des paupières. Ann. d'ocul., t. 74, p. 288.

DUJARDIN. — Un cas de ptosis double. Journal des sc. méd. de Lille, oct. 1881.

DRANSART. — Cas de blépharoptose opérés par des procédés spéciaux à l'auteur. Ann. d'ocul., t. 84, p. 88 ; t. 88, p. 147.

HOTZ. — De l'intervention chirurgicale dans les cas de ptosis atonique, ibid., t. 85, p. 50.

PAGENSTECHER. — Une nouvelle opération du ptosis, ibid., t. 86, p. 95.

DE WECKER. — Une nouvelle opération du ptosis, ibid., t. 88, p. 29.

EVERBUSCH. — Opération du blépharoptose congénitale, ibid., t. 90, p. 141.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Chimie. — De l'hydrogène ; ses combinaisons avec l'oxygène. — De l'eau ; ses propriétés physiques, chimiques ; son analyse et sa synthèse.

Histoire naturelle. — Des caractères généraux des insectes, des cantharides et autres insectes vésicants.

Pathologie interne. — De l'intoxication saturnine.

Pathologie externe. — Signes physiques des fractures.

Anatomie et histologie. — Du bassin à l'état osseux.

Pharmacologie. — Des cataplasmes et sinapismes. — Quelles sont les farines et les fécules le plus souvent employées à leur préparation. — Règles à suivre pour développer le principe actif de la moutarde noire dans les pédiluves.

Pathologie générale. — De l'influence de l'âge dans les maladies.

Accouchements. — De l'éclampsie puerpérale.

Thérapeutique. — Des antipériodiques.

Anatomie pathologique. — Des perforations intestinales.

Médecine opératoire. — De l'amputation de la cuisse.

Hygiène. — Des aliments.

Médecine légale. — Des signes de la mort. — Des cas où la mort n'est qu'apparente.

Vu : le président de la thèse,
PANAS.

Vu, bon et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD