FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1885 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 novembre 1885 à 1 h.

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PAR

FÉLIX MITRY

NÉ A ANCENIS, LE 24 JUIN 1860.
Élève du service de Santé Militaire
Ancien Aide de Clinique Ophthalmologique à l'École de plein exercice de Nantes
Lauréat de la même École (Prix 1884)

ÉTUDES

SUR

LE PTOSIS CONGÉNITAL

Président de la Thèse : M. le Professeur PANAS.

Jury : MM. BROUARDEL, professeur, RAYMOND, agrégé, BOUILLY, id.

PARIS
LIBRAIRIE OLLIER-HENRY
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 13

1885

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

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

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN.

Professeurs honoraires : GOSSELIN, BOUCHARDAT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GARIEL.	LANDOUZY.	REYNIER.
BOUILLY.	GUÉBHARD.	PEYROT.	RIBEMONT-D.
BUDIN.	HALLOPEAU.	PINARD.	RICHELOT.
CAMPENON.	HANOT.	POUCHET.	C. RICHET.
CHARPEMTIER	HANRIOT.	QUINQUAUD.	A. ROBIN.
DEBOVE.	HUMBERT.	RAYMOND.	SEGOND
PARABEUF, ch. des travaux anatomiques.	HUTINEL.	RECLUS.	STRAUS.
	JOFFROY.	REMY.	TEKRILLON.
	KIRMISSON.	RENDU.	TROISIER.

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole 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 MON PÈRE, MA MÈRE

HOMMAGE D'AFFECTUEUSE RECONNAISSANCE

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PANAS

Chevalier de la Légion d'Honneur
Chirurgien des hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine

A MM. DIANOUX ET HERVOUET

Professeurs à l'École de Médecine de Nantes

A MES PREMIERS MAITRES

Professeurs à l'École de Médecine de Nantes

Médecins et Chirurgiens des Hôpitaux

PRÉFACE

Exposer les inconvénients qui peuvent résulter d'une affection en apparence si insignifiante que la plupart des auteurs classiques ne lui consacrent que quelques lignes, étudier les différents moyens chirurgicaux employés pour y remédier, nous attacher spécialement à l'un d'eux et donner les raisons qui nous décident à l'adopter, tel est le but que nous nous proposons.

Le sujet que nous traitons n'est point nouveau sans doute, mais à peine sorti des bancs de l'Ecole, occupé jusqu'à ce jour uniquement à suivre les leçons de nos Professeurs, nous n'avons jamais songé à nous mettre à la recherche de l'inconnu, ayant assez à faire de nous assimiler les découvertes acquises.

Plusieurs faits observés dans notre service feront les frais de notre humble travail, nous y joindrons quelques notes prises dans nos cahiers d'élève et empruntées en grande partie aux cliniques et aux causeries de notre maître affectionné M. le Professeur Dianoux, à qui nous dédions cette thèse, le priant de voir dans cet hommage plus qu'un sacrifice à un usage banal.

CHAPITRE Ier

Mens sana in corpore sano

Durant nos années de collége, nous avons connu un de nos camarades atteint, si nos souvenirs sont exacts, d'un ptosis double congénital. Cette affection lui valut parmi les écoliers tant d'ennuis et de misères, qu'un jour, las de s'entendre appeler l'Endormi, las aussi de servir de plastron à des plaisanteries souvent brutales, il s'évada, comme nous disions alors.

On le ramena, mais l'enfant était volontaire ; son escapade n'ayant point fait taire les moqueries, il cessa tout travail, et fit tant, ou plutôt si peu que force fut à l'autorité paternelle de céder ; il fut retiré de pension au milieu de ses études qu'il abandonna du reste complètement.

Ce fait d'une éducation manquée pour une infirmité si bénigne, qu'aucun traitement n'avait jamais été dirigé contre elle, nous revenant en mémoire au moment ou nous commencions ce travail, nous a suggéré l'idée de consacrer quelques lignes à l'étude de l'influence morale exercée par les difformités de la face et en particulier par le Ptosis sur les sujets qui en sont atteints.

Les exemples de cette influence des malformations physiques sur le développement des qualités intellectuelles sont nombreux ; nous pourrions en citer plusieurs, si les limites restreintes que nous nous sommes imposées nous le permettaient.

Il n'est personne qui n'ait pu constater des faits analogues à celui que nous venons de rapporter ; ils sont faciles à observer, surtout pendant l'enfance, à l'âge ou l'intelligence étant dans sa période de formation, la raison n'existant pas encore, les sensations sont vives, exagérées parfois et laissent des traces durables.

Un enfant strabique d'un caractère doux et facile, devient après quelques mois d'école acariâtre et maussade. Peut-être invoquera-t-on l'influence du régime scolaire ; nous admettons en souvenir d'anciennes considérations personnelles, que cette raison peut entrer en ligne de cause, surtout si le sujet n'a pas, et c'est souvent la règle, un amour exagéré de l'étude. Mais la cause principale de ce changement doit-être cherchée dans le strabisme lui-même. Jusque là, son infirmité était passée pour l'enfant presque inaperçue, il n'avait point eu à en souffrir, au milieu de sa famille ; mais au contact de ses camarades, il a vite senti son infériorité ; jaloux cemme on sait l'être à cet âge, il n'a pas été sans en concevoir un certain dépit. Les railleries des autres, moyen d'amélioration puissant, lorsqu'elles s'adressent à un défaut dont la correction dépend de la volonté, ont eu ici pour effet de l'irriter par leur injustice ; il est devenu hargneux, prompt à s'emporter, quelquefois agressif.

Il y a là une sorte de modification par le milieu, un phénomène que l'on pourrait comparer aux phénomènes d'acclimatement. En présence d'attaques sinon continues, du moins souvent renouvelées, l'enfant qui s'était d'abord mis sur la défensive, est devenu agresseur à son tour, par exagération, et aussi par perversion du sentiment instinctif de légitime défense.

Dans d'autres circonstances, le caractère se modifie d'une façon différente, le sujet se dérobant pour ainsi dire,

devient timide à l'excès, craintif; n'osant point soutenir une lutte, n'ayant peut-être pas les moyens de le faire; il évite en fuyant la société, les obsessions qui le font souffrir, et contre lesquelles il ne saurait réagir.

Entre ces deux types opposés, il existe une foule d'intermédiaires moins nettement tranchés, variés à l'infini et dont la variété dépend de la multiplicité des causes modificatrices.

Ces causes sont deux ordres ; les unes tiennent au sujet, à son habitus intellectuel, ou bien sont inhérentes à l'infirmité dont il est atteint ; les autres peuvent se rattacher au milieu dans lequel il vit, à son entourage.

Parmi les causes purement subjectives, l'une d'elles mérite une attention spéciale.

Dans un travail récemment publié le Dr Ch. Féré, cherchant à réunir dans une seule famille *famille névropathique* les différentes maladies du système nerveux, admet qu'il existe un lien de parenté intime entre les états psychiques anormaux, aliénation, épilepsie, hystérie, *branche psychopathique* et certaines affections de la sensibilité et du mouvement *branche névropathique*.

Les malformations congénitales.... bec de lièvre.... strabisme etc.... coïncident souvent avec certaines formes de dégénérescence du système nerveux, notamment avec l'idiotie, soit chez l'individu soit dans la famille. Les névropathies peuvent donner naissance à des anomalies de formation.

Appuyant l'idée émise par M. Féré, et la développant en ce qui concerne le strabisme, le Dr Limpritis (d'Athènes) (1) expose un certain nombre d'observations qui lui permettent de tirer les conclusions suivantes :

Féré. La famille névropathique. *Archives de Neurologie, 1884, n° 19.*

(1) Limpritis. — Le strabisme dans la famille névropathique. *(Semaine Médicale* 9 septembre 1885).

1° Le strabisme est une des manifestations les plus fréquentes des affections nerveuses daus la famille névropathique.

2° Toutes les fois que l'on rencontre un ou plusieurs strabiques dans uue famille, il faut soupçonner que l'on est en présence d'une famille névropathique.

3° Dans les familles névropathiques, où le strabisme est fréquent, les maladies cérébrales et psychiques prédominent.

Ces conclusions donnent l'explication de certaines anomalies observées dans l'état mental de sujets atteints de strabisme ou de malformations congénitales telles que le Ptosis. Les désordres psychiques ne sont point alors une conséquence directe de la lésion somatique; ils ne sont que l'expression différente d'un même état pathologique du système nerveux qui présente un défaut où un vice de développement ayaut entraîné des troubles de deux ordres appartenant les uns à la branche névropathique, les autres à la branche psychopathique.

Si les premiers ont joué un rôle dans l'évolution des seconds, ce rôle n'est qu'accidentel; ils n'ont agi que comme cause occasionnelle chez un sujet prédisposé.

Des difformités acquises résultant de traumatismes pourraient produire le même effet.

Une dame epileptique tombe pendant une de ses attaques sur la plaque d'un foyer ardent. Cet accident la laisse affreusement défigurée. Depuis cette époque, la malade se renferme chez elle, refuse obtinément de recevoir personne, les domestiques de la maison ne l'approchent que difficilement, elle se laisserait mourir de faim, si l'on n'y veillait.

On ne saurait imputer dans cette circonstance à la difformité seule l'état hypocondriaque observé chez cette malade; elle n'a fait que développer un germe préexistant qui peut-être serait resté latent si l'accident ne s'était pas

produit, ou si une opération appropriée avait permis d'en effacer les traces.

Mais à côté de ces cas il en est d'autres, ou l'existence d'une tare nerveuse chez le sujet où dans les antécédents ne saurait être prouvée et où cependant l'on observe des altérations du caractère moins marquées sans doute, et n'allant point jusqu'à constituer un état pathologique, mais pourtant manifestes et capables de déterminer un état d'infériorité intellectuelle qui vient s'ajouter à l'état d'infériorité physique créé par la difformité faciale.

Ce sont surtout ces cas que nous avons en vue dans notre étude, car plus que les autres, en vertu du principe *Sublatâ causâ, tollitur effectus*, ils sont suceptibles de modifications heureuses, lorsque la lésion organique vient à être corrigée.

Cette lésion est en effet la cause principale des perversions mentales dont nous parlons. Comme nous l'avons dit elle n'agit souvent que par l'intermédiaire de causes secondaires, qui venant se grouper autour d'elle détermineront chez tel sujet, dans telle affection, une modalité distincte du caractère.

A part la question d'hérédité morbide, il est bien évident que les qualités natives du sujet ne seront pas sans influence sur la modification qu'il éprouvera du fait de son infirmité.

Cette infirmité agira à son tour, et cela de plusieurs façons.

D'abord par la gêne qu'elle apporte à l'exercice de certaines fonctions. Si le ptosis, affection caractérisée, comme nous le verrons plus tard, par la chute de la paupière supérieure, donne. comme le dit Beauvois (1) une certaine timidité, peut-être pourrait-on en trouver la cause lorsque le ptosis

(1) Bauvois. — Du ptosis. thèse Paris 1884.

est double, dans la difficulté qu'éprouve le malade à se conduire. Ne pouvant en raison de la diminution considérable du champ visuel dans sa partie supérieure embrasser d'un coup d'œil un espace assez étendu pour marcher avec assurance, il se trouve souvent embarassé, commet parfois quelques maladresses qui le rendront sinon gauche, du moins circonspect dans bien des occasions.

L'infirmité agit encore par les différents sentiments qu'elle fait naître soit chez le sujet, soit chez les personnes qui l'approchent.

Certaines plaies. certaines cicatrices d'un aspect hideux telles que celles laissées par le lupus, éveillent un sentiment de répulsion instinctive. Abandonné de tous, ayant conscience de l'horreur qu'il inspire, le malheureux affligé d'une lésion de ce genre éprouve bientôt des troubles psychiques, qui débutant par une mélancolie profonde, un besoin d'isolement, se terminent souvent par le suicide.

D'autres affections n'entraînant pas de désordres apparents aussi graves, mais mettant le sujet dans l'impossilité de subvenir aux besoins de la vie commune excitent plus particulièrement la pitié. Dès longtemps les aveugles ont su mettre à profit ce sentiment, et ce n'est pas sans raison que l'on dit communément *geindre comme un aveugle*.

Enfin certaines malformations ne causant généralement que des troubles fonctionnels peu graves, mais détruisant d'une façon plus ou moins marquée l'harmonie des lignes du visage, prêtent au rire et à la raillerie. Raillerie légère peut-être, piqûre insignifiante faite à l'amour propre, mais qui fréquemment répétée n'en produit pas moins des effets durables : nous n'en prenons pour exemple que les quelques sujets qu'il nons a été donné d'observer. Ceux-ci paraissaient en effet s'inquiéter beaucoup plus du résultat

cosmétique de l'opération que des avantages qu'ils pouvaient en retirer pour la vision. En cela ils n'avaient point tout à fait tort car en dépit du proverbe donné en manière de consolation à ceux pour qui la nature n'a point été prodigue, l'homme n'a pas le droit d'être laid. Outre que ce droit trop souvent inaliénable, n'appartient qu'à la moitié du genre humain la moins en cause dans une question d'esthétique, il est souvent illusoire, n'excluant pas la liberté que prend chacun de s'égayer des infirmités du voisin pour peu qu'elles en fournissent l'occasion.

C'est à cette dernière classe d'infirmités que se rattache le ptosis. Nous avons déjà indiqué l'obstacle que la blepharoptose apportait à la vision ; obstacle plus ou moins considérable selon que le ptosis est double ou simple, complet ou incomplet.

Il est rare que le ptosis congénital double soit complet ; ordinairement, dit Beauvois, la paupière très abaissée à la naissance, se relève un peu à mesure que les enfants grandissent, de façon à laisser à découvert une étendue plus considérable de la cornée.

Cette correction naturelle peut tenir à deux causes Lorsque la blépharoptose est due à une simple faiblesse congéniale du muscle élévateur, il se peut que sous l'influence de l'exercice, ce muscle arrive à acquérir une force suffisante pour contre-balancer en partie la tonicité de l'orbiculaire. Mais ce n'est point la règle, et le plus souvent le muscle élévateur ne joue aucun rôle dans cette modification ; nons avons pu nous en assurer, en immobilisant le muscle frontal et la peau du front par pression exercée au niveau de l'arcade orbitaire ; la paupière retombe alors sur la cornée recouvrant la pupille en tout ou en artie et cela malgré la volonté du malade.

C'est que, en effet, pour compenser l'impuissance du releveur, le malade a recours à l'occipito-frontal. Insérées

d'un côté à l'aponévrose épicranienne, de l'autre à la peau du sourcil, les fibres antérieures formant la partie frontale de ce muscle peuvent par leur contraction relever d'une façon notable la peau de la région sourcilière, entraînant la paupière dans ce mouvement d'élévation favorisé par la laxité du tissu cellulaire lamelleux situé sous la couche musculaire aponévrotique.

Toutefois, le résultat de ce système de compensation est souvent fort imparfait ; il est de plus fort disgracieux ; les mouvements communiqués par l'occipito-frontal à la peau du front sillonnée de rides profondes et même au cuir chevelu rappellent d'assez près la grimace d'un clown simulant l'étonnement par une mimique expressive.

En dehors de l'état de contraction du frontal, les paupières retombent lisses et sans plis devant le globe oculaire, imprimant à la physionomie un cachet particulier d'hébétude qui justifie le nom de l'Endormi donné à notre condisciple.

Le ptosis monolatéral occasionne une gène beaucoup moins grande ; mais il fait naître entre les deux côtés du visage un contraste choquant. De plus, dans certains cas, le malade se contentant de la vision monoculaire, l'œil masqué peut devenir amblyope par défaut d'exercice. (*Observation V.*)

Tels sont les inconvénients du ptosis ; gêne fonctionnelle, difformité physique, et consécutivement dans quelques cas, altération du caractère.

Nous avons quelque peu insisté sur ce dernier point, qui, seulement indiqué n'est traité nulle part, et mérite, à notre avis, d'occuper l'attention du médecin, non pas comme simple curiosité, mais comme argument sans réplique en faveur de l'intervention chirurgicale. Sans vouloir donner à notre sujet plus d'importance qu'il n'en

comporte, nous avons voulu défendre certaines opérations fréquentes en oculistique, dites à tort *opérations de complaisance*, et que beaucoup de praticiens ne veulent point admettre, sous prétexte qu'elles ne sont qu'une légère satisfaction apportée à l'amour-propre du malade.

L'opération du ptosis n'est point une opération d'urgence, elle ne vient qu'au second rang dans la chirurgie oculaire, mais elle y a sa place marquée, qu'elle occupe à bon droit, les modifications nombreuses qu'elle subit depuis quelques années le prouvent.

Avant d'entrer dans le détail des différents procédés opératoires, peut-être nous demandera-t-on de retracer l'histoire de l'affection qui nous occupe et dont nous n'avons fait jusqu'ici que signaler les conséquences. N'ayant rien de nouveau à ajouter à ce chapitre, ne pouvant que répéter des choses dites avant nous et parfaitement connues, nous le ferons le plus rapidement possible, nous inspirant surtout de la thèse déjà citée du docteur Beauvois qui résume d'une façon méthodique et précise les connaissances actuelles sur cette question de pathologie oculaire.

CHAPITRE II

Le ptosis est une affection caractérisée par la chute de la paupière supérieure et par l'impossibilité d'imprimer à cet organe à l'aide du muscle élévateur, un mouvement d'élévation suffisant pour découvrir la cornée.

Les variétés du ptosis sont, comme ses causes, assez nombreuses. D'après les leçons de M. le Professeur Panas, Beauvois distingue le Ptosis paralytique dû à un défaut d'action de l'élévateur, du Ptosis organique (Galezowoski) dans lequel l'activité fonctionnelle de l'élévateur étant conservée, ce muscle est cependant incapable de relever la paupière modifiée dans ses dimensions et sa structure par des états pathologiques divers.

C'est à cette dernière classe que se rattachent : le ptosis dû aux infiltrations (sérosité, sang etc), le ptosis consécutif aux conjonctivites granuleuse et purulente, celui que détermine l'hypertrophie éléphantiasique des paupières, enfin le ptosis lipomateux de Sichel, caractérisé par le développement exagéré du tissu adipeux des paupières.

Quant au ptosis paralytique, il comprendrait six variétés :

1° Le Ptosis congénital reconnaissant pour cause un vice de développement.

2° Le Ptosis dissocié cérébral. (Landouzy) Paralysie partielle de la troisième paire, n'atteignant que le rameau

destiné a l'élévateur, apparaissant soit isolément, soit en même temps qu'une monoplégie ou une paraplégie, et dépendant d'une lésion centrale siégeant sur l'hémisphère opposé à la ptose.

3° Le Ptosis associé, symptôme de la paralysie de la troisième paire.

4° Le Ptosis dissocié périphérique déterminé par une altération du muscle élévateur ou du rameau du moteur oculaire qui l'innerve. Cette altération peut être occasionnée par un traumatisme. par le voisinage d'une tumeur (gomme, exostose) ou d'un foyer inflammatoire (périostite).

5° Le Ptosis constitutionnel, lié à un mauvais état général, observé au déclin des maladies infectieuses, telles que la diphtérie, la variole, la fièvre typhoide, dans la chloro-anémie, dans l'hystérie.

6° Le Ptosis sympathique (Horner) ptosis incomplet dû a la paralysie des fibres lisses décrites par M. Sappey sous le nom de muscle orbito-palpébral, qui tiennent lieu de tendon au muscle élévateur et sont innervées par le sympathique cervical.

Nous ne nous occuperons que de la première variété, du Ptosis congénital.

L'étiologie et la pathogénie de cette variété de ptosis sont encore très obscures, le petit nombre d'examens anatomiques faits à ce sujet ne permet pas d'indiquer d'une façon précise le vice de développement dont il est la manifestation apparente ; il est probable que des lésions diverses peuvent lui donner naissance.

Pour comprendre les différentes hypothèses émises sur les causes de cette affection, il est nécessaire d'avoir une notion exacte du mécanisme de l'élévation de la paupière.

Deux muscles concourent par leur action à la production de ce mouvement : l'élévateur de la paupière et le muscle orbito-palpébral.

L'élévateur prend son point d'insertion, fixe en arrière à la gaine du nerf optique, et vient s'épanouir, en avant, en un tendon large et aplati qui n'est autre que le muscle orbito-palpébral décrit par M. le Professeur Sappey.

Ce muscle composé de fibres lisses, offre la forme d'un segment angulaire de sphère dont la concavité regarde le globe de l'œil. — Sa direction est transversale. — Il s'attache par une de ses extrémités à la paroi externe de l'orbite, par l'autre sur le sac lacrymal et sur l'aphyse orbitaire interne. Son bord inférieur s'insère sur le bord supérieur du cartilage, en dehors sur le ligament palpébral externe, en dedans sur le ligament palpébral interne — son bord supérieur moins long que le précédent est sous jacent à l'arcade orbtaire, sa partie moyenne donne insertion à l'élévateur qui s'y fixe par de courtes fibres aponévrotiques.

Sous l'influence de la contraction de l'élévateur le cartilage tarse est attiré en arrière par ce tendon musculaire, entrainant la paupière supèrieure dans ce mouvement, qui n'est point à proprement parler un mouvement d'élévation directe, mais plutot une sorte de glissement en haut et en arrière vers le pôle postérieur de l'œil, la moitié inférieure du voile palpébral s'enfonçant sous la moitié supérieure au niveau du pli ou sillon orbito palpébral.

Quant au rôle de l'orbito palpébral, quoique moins actif que celui de l'élévateur il n'en est pas moins utile, non seulement « en limitant le mouvement ascensionnel du « cartilage tarse, mais encore en contribuant à l'élévation « de la paupière et à la dilatation de l'orifice palpébral par « le raccourcissement des faisceaux qui le composent ; « mais ceux ci étant très courts, puisque leur plus grande « longueur ne dépasse pas 42 à 44 millimètres, ils ne

« peuvent prendre à cette dilatation qu'une part très mi-
« nime. »

L'élévateur et l'orbito palpébral ont pour antagoniste un muscle d'un volume beaucoup plus considérable et d'une tonicité beaucoup plus grande, l'orbiculaire.

Dans l'état de veille, dit encore M. le Professeur Sappey, le muscle dilatateur restant contracté, l'orifice reste dilaté, mais au moment où le sommeil commence, le dilatateur se relâche ; les deux muscles antagonistes tombent sous l'influence de leurs forces toniques respectives, et comme la tonicité du sphincter est supérieure à celle du dilatateur, les paupières se rapprochent : L'orifice palpébral se ferme non parce que le sphincter se contracte, mais parce que le dilatateur cesse de se contracter. »

L'état de la paupière dans le Ptosis est en somme le même que pendant le sommeil.

Les contractions de l'élévateur étant insuffisantes ou nulles, l'orbiculaire entraine la paupière, en vertu de sa tonicité seule, sans qu'il y ait contraction de sa part, ce qui constituerait le blépharospas me affection bien distincte du Ptosis.

Plusieurs cas peuvent se présenter :

L'élevateur manque quelquefois. Beauvois, sans citer les sources, indique quelques autopsies venant confirmer cette opinion.

Sans qu'il y ait absence compléte de l'élévateur, ce muscle peut n'être qu'imparfaitement développé et ne fournir en se contractant qu'une force insuffisante pour lutter avec efficacité contre la tonicité de l'orbiculaire.

Enfin, le muscle orbiculaire lui même peut être doué d'une tonicité trop grande et entrainer ainsi l'insuffisance relative de l'élévateur. C'était croyons nous l'opinion de de Grœfe lorsqu'il proposa de remédier au ptosis en affaiblissant

l'orbiculaire par une opération sur laquelle nous aurons occasion de revenir.

Le muscle orbito-palpébral détermine sans doute, lui aussi un léger dégré de ptosis, soit que par suite d'anomalies de développement, il empêche le glissement de la paupière en arrière, soît qu'il ne puisse fournir par sa contraction le léger mouvement d'élévation indiqué par Sappey — constituant ainsi l'analogue du ptosis sympathique de Horner.

Nous n'avons étudié que les lésions musculaires pouvant déterminer le ptosis congénital. Des altérations siégeant, soit sur le rameau moteur de l'élévateur, soit sur les centres nerveux dont ce rameau dépend occasionnent aussi la Plépharoptose.

L'élévateur de la paupière reçoit une des branches de la troisième paire. M. Landouzy, dans une étude déjà citée sur la Blépharoptose cérébrale, s'appuyant sur plusieurs observations de paralysie partielle du moteur oculaire commun ne portant qne sur l'élévateur de la paupière pense : « que l'origine du nerf moteur oculaire com-
« mun n'est pas une, que cette origine se fait dans
« l'encéphale en des points divers et par des racines mul-
« tiples qui semblent n'avoir de commun que le tronc vers
« lequel elles convergent. »

Les nécropsies n'ont fourni jusqu'à ce jour des résultats, ni assez concordants, ni assez précis pour qu'on puisse fixer le siège de cette dissociation anatomique nécessaire, et marquer le centre moteur de l'élévateur palpébral. Tout au plus peut-on aujourd'hui émettre des présomptions qui serviront à indiquer le sens dans lequel devront être dirigées les recherches ultérieures. »

Il semble d'après les faits réunis dans ce travail :

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

2° Que cet organe ne confine pas immédiatement aux autres centres moteurs des membres, puisque le ptosis semble avoir une existence aussi souvent isolée qu'associée aux troubles hémiplégiques ;

3° Que parmi les faisceaux nerveux constituant par leur réunion la troisième paire, ceux destinés à l'élévateur palpébral paraissent seuls avoir des connexions avec les hémisphères.

Parmi les cas assez obscurs dans leur pathogénie de ptosis paralytique congénital signalés dans la science, il se pourrait que plus d'un trouvât sa raison d'être dans une lésion cérébrale isolée, laquelle devrait à son isolement et à sa minime étendue de n'avoir point attiré l'attention des pathologistes.

On le voit, la question des causes du ptosis est assez complexe, et il est d'autant plus difficile de préciser le genre de lésion auquel tel cas particulier doit être rattaché que généralement cette anomalie de développement est isolée et ne s'accompagne d'aucune autre malformation importante pouvant se rattacher à la même cause.

De Wecker signale un certain aplatissement des os du nez et consécutivement un écartement anormal des deux angles internes. Chez le sujet qui nous a fourni notre observation VI, cette déformation était manifeste.

En général, il est difficile de faire intervenir l'hérédité. C'est en vain que nous avons dirigé nos recherches de ce coté, nous n'avons obtenu des gens atteints de ptosis, qui se sont présentés à la clinique aucun renseignement digne d'être noté à ce sujet. Beauvois pense cependant que « quelquefois l'hérédité joue un rôle important dans le « développement de la ptose : tantôt tous les membres « d'une même famille en sont atteints ; tantôt ce sont les « hommes, ou bien les femmes. »

Chez une famille Sicilienne dont le docteur Alessi a publié l'histoire (*Annales d'oculistique 1er vol. supplémentaire*) les hommes seuls offrent un ptosis incomplet unilatéral, plus développé 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 a paru à M. Alessi la cause de la difformité. (*Deval. Chirurgie oculaire*).

Cette opinion rattachant à une malformation du squelette orbitaire la chute partielle de la paupière, peut dans certains cas trouver son application ; elle nous amène à parler d'un détail anatomique important que nous avons omis dans notre description rapide du mouvement d'élévation de la paupière.

Le muscle élévateur, dit M. le professeur Panas (1) en arrivant à la paupière, passe au-dessus des expansions fibreuses latérales de la capsule de Tenon, qui forment dans leur ensemble une véritable corde ou arcade fibreuse horizontale sur laquelle se réfléchit le muscle élévateur.

La capsule de Tenon, par ses ailerons latéraux, joue donc vis-à-vis du muscle élévateur, le rôle d'une véritable poulie de renvoi, grâce à laquelle ce muscle n'agit plus comme un muscle antéro postérieur, mais comme un muscle oblique inséré à la paroi elle-même, ou au pourtour orbitaire d'une part et au cartilage tarse de l'autre.

On comprend donc qu'un aplatissement de l'arcade orbitaire, ou une déformation analogue, entraînant des modifications dans la disposition de la capsule de Tenon qui s'insère à son pourtour, puisse affaiblir l'action de l'élévateur en reculant plus ou moins, et peut-être en abaissant le point sur lequel ce muscle est obligé de prendre appui pour utiliser ses contractions.

Toutefois, il n'y aurait dans ce cas qu'un ptosis incomplet et l'élévateur conserverait encore une puissance d'action assez énergique pour imprimer à la paupière des mouvements moins complets qu'à l'état normal sans doute, mais suffisants pour permettre de différencier ce ptosis du ptosis complet par défaut d'action de l'élévateur,

F. Panas. — Leçons sur le Strabisme. Paris 1873.

contre lequel surtout ont été dirigés les différents moyens chirurgicaux dont l'étude fera l'objet de notre troisième chapitre.

CHAPITRE III

Il serait superflu d'indiquer les nombreux traitements médicaux qui ont été employés contre les différentes variétés du ptosis acquis, et même contre le ptosis congénital.

Notons cependant en passant que des topiques irritants ont pu quelquefois réussir dans certains ptosis incomplets dûs à l'atonie de l'élevateur.

Le cas de Marie-Thérèse d'Autriche, guérie par Wenzel, à l'aide de compresses imbibées d'ammoniaque liquide, est resté classique dans l'histoire du ptosis.

De nos jours on aurait de préférence recours à l'électricité ; mais il ne saurait être question d'un pareil traitement lorsque l'élevateur ne manifeste sa présence par aucune contraction. Nous mentionnerons pour mémoire, les pinces à ptosis, le ressort de Mackness, les lunettes de M. Constantin Paul et autres appareils destinés à relever momentanément la paupière. — « Ce sont, dit M. Panas des « expédients à l'usage des malades pusillanimes qui ont « horreur de la moindre opération. »

Le traitement chirurgical est en effet le seul qui puisse donner, sinon une guérison complète, du moins une amélioration notable dans l'affection qui nous occupe.

De nombreux procédés opératoires, n'ayant entre eux pour la plupart que des différences de détail ont été mis en usage.

Anciennement, l'opération était la même que pour le trichiasis.

Le relachement congénital de la paupière supérieure, l'humoral invétéré, celui qui est compliqué de l'atonie du muscle élévateur (pourvu que dans ce cas, l'organe immédiat de la vue soit encore sain) ne peuvent se guérir sans opération. Et il est vrai que dans le cas d'atonie, de faiblesse du muscle élévateur, l'œil ne pourra jamais être parfaitement bien ouvert, comme celui qui est sain, même après l'opération ; mais de toute manière, le malade pourra voir les objets sans avoir besoin de relever la paupière avec les doigts.

On remèdie a ce vice de la même manière que dans la trichiase, en emportant avec les ciseaux la portion excédant des tégumens de la paupière supérieure soulevée avec le bout du pouce et du doigt indicateur. On doit cependant tenir pour averti qu'il ne faut retrancher ni plus ni moins de peau qu'il n'est nécessaire pour que la paupière puisse se prêter à l'action du muscle élévateur, qui doit encore être secondée, en découvrant parfaitement le globe de l'œil (*Scarpa*). »

Ce *ni plus ni moins* devait être croyons nous fort difficile à apprécier. Il est vrai que quelques lignes plus loin, l'auteur donne un moyen de contrôle avant l'opération, mais ce moyen ne pouvait être applicable que lorsque l'élévateur conservait encore une puissance d'action qu'il n'a pas dans le ptosis congénital complet.

De plus comme dans ce cas il n'y a pas ainsi que dans le ptosis par hypertrophie, allongement des téguments de la paupière, l'opérateur était exposé à enlever une étendue de peau ou trop peu considérable pour remédier à l'infirmité, ou suffisante pour découvrir la cornée, mais aussi pour entrainer un lagophthalmos par rétraction cicatricielle.

M. Hunt de Manchester proposa une opération plus rationnelle pour le ptosis traumatique, pouvant aussi

s'appliquer au ptosis congénital. Nous empruntons au traité de Mackenzie (1) la description de ce procédé.

On exécute cette opération en enlevant par la dissection un pli de la peau de la paupière, et la différence entre ce procédé et le procédé ordinaire consiste dans la plus grande étendue que l'on donne à la portion enlevée. L'incision supérieure est pratiquée immédiatement au dessous du sourcil, et s'étend de chaque côté jusqu'à un point qui se trouve sur la même ligne que les commissures des paupières. Pour l'exécution de l'incision inférieure on ne peut donner aucune règle précise. Il faut qu'elle passe à une petite distance du bord libre et qu'elle rencontre l'incision supérieure à ses deux extrémités. L'étendue de la portion renfermée entre les deux incisions doit varier suivant le degré plus ou moins grand de relâchement de la peau qu'on ne trouve jamais semblable chez deux individus. Quand la portion intermédiaire a été séparée, on réunit avec soin les bords de la plaie par trois points de suture au moins, et l'on panse la plaie à la manière ordinaire.

L'effet de cette opération quand l'adhérence est complète est l'union de la paupière à la portion de la peau du sourcil sur laquelle agit le muscle occipito-frontal. Par cette réunion on substitue l'action du muscle occipito-frontal à celle du muscle élévateur dans le mouvement d'élévation de la paupière.

Cette idée ingénieuse de substituer l'action du muscle occipito-frontal à celle du relever devait rester ; mais le procédé de Hunt tel que ce chirurgien l'a décrit, est aujourd'hui délaissé, quoique lui ayant réussi. Comme l'ancien procédé d'excision simple, il exposait au lagoph-

(1) Machenzie. Traité pratique des maladies des yeux, traduit par Laugier et Richelot. (Paris 1844).

thalmos, et de plus, la cicatrice laissée par une ablation si considérable de téguments, devait entrainer une difformité aussi apparente que le ptosis lui même.

De Grœfe voyant dans la tonicité trop grande de l'orbiculaire la cause du ptosis, proposa une opération dont le but était d'affaiblir ce muscle en supprimant une partie de ses fibres. (*Archives für Ophtalmologie 1863 IX*).

M. Meyer (1) décrit ainsi ce procédé :

On pratique une incision transversale dans la peau de la paupière supérieure, à la distance de 5 millimètres de son bord libre d'une commissure à l'autre. On écarte alors fortement les lèvres de la plaie par des tractions en haut et en bas, et dissèque légèrement le tissu sous cutané près des lèvres de la plaie. Le muscle orbiculaire ainsi mis à découvert, on en saisit avec des pinces à griffes une portion large de 8 à 10 millimètres qu'on excise avec des ciseaux courbes ou avec le bistouri, en prenant garde ne pas inciser l'aponévrose sous-jacente. Immédiatement après l'excision de l'orbiculaire, on procède à la réunion des lèvres de la plaie par deux ou trois sutures qui doivent comprendre les bords de la plaie musculaire aussi bien que ceux de la plaie cutanée.

L'application de ces sutures doit être pratiquée de la manière suivante : On enfonce d'abord l'aiguille dans la lèvre inférieure de la plaie cutanée, puis on saisit la lèvre inférieure de la plaie musculaire avec des pinces, et l'on y enfonce l'aiguille qui pénètre ainsi dans la profondeur de la plaie. Ensuite on prend avec les pinces le bord supérieur de la plaie musculaire, on y enfonce l'aiguille de dedans en dehors, et après avoir traversé la lèvre supérieure de la plaie cutanée, on ferme la suture. Il suffit d'en appliquer trois de cette manière, et, en cas de besoin de réunir encore par quelques autres la plaie cutanée seulement.

Ce procédé peut sans doute donner des résultats lorsqu'il n'existe qu'une simple faiblesse réelle ou relative du muscle élévateur, mais il doit nécessairement échouer dans le cas d'inertie complète de ce muscle. Nous en dirons autant du procédé de Bowman, qui, reposant sur le même principe, diminue l'action de l'orbiculaire en le raccourcissant à l'aide d'un pli musculaire que l'on suture.

M. Panas combinant et modifiant les moyens employés par Hunt et de Grœfe. obtint un heureux résultat dans un cas de ptosis congénital monolatéral opéré à l'hôpital St-Louis, il décrit ainsi sa façon de procéder :

A l'aide d'une pince à serre-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'enlèvai 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. Je réunis 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 coustituantes de la paupière.

Le résultat a complètement répondu à mon attente : Aujourd'hui, six mois après l'opération, le malade se sert librement de son 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 : loc. cit.)*

M. Galezowski emploie lui aussi, avec succès, une méthode analogue ; « A l'aide de trois pinces placées, l'une « au centre, les deux autres autres aux extrémités, il saisit « la paupière dans son tiers supérieur et forme un repli « qui contient, non seulement la peau et l'orbiculaire, mais « encore une partie plus ou moins grande du muscle sus- « penseur du tarse. Il excise ce pli avec des ciseaux courbes « de sorte que la plaie à la forme ovalaire. Il place ensuite « des sutures métalliques comprenant tous les éléments « constitutifs de la paupière. *(Despagnet).* »

(1) Despagnet. Recueil d'ophialmologie, février 1885. — Bibliographie.

Adoptant cette idée de Hunt reprise par M. Pamas de faire jouer un rôle actif aux contractions du muscles occipito-frontal dans l'élévation de la paupière, M. *Dransart* de Somain, imagina un procédé à l'aide du quel le bord supérieur du cartilage tarse est mis en relation directe avec les fibres de ce muscle au moyen de brides cicatricielles remplissant l'office de tendons.

Dans une première observation publiée dans le *Bulletin médical du Nord*, juin 1880 et les Annales d'oculistique de la même année, M. Dransart donnait une description de son procédé qu'il modifia depuis. Nous n'insistons pas davantage ici sur cette opération nous proposant de consacrer notre dernier chapitre à son étude.

Un an après M. Pagenstecher (1) exposait au congrès de Londres un procédé identique :

J'ai employé dans ces derniers temps un procédé dont le pricipe consiste à transporter l'action du muscle frontal directement sur la paupière supérieure et à remplacer ainsi l'orbiculaire par le muscle frontal.

Je devais arriver à ce résultat en établissant un cordon cicatriciel superficiel capable de transmettre directement à la paupière supérieure ou plutôt au bord palpébral, l'action du muscle frontal ; pour cela je procède de la manière suivante : A peu près à la largeur d'un doigt au dessus du milieu de l'Arcus superciliaris, j'introduis une aiguille munie d'un fort fil, qui glissant sous la peau, ressort à peu près au milieu de la paupière supérieure, exactement au bord ciliaire. Je fais alors un nœud que je serre modérément, et qui progressivement resserré chaque jour, finit par couper la peau. Les phénomènes de réaction sont relativement très faibles. La difformité produite par la cicatrice est minime et se trouve largement compensée au point de vue cosmétique par la disparition du ptosis. Pour des cas de ptosis incomplet, je préférerais cette méthode opératoire à toutes les autres mais suivant un procédé un peu modifié ; comme ici un cordon cicatri-

1 Transactions of the international médical congress. London 1881 et de Wecher — une nouvelle opérat'ou du ptosis — Annales d'Ocnlistique 1882 29.

ciel d'une action puissante n'est pas nécessaire, je conseille d'établir une cicatrice sous cutanée de la façon suivante : On se sert d'un fil muni d'une aiguille à chaque bout. L'une est conduite à la distance de 1 à 2 mm. parallélement et près du bord ciliaire sous la peau de la paupière supérieure. Au point même ou l'on fait ressortir cette aiguille, on la fait pénétrer de nouveau pour la diriger en haut ; on ressort ensuite à peu près à la largeur d'un doigt au dessous du milieu de l'arcus superciliaris. Alors l'autre aiguille est introduite par le point d'entrée de la première, et on lui donne aussi une direction en haut de façon à ressortir précisément au point de sortie de l'aiguille primitivement employée, c'est à dire au dessus de l'arcus ciliaire. Les deux extrémités du fil sont alors modérément attirées et nouées.

Nous ne revendiquerons point pour le D. Dransart, la priorité de l'idée des sutures élévatrices, M. Beauvois l'a déjà fait, elle ressort du reste des dates des publications et ne lui est plus croyons nous contestée.

M. de Wecker adopte en partie ce dernier procédé, mais trouvant son action lente et d'un dosage difficile il le combine avec l'ancien procédé d'excision de de Grœfe.

Oe réséque un lambeau ovalaire comprenant la peau et le muscle orbiculaire, ou encore n'intéressant que le muscle seul à l'aide d'une incision courant à 4 ou 5 millimètres le long du bord libre de la paupière.

Voici comme s'obtiennent à la fois la fermeture de la plaie et le relèvement de la paupière. On pénètre avec une aiguille munie d'un fil de soie désinfecté en un point situé au dessus du sourcil, à une largeur de doigt plus haut que le rebord orbitaire supérieur. 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 au milieu de la bandette cutanée. Un pont de 5 à 6 millimètres étant ménagé, on suit la marche inverse, c'est-à-dire que l'aiguille est dirigée sous la peau et le muscle, ressort dans la plaie pour rentrer à la partie supérieure de celle-ci, chemine sous le sourcil et sort définitivement à un demi centimètre à peu près du

point d'entrée, au dessus du sourcil. Une seconde suture semblable est placée à côté, à une distance d'un centimètre à peu près.

Une douce traction permet de fermer avec la plus grande facilité la plaie qui se coapte merveilleusement, puis on lie, à la manière d'un nœud de cravate, les extrémités de la suture au dessus du petit rouleau de peau de gant. (de Wecker).

Everbusch (1) « emploie un procédé qui se rapproche de l'avancement d'un tendon musculaire mais en diffère en ce sens que l'insertion musculaire n'est pas détachée, mais attirée en avant et en bas par des sutures ».

Le sujet étant anesthésié, on glisse sous la paupière 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 en bas, sur une étendue de 4 mm, 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 dont les fils sont glissés entre l'orbiculaire et tarse pour ressortir dans le bord libre de la paupière ou 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.

Nous avouons ne pas comprendre très exactement le but de ce procédé. L'avancement du tendon de l'élévateur dont l'action est souvent nulle dans le ptosis peut il est vrai entrainer un certain racourcissement de la paupière, mais nous ne croyons pas qu'il puisse aider beaucoup au mouvement d'élévation.

1 Klinisch Monasblâtter für Augenheilbunde. 1882. Analyse par Van Duyse in Annales d'oculistique, septembre octobre 1883.

Peut être M. Evesbusch n'emploie-t-il son procédé que dans les cas de ptosis incomplet dont nous avons déjà parlé, et dans lesquels l'élévateur peut imprimer un léger mouvement à la paupière? La brièveté du compte rendu que nous reproduisons, et notre ignorance de la langue allemande ne nous ont pas permis de nous en assurer.

M. Meyer met en usage un mode de traitement basé lui aussi sur la suppléance du frontal, qui nous semble plus rationnel que le précédent. Un de ses élèves M. Caudron (1) en donne la description dans la Revue générale d'ophtalmologie et cite à l'appui plusieurs observations dans lesquelles les résultats ont été particulièrement heureux. Voici comment M. Meyer procède. Incision de la peau de la paupière supérieure, tout le long du bord ciliaire; à chaque extrémité de cette incision, une section verticale remontant jusqu'au dessus des extrémités du sourcil. Dissection de la peau jusqu'au muscle sourcilier. Le lambeau cutané renversé sur le front. M. Meyer passe successivement trois fils de catgut à un centimètre de distance l'un de l'autre, de haut en bas sous les muscles sourcilier et orbiculaire, en glissant l'aiguille sur le cartilage tarse et en ressortant près du bord ciliaire En fermant les sutures M. Meyer les serre de façon à remonter la paupière autant qu'il est nécessaire. Il noue les fils de catgut et les coupe au ras du nœud. Le lambeau de peau disséqué est ensuite remis en place et rattaché au bord ciliaire par des sutures de soie imprégnée d'une solution de sublimé. »

1 V. Caudron, Contribution à l'étude du Ptosis congénital, Revue générale d'ophtalmologie — juin 1885

CHAPITRE IV

De l'étude des différents procédés que nous venons d'exposer, il ressort que les auteurs ont cherché à corriger le ptosis à l'aide de trois moyens différents, souvent combinés entre eux :

1° Raccourcissement de la paupière ;
2° Affaiblissement de l'orbiculaire ;
3° Suppléance de l'élévateur par l'occipito-frontal.

Nous avons déjà montré, en parlant de l'ancien procédé d'excision simple, ayant pour but de diminuer l'étendue de la paupière, quels pouvaient être les inconvénients et même les dangers de la première méthode dans les cas où, comme dans le ptosis congénital, il n'y a pas allongement. Nous croyons cependant qu'en raison de la laxité des téguments dans cette région, un léger raccourcissement peut favoriser le mouvement d'élévation ; mais encore faut-il que ce mouvement existe. De plus, la quantité de téguments enlevés doit être assez faible pour ne gêner en rien l'occlusion de la paupière sous l'influence de la tonicité seule de l'orbiculaire. Mettre le malade dans la nécessité de contracter ce muscle pour fermer les yeux, serait une faute que ne compenserait pas la guérison du ptosis.

Pas plus que le raccourcissement, l'affaiblissement de l'orbiculaire employé seul ne saurait constituer un moyen curatif. Le sort des procédés de de Grœfe et de Bowman, aujourd'hui abandonnés, le prouve. Ce moyen, prudem-

ment combiné avec les deux autres, peut, au contraire, amener d'excellents résultats, ainsi que le montre l'observation déjà citée de M. le professeur Panas.

Quant au troisième moyen, il a été, depuis Hunt, modifié et perfectionné, et c'est vers lui, surtout, que s'est portée l'attention des chirurgiens, qui l'ont employé, soit isolément, soit concurremment avec les deux autres.

Ils n'ont fait, en cela, qu'aider un mouvement qu'accomplissent instinctivement les malades atteints de ptosis, compensant, par les contractions de leur muscle frontal, l'inertie de l'élévateur.

Il n'y avait qu'à rendre plus intimes les rapports de continuité qui existent entre les dernières fibres du frontal et les téguments de la paupière. Il fallait renforcer ou plutôt créer des liens d'attache, remplacer par le tissu résistant d'une cicatrice le tissu lamelleux lâche sur lequel les contractions du frontal ne pouvaient exercer une action efficace.

Plusieurs procédés ont été mis en usage pour arriver à ce but. Nous avons réservé, pour les étudier en dernier lieu, les sutures élévatrices de Dransart ; ce que nous avons dit du procédé de Pagenstecher permet déjà de les comprendre.

Un fil formant une anse dont les branches sont parallèles et offrent environ 5 à 6 millimètres d'écartement est introduit sous la couche cutanée des paupières, à l'aide de deux aiguilles, au niveau du bord supérieur du cartilage tarse. Les deux aiguilles viennent ressortir à environ 1 centimètre au-dessus du sourcil, après avoir traversé d'arrière en avant la couche musculaire formée par les fibres du frontal, à ce niveau intimement adhérent à la peau.

Les deux extrémités libres de l'anse sont nouées sur

un petit rouleau de diachylon, après une traction suffisante pour relever le bord libre de la paupière, mais permettant encore l'occlusion.

Au bout de quelques jours la ligne de peau comprise entre les deux points d'entrée des aiguilles, et sur laquelle vient passer l'anse, est sectionnée par le fil, remontant peu à peu sous l'influence de tractions répétées chaque jour, et laissant derrière lui une lame de tissu cicatriciel.

Prolongée jusqu'aux points de sortie des fils, cette lame cicatricielle diminue, par sa rétraction, la hauteur de la paupière en plissant la peau, comme à l'état normal ; de plus, elle forme aux fibres inférieures du frontal une sorte de tendon permettant à ce muscle d'étendre son action jusqu'au bord libre des paupières.

Deux et même trois anses analogues peuvent être placées sur la paupière suivant l'effet à obtenir. Les observations qui suivent donneront, plus facilement que ne le pourrait faire une description, une idée du manuel opératoire.

OBSERVATION I. — DÉTAILS DE L'OPÉRATION

(*Bulletin médical du Nord, juin 1880. Thèse de Beauvois.*

Un jeune garçon de quinze 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, ainsi qu'en fait foi la photographie annexée à cette communication.

L'écartement des paupières n'est pas encore aussi considérable 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 jusqu'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. *(Beauvois)*.

OBSERVATION II

(*Annales d'oculistique, thèse de Beauvois*).

« 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'élévateur 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 fil 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 milimètres au dessus du milieu du sourcil. La seconde aiguille fut introduite dans le cartilage tarse, à quelques milimètres de la première, je lui fis parcourir le même chemin et la fis sortir à coté 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 trainée cicatricielle solide : il se produisit pendant cette période un gonflement des paupières ; il y eut même un peu d'extrophie de la conjonctive, mais tous ces petits accidents disparurent d'eux mêmes, aussitot 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. (*Beaunois*).

OBSERVATION III

(*Thèse de Beauvois, prise sur lui-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 introduire dans notre paupière deux anses de fil 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 le 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 15. — La paupière est légèrement tombée. Cet abaissement est du à ce que les fils de catgut se sont coupés au niveau du sourcil. M. Dransart laisse les anses dans la paupière et enléve 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'élé-

vation à 1 millimètre au dessus 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 complétement 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.

Le 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

résultat d'abaisser le sourcil et de réformer 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, ou 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 ou l'anse de fil l'ulcère, passe dans le tissu cellulaire, et n'exerce plus de traction 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 tissus cellulaire.

OBSERVATION IV.

due à l'obligeance de M. le professeur de Dianoux.

L..., 35 ans vient à la Clinique de l'Hôtel Dieu dans les premiers jours d'octobre 1883. Depuis sa naissance il est atteint d'un ptosis de l'œil gauche.

Grâce à une énergique contraction, le frontal arrive à relever le sourcil de plus d'un travers de doigt. Cependant la vision dans le plan horizontal n'est possible de cet œil qu'à la suite d'une forte inclinaison de la tête sur l'épaule droite avec un certain degré de torsion du cou. Cette attitude lui donne une physionomie si bizarre qu'il a depuis longtemps servi de plastron aux plaisanteries de ses amis. Aussi un de ses amis lui ayant dit qu'à Paris on pratiquait une opération guérissant ce genre d'iufirmité, il accourut, anxieux de savoir si nous avions connaissance de ce moyen. Nous proposâmes l'opération de Dransart qui fut acceptée avec enthousiasme.

Je procédai le 23 octobre à l'opération sans anesthésie. Deux cordonnets de soie préalablement désinfectés par un ong séjour dans la liqueur de Van swiéten, furent passés à travers la paupière supérieure, et liés sur une plaquette de bois à un travers de doigt du sourcil. Le procédé employé fut celui décrit dans les annales d'oculistique (septembre octobre 1882) Les fils demeurèrent 17 jours en place sans déterminer la moindre suppuration. Vers le quinzième jour inquiet du résultat éloigné, et craignant que le trajet cicatriciel sous cutané ne fut par trop faible pour maintenir la paupière, j'imbibai de teinture d'iode l'une des extrémités des fils, et la fis glisser dans le trajet pensant amener un peu de réaction, je ne produisis que de la douleur.

Au bout du dix-septième jour, la peau étant sur le point d'être divisée, je retirai les fils.

A ma grande satisfaction, et encore bien plus, à celle de mon client, le résultat se maintint presque sans modification, et je pus le présenter à la société anatomique plusieurs somaines après comme preuve de l'excellence du procédé.

OBSERVATION V.

due à l'obligeance de M. le Professeur Dianoux.

Mademoiselle Marie B... âgée de 14 ans demeurant à Cugand (Vendée) m'est amenée, au mois de janvier 1885 par ses parents. Elle est atteinte d'un ptosis congénital de la paupière gauche.

Aucun antécédent héréditaire, par d'autre difformité, pas de tare nerveuse dans la famille.

Petite et grêle, d'un développement intellectuel médiocre cette jeune fille est gauche et timide à l'excès.

Le ptosis est complet le frontal restant inactif; Marie B... ne se sert absolument que de son œil droit.

Malgré ces conditions défavorables, je procède le 2 février à l'opération de Dransart après anesthésie par le chloroforme. Me souvenant de l'inutilité de mes efforts pour obtenir la suppuration sur le trajet des fils de soie chez le sujet antérieurement opéré, j'emploie cette fois de gros fils de lin non désinfectés.

Un gonflement très modéré se montre le jour suivant et disparait vers le sixième jour, sans que la pression le long des fils fasse refluer de pus. Ce n'est que dans les jours suivants que la suppuration s'établit, mais elle est très légère.

Les fils sont enlevés le 17. Ils sont restés 15 jours.

Le pli orbito-palpébral est bien accusé; dans le regard horizontal, la paupière occupe une bonne situation, mais le frontal se contracte peu et je commence à craindre que

mon intervention n'ait été un peu hative. Peut être aurais-je dû soumettre au préalable, ce muscle à une gymastique énergique ?

Je prescris donc après ce que j'eusse mieux fait d'ordonner avant ; et je renvoie mon opérée dans sa famille, lui recommandant de masquer son œil droit d'un bandeau pendant deux ou trois heures par jour, surtout au moment des repas. Cette manœuvre en condamnant l'œil gauche à un exercice forcé devait également combattre l'amblyopie dont cet œil était atteint. Ne servant jamais, il possédait à un assez haut degré cette amblyopie si justement appelée, (par défaut d'exercice) en outre, il était très myope (9 Dioptries) un verre de ce numéro remontant à peine à l'acuité à 2/7.

Du reste, ni straphylôme postérieur, ni cône d'atrophie, ni colobôma. L'œil droit était emmétrope.

Je revis mon opérée le 18 avril, le résultat était des plus satisfaisant tant au point de vue de la restitution des mouvements par le frontal déjà très suffisamment exercé que relativement à l'acuité visuelle qui était déjà remontée à 2/5. Je prescrivis de continuer l'exercice isolé de l'œil gauche.

Je n'ai point revu de nouveau mademoiselle B...

OBSERVATION VI

(personnelle).

L..., soldat à la section des commis-ouvriers, est atteint d'un ptosis double congénital pour lequel il vient réclamer les soins de M. le professeur Dianoux.

Aucune particularité à noter sur l'étiologie de cette affection. Pas d'antécédents héréditaires. L... a des frères et des sœurs qui ne présentent aucune malformation congénitale.

Au dire du malade, son infirmité, très prononcée pendant les premières années, s'est légèrement et progressivement modifiée jusqu'à l'âge de douze ans. Pendant son enfance, il lui était impossible de marcher sans rejeter fortement la tête en arrière.

Aujourd'hui, ce mouvement n'est nécessité que lorsque le malade veut regarder un objet situé au-dessus d'un plan passant à peu près par les axes orbitaires.

Ainsi que le signale de Wecker, les os du nez sont aplatis, écrasés à la racine de cet organe, ce qui détermine un écartement anormal des deux angles internes ; de plus, l'ouverture palpébrale est moins longue qu'elle ne l'est chez la moyenne des sujets.

Les paupières supérieures lisses et sans plis retombent au-devant du globe oculaire et masquent la moitié supérieure de la pupille environ. Le sillon orbito-palpébral n'existe pas.

L'action du releveur est absolument nulle ; on peut s'en assurer facilement en immobilisant la peau de la région frontale par une pression exercée au-dessus des arcades sourcilières ; le malade est alors dans l'impossibilité d'exécuter le moindre mouvement d'élévation de la paupière.

Des rides longitudinales, nombreuses et profondes, sillonnent la peau du front. Le frontal, fortement hypertrophié, est doué d'une très grande mobilité, mobilité qu'il partage avec l'occipital.

Le 13 juin, M. Dianoux pratique l'opération par le procédé de Dransart. Les manœuvres opératoires étant fort

douloureuses et demandant un temps assez long, le malade est préalablement anesthésié à l'aide du chloroforme.

Deux fils de lin non désinfectés sont introduits sous les téguments de chaque paupière, de façon que chacun d'eux forme une anse qui passe au-dessus de l'arcade sourcilière en passant sous les fibres du frontal. Pour éviter la cicatrice apparente, les deux chefs de chaque fil rentrés par les trous de sortie sous les téguments sont dirigés vers le sourcil, au milieu duquel ils viennent ressortir. En ce point, après une légère traction, ils sont liés à la façon d'un nœud de cravate sur deux petits rouleaux de diachylon, dont le but est d'empêcher la section de la peau par l'anse supérieure que le nœud vient de former.

L'écartement des branches de chaque anse est d'environ 8 millimètres ; l'espace compris entre les deux anses est d'environ 1 centimètre.

On applique un simple pansement à la vaseline.

Le soir même de l'opération, les deux paupières sont fortement tuméfiées et douloureuses à la pression.

La tuméfaction et l'épanchement sanguin augmentent pendant la nuit. Le 14, au soir, les paupières sont énormes, violacées ; l'opéré se plaint de vives douleurs, on observe une inflammation assez vive de la conjonctive. Le thermomètre n'indique aucune réaction fébrile.

L'observation prise régulièrement chaque jour n'offre rien de particulier. La suppuration est toutefois plus abondante que dans les deux cas relatés précédemment.

A chaque visite, les fils sont légèrement resserrés ; la traction est fort douloureuse.

La section de la portion de peau comprise entre les anses inférieures n'est complète que vers le 17. A ce moment, la tuméfaction commence à diminuer, les anses remontent peu à peu, sous l'influence des tractions quoti-

diennes ; elles atteignent le sourcil le 24; on enlève alors les fils.

La réaction cicatricielle se fait lentement. Au niveau des tissus sectionnés par les fils, on remarque des nodules indurés volumineux qui inquiètent l'opéré. Les nodules disparaissent peu à peu. Le 25 août, soixante-treize jours après l'opération, il n'en reste pas de trace. La réaction cicatricielle ayant à peu près donné l'effet qu'on en peut attendre, nous nous livrons à un examen minutieux de l'opéré. Voici les résultats obtenus :

Le pli orbito-palpébral est nettement marqué ; au fond de ce pli se trouvent les cicatrices linéaires à peine perceptibles, laissées par la section due aux anses inférieures. Les cicatrices supérieures sont difficiles à retrouver dans l'épaisseur du sourcil.

La paupière ne retombe plus aussi bas au-devant du globe oculaire.

Au moment de l'opération, nous avions mesuré l'espace compris entre le point d'entrée des fils et leur point de sortie. Cet espace était de 2 c. 8 ^{mm}. Aujourd'hui, nous ne comptons plus que 2 centimètres entre ces deux points.

Le malade n'est plus obligé de rejeter la tête en arrière lorsqu'il veut apercevoir un objet un peu élevé. Les mouvements de l'occipito-frontal n'ont pas besoin d'être aussi étendus ; ils provoquent des rides moins nombreuses et moins marquées, et cependant donnent un résultat considérablement meilleur au point de vue du dégagement des pupilles.

Nous avions eu l'idée, avant l'intervention chirurgicale, de prendre le champ visuel de L... à l'aide du périmètre de Landolt. Malgré la contraction de l'occipito-frontal, la blépharoptose empêchait la pénétration dans l'œil des rayons convergents situés au-dessus de 20° dans la portion supé-

rieure du diamètre vertical gauche, et de 15° dans la même partie du diamètre correspondant droit.

Aujourd'hui, le malade peut apercevoir les rayons émanés du 50° degré à gauche et du 40° à droite.

CONCLUSIONS

Nous nous appuyons sur les observations que nous venons de citer pour répondre aux quelques doutes émis sur la valeur du procédé que nous avons vu employer.

M. de Wecker (1) fait aux sutures élévatrices les reproches suivants : « Leur action, très lente à s'établir, n'est pas d'un dosage facile. En outre, la suture sous-cutanée très difficile à placer d'une façon exacte sous la peau pour pouvoir être supportée longtemps, se montre insuffisante lorsqu'il s'agit de guérir un ptosis accusé. »

Nous ne croyons pas cependant que la réaction cicatricielle nécessaire soit plus lente à s'établir après section par le fil qu'après section par le bistouri. De plus, il n'y a pas de complications à craindre ; pas de perte de substance longue à réparer, pas de plaie étendue ouvrant une porte d'entrée aux germes infectieux, ce qui est à considérer dans un milieu nosocomial, pas de lambeau exposé à se sphacéler.

L'application des sutures est quelquefois difficile, lorsque l'œil est excavé et l'arcade sourcilière proéminente, mais ce fait est rare, et quand il se présente, le premier procédé employé par M. Dransart est tout indiqué.

(1) De Wecker (loc. citée).

Quant à la douleur déterminée par l'action des fils, quoique se faisant sentir assez vivement, elle n'est point insupportable. L'inflammation nécessaire qui suit n'est pas non plus une objection sérieuse ; elle est de courte durée et n'a pas de suites sérieuses. Nous ne l'attribuons pas, comme M. Dransart, à la piqûre du cartilage tarse, l'ayant observée dans un cas où ce cartilage n'avait point été touché (obs. VI) ; elle est due, croyons-nous, uniquement à la présence des fils.

Le dosage n'est sans doute pas d'une précision mathématique ; mais en quoi une incision peut-elle le simplifier ? L'effet plus ou moins grand que l'on peut obtenir en variant le nombre des sutures nous paraît plus facile à apprécier pour un chirurgien n'ayant pas l'habitude de ce genre d'opération, que celui d'une perte de substance qui peut être ou trop faible ou trop considérable. Il serait difficile d'ajouter un lambeau à une paupière devenue trop courte ; mais on pourrait toujours revenir sur l'opération de Dransart, qui ne laisse pas de marques cicatricielles, et en corriger les effets.

Mais nous ne croyons pas que ceci soit nécessaire. Dans le cas qui fait l'objet de notre cinquième observation le ptosis était aussi complet que possible, cependant le résultat des sutures l'élévatrices est excellent, grâce à la gymnastique exécutée chaque jour par le frontal ; et à ce sujet nous insisterons ainsi que le fait notre maître, sur la nécessité d'exercer préalablement ce muscle au rôle qu'il est destiné à remplir.

Nous avons terminé cette tâche, nous n'ajouterons qu'un mot, il a trait à évaluation des résultats obtenus.

Les auteurs se contentent de consigner, à la suite de leurs observations l'inévitable « bon résultat » — Il est difficile de porter une appréciation à l'aide de cette seule

note ; les chiffres seraient à notre avis beaucoup plus éloquents.

Nous avons indiqué (Obs VI) un moyen de contrôle d'une exactitude mathématique à l'aide du périmètre. Il serait désirable qu'un procédé analogue fut employé. Non seulement il donnerait des renseignements plus précis, mais il permettrait encore, plusieurs années après, de voir si, sous l'influence des contractions de l'orbiculaire, le tissu cicatriciel ne s'est pas laissé distendre, faisant perdre ainsi au sujet opéré un peu des avantages que lui donnait l'intervention chirurgicale dans les premiers temps.

Vu par le président de la thèse,
PANAS.

Vu, et permis d'imprimer.
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GREARD.

Vu : le Doyen.
BÉCLARD

Paris. — Typographie J. Ramolini, Boul. St-Marcel, 22.